

Cancer de l'uterus / par Dr. Auvard.

Contributors

Auvard, Dr. 1855-

Publication/Creation

Paris : Octave Doin, 1898 (Paris : Paul Dupont.)

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/w96vujn7>

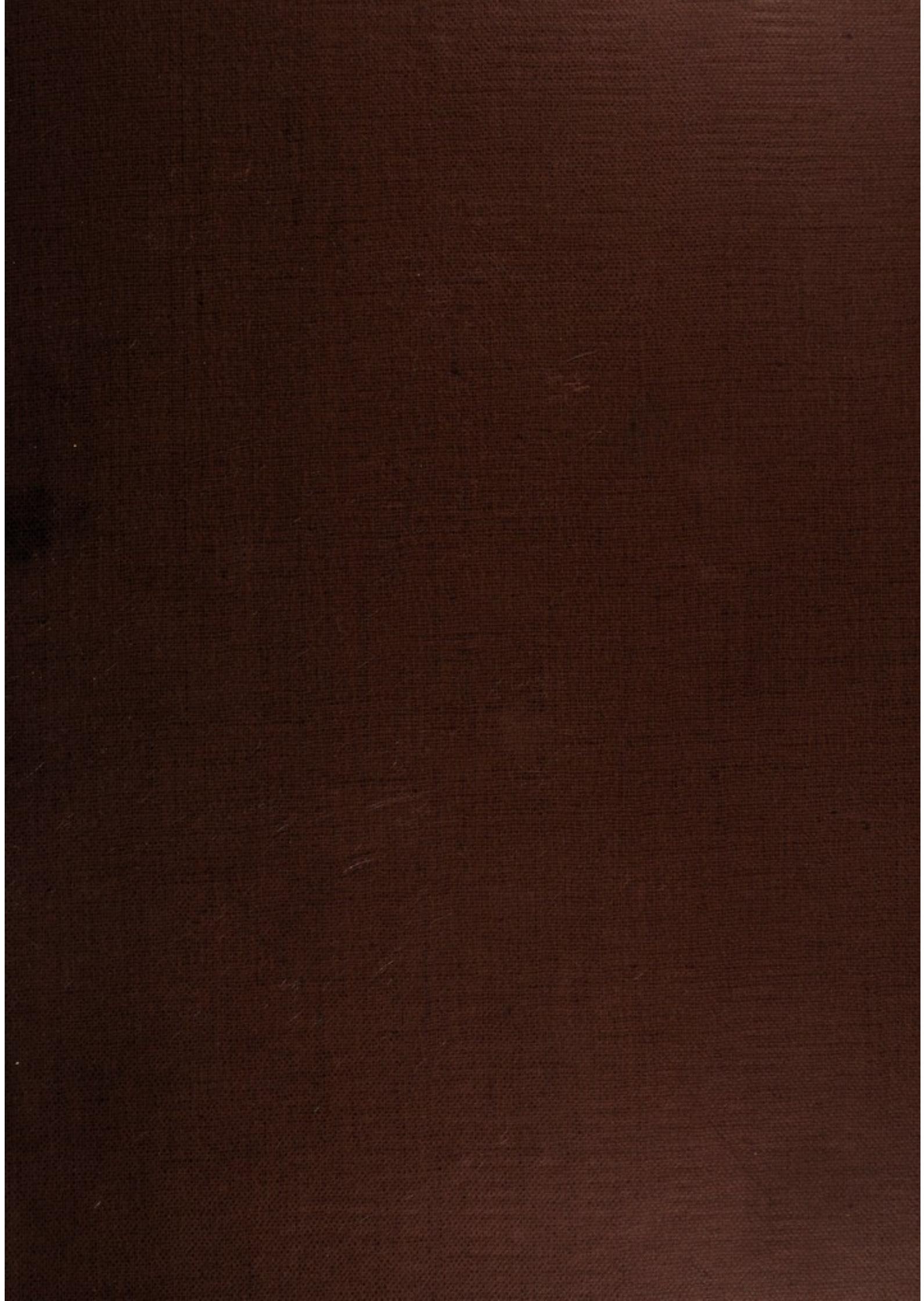
License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>





Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

<https://archive.org/details/b30594819>

Hommage de l'Éditeur

CANCER DE L'UTÉRUS

PAR

Le D^r AUVARD

ACCOCHEUR DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

~~~~~  
EXTRAIT DU *Bulletin de Thérapeutique*  
~~~~~

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, place de l'Odéon, 8

—
1898

LIBRARY OF THE

UNIVERSITY OF

1874

CANCER DE L'UTÉRUS

PAR

Le D^r AUVARD,

Accoucheur de l'hôpital Saint-Louis.

Sous la dénomination de *cancer* utérin, nous englobons toutes les tumeurs malignes susceptibles de se développer au niveau de l'utérus, et qui répondent aux formes décrites histologiquement sous le nom de *carcinome*, d'*épithéliome*, de *sarcome*, de *sarcome décidual* ou *déciduome malin*, d'*adénome malin*, qu'on pourrait réunir sous la désignation de *malignome*.

Ce terme de *malignome* deviendrait, en somme, synonyme de *cancer*, et nous ne l'employons ici que pour faire mieux comprendre notre pensée.

Au point de vue du développement et de l'évolution du cancer ou malignome, l'utérus doit être divisé en trois régions distinctes :

1° Le *vagin cervical* (fig. 1, A) c'est-à-dire la muqueuse qui recouvre toute la partie du col qui fait saillie dans le vagin depuis le cul-de-sac vaginal jusqu'à l'orifice externe de l'utérus;

2° Le *col*, moins le *vagin cervical* (fig. 1, B), ou si l'on veut toute la partie du tissu utérin, muqueuse, muscle et séreuse, qui entoure la cavité cervicale;

3° Le *corps* (fig. 1, C), ou toute la partie du tissu utérin, muqueuse, muscle et séreuse, qui entoure la cavité corporelle.

Mais arrivé au niveau de l'insertion vaginale, en même temps qu'il continue à creuser l'utérus, il envahit les tissus voisins et trace ses ravages : en avant, dans la direction de la vessie ; en arrière, dans celle du péritoine et du rectum ; enfin, latéralement, dans l'épaisseur des ligaments larges, qu'il a d'autant plus de tendance à envahir que la voie lymphatique l'entraîne dans cette voie.

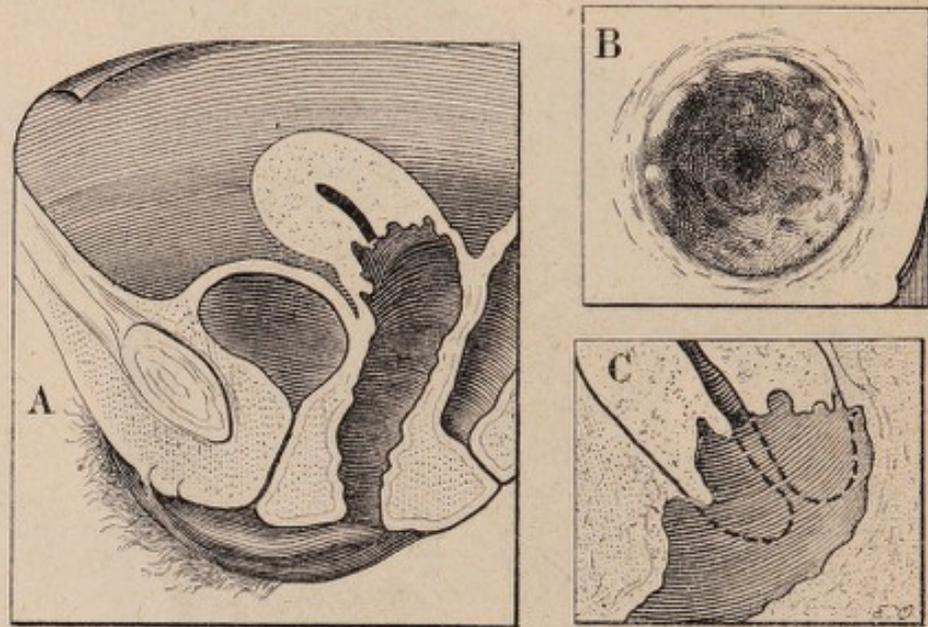


FIG. 4. — Cancer rongeur utéro-vaginal.

A, Coupe antéro-postérieure; B, Vue de face; C, Coupe antéro-postérieure grossie. La ligne pointillée indique les limites du col normal.

Quel est le résultat de cette marche envahissante ? Celle-ci est indiquée par la figure 5.

L'utérus diminue progressivement de longueur ; le corps disparaît de sa partie superficielle vers sa partie profonde ; après le col, l'isthme est mangé à son tour ; puis le corps lui-même est envahi, fournissant pâture au néoplasme.

Mais quand le corps est envahi, ce qui indique une époque avancée du néoplasme, l'envahissement du voisinage existe simultanément ; et alors se produisent, grâce à la des-

truction des tissus, des fistules, soit *fistules vésico-génitales* soit *fistules recto-génitales*, dont le mécanisme de formation est identiquement le même.

L'envahissement des ligaments larges amène à leur niveau la formation de cavités ulcérées, mais sans fistule, aucun organe, en dehors des uretères n'existant à ce niveau pour donner lieu à la formation de ces fistules. Quant aux

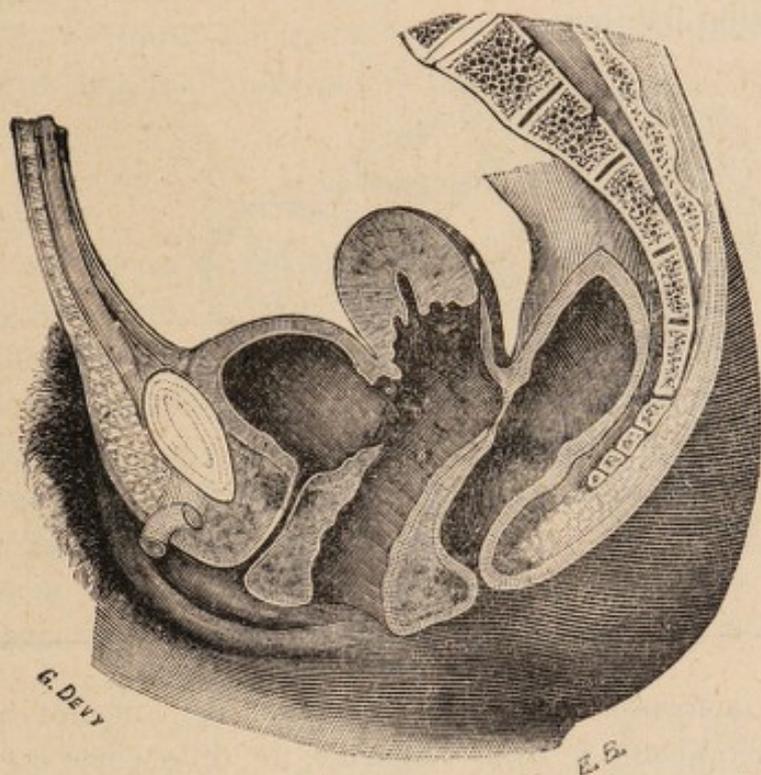


FIG. 5. — Cancer utéro-vaginal. Forme rongeante, à une période avancée.

uretères, ils sont souvent comprimés par le tissu cancéreux, mais rarement détruits par lui ; le cancer évolue volontiers autour d'eux sans entamer leur substance.

La différence d'envahissement des deux formes végétante et rongeante, au niveau des organes du voisinage, mérite considération.

En effet, dans la forme végétante la paroi vésicale, par exemple, peut être envahie par le néoplasme s'il y a cancer de la vessie, mais sans que la formation de fistules en résulte ; un traumatisme seul, une tentative opératoire par exemple, viendra créer la fistule par l'ablation de tissu pathologique qui, bien qu'envahi par le cancer, était suffisant pour fermer la vessie et empêcher en conséquence la communication fistuleuse.

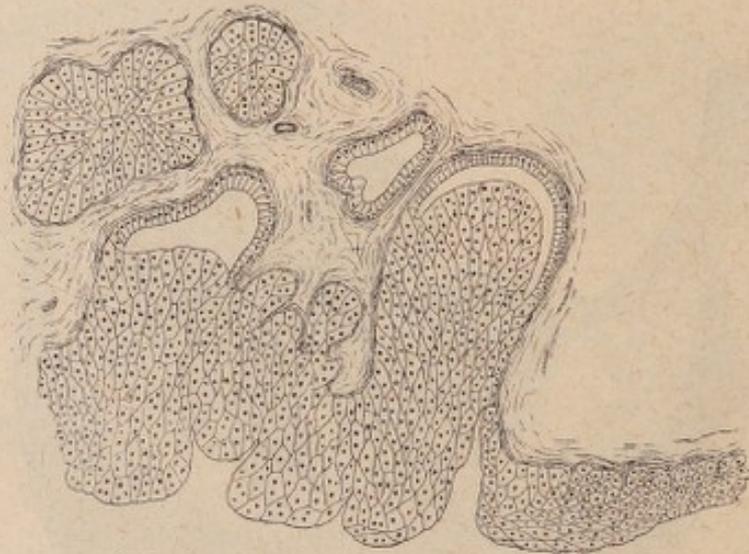


FIG. 6. — Épithélioma pavimenteux. Cancer utéro-vaginal.

Avec la forme rongeante au contraire, aussitôt envahi par le néoplasme le tissu disparaît, de telle sorte que, peu après la propagation du cancer à la vessie, la fistule existe.

En d'autres termes avec la forme végétante l'infiltration ne détruit pas immédiatement les tissus et leur permet de fonctionner un temps relativement long, à moins qu'une intervention malheureuse ne vienne aider à cette destruction. Avec la forme rongeante, les tissus disparaissent peu après leur envahissement, et toute cloison atteinte par le néoplasme ne tarde pas à s'effondrer, amenant rapidement la formation de fistules.

De ce qui précède on voit nettement la différence d'évo-

lution dans les deux formes de cancer : l'une végétante, l'autre rongeante.

Ces deux types sont absolument distincts quant à l'évolution ; c'est la clinique qui nous les enseigne, car rien dans l'étude histologique ne nous permet d'établir des différences essentielles entre l'une et l'autre forme.

Si en effet nous nous livrons à l'étude microscopique du néoplasme dans l'un ou l'autre cas, nous voyons qu'il s'agit d'*épithélioma pavimenteux*, répondant comme description aux détails donnés par la figure 6.

ÉTIOLOGIE

Le cancer utérin est chez la femme un des plus fréquents, ce qui s'explique vraisemblablement chez elle par l'activité de l'utérus pendant toute la vie génitale, alors qu'elle est mariée, et par la fréquence des maladies utérines.

C'est une règle de pathologie générale que, quand un individu est prédisposé par l'hérédité au développement du cancer, le néoplasme choisisse comme localisation l'organe *minoris resistentiæ*, et cette moindre résistance est produite, soit par l'excès de fonctionnement, soit par les maladies de l'organe même.

Or l'utérus chez la femme, par le coït, par la puerpéralité, par la fréquence de la métrite, répond parfaitement à ces diverses conditions et se trouve être un terrain très propice au développement du cancer.

De telle sorte qu'au niveau de l'utérus le cancer est d'autant plus rare qu'on s'éloigne davantage de la vulve.

L'âge de prédilection pour le cancer utérin est celui de la moyenne, c'est-à-dire de 40 à 50 ans ; c'est là une des raisons qui ont contribué à faire dénommer cette période *âge critique* : c'est l'âge, en effet, où les maladies graves se développent de préférence chez la femme, et parmi ces

maladies graves le cancer utérin occupe une des premières places.

Toutefois le cancer peut se développer beaucoup plus tôt; il n'est pas en effet très rare entre 30 et 40 ans.

Gusserow, sur une statistique de 3,385 cas, a trouvé deux faits où l'apparition avait eu lieu avant 20 ans, l'un à 17 ans, l'autre à 19 ans.

Laidley a publié un cas où le cancer utérin se serait montré chez une petite fille de 2 ans 1/2.

La statistique nous permettant d'établir la fréquence relative des trois variétés de cancer que nous avons admises, c'est-à-dire : cancer utéro-vaginal, cancer utéro-cervical, cancer utéro-corporéal, n'existant pas encore, car le cancer du corps est de connaissance relativement récente (il y a quelques années on admettait à peine son existence); d'autre part, la distinction, pour le cancer du col, en cancer utéro-vaginal et utéro-cervical étant également peu ancienne et non reconnue par tous les gynécologues, nous sommes ici en présence de nouveautés pathologiques qui n'ont pas encore donné prise à la statistique; cependant, on peut, jusqu'à nouvelle information, considérer le cancer utéro-vaginal comme le plus fréquent et l'utéro-corporéal comme le plus rare.

Chose assez particulière, aux Etats-Unis, où les deux races blanche et noire sont mélangées, les médecins ont remarqué que les négresses qui sont fréquemment atteintes de fibromes paient un tribut moindre que les blanches au cancer de l'utérus.

Toutes conditions égales, d'ailleurs, une femme sera d'autant plus sujette à avoir un cancer utérin que l'utérus aura été plus traumatisé ou plus malade.

Les conclusions à tirer de cette loi au point de vue thérapeutique, c'est que chez toute femme prédisposée au cancer de par l'hérédité, il est important de guérir la métrite, sur-

tout la métrite du col. Laisser chez cette femme la métrite du col s'éterniser, c'est préparer un excellent terrain à l'évolution du cancer et le fait est fréquent.

Il m'est, en effet, arrivé de voir déjà assez souvent des femmes atteintes de métrite du col, auxquelles j'avais conseillé le curage et l'amputation du col, la femme hésitant à se soumettre au traitement parce qu'il s'agit d'une opération, et un beau jour, en l'examinant de nouveau, de trouver les signes de transformation de l'inflammation simple en néoplasme cancéreux.

Si ces femmes avaient été traitées à temps, elles auraient, au moins quelques-unes, évité le développement du cancer.

Phénomène assez singulier, d'après Schröder et Hofmeier, le cancer du col serait plus fréquent chez les multipares et celui du corps chez les nullipares.

Tels sont les différents points qu'il importait de mettre en lumière à propos de l'étiologie du cancer ; je n'ai ici abordé aucune des questions d'étiologie générale, questions d'hérédité, de race, d'occupations, etc., ces questions appartenant plus particulièrement à la pathologie générale.

SYMPTOMATOLOGIE

Etudions successivement : 1° la douleur ; 2° l'écoulement ; 3° l'état général ; 4° l'examen local ; 5° l'évolution.

1° Douleur.

La douleur est nulle au début, fâcheuse condition qui donne une fausse sécurité à la patiente, ne se doutant pas de l'existence de sa maladie.

Le cancer, la plus grave des maladies par sa nature, l'est donc aussi par son allure, car ce n'est que lorsqu'il y a déjà

dés désordres étendus, parfois irrémédiables, que survient la souffrance donnant, mais souvent trop tard, l'alarme.

La douleur est d'abord celle de la métrite; les régions lombaire, hypogastrique, les flancs, sont douloureux (névralgie lombo-abdominale), irradiation le long des membres inférieurs (trajet des nerfs crural et sciatique).

Ces douleurs deviennent parfois excessivement violentes, intolérables, surtout dans le cancer insidieux du corps.

Ce sont alors des crises paroxystiques paraissant tous les jours au même moment, véritable supplice quotidien de quelques heures de durée.

Toutes les fois qu'avec un utérus d'apparence normale, mais donnant lieu à un écoulement pathologique, on voit une malade atteinte de ces crises rebelles à la plupart des traitements, il faut flairer la tumeur maligne.

2° *Ecoulement.*

Les écoulements génitaux ou *génitorrée* comprennent diverses variétés :

Hydrorrhée. — Ecoulement de sérosité.

Leucorrhée. — Ecoulement de mucus ou de muco-pus.

Hématorrée. — Ecoulement sanguin.

Ichorrhée. — Ecoulement d'ichor ou de sanie.

Toutes ces variétés peuvent s'observer avec le cancer utérin.

L'hydrorrhée est rare : elle existe avec certains cancers insidieux du corps; la sérosité qui s'écoule est transparente ou roussâtre, parfois accompagnée de petits lambeaux comparés à de la *râclure de boyaux*, qui ne sont autres que des parcelles détachées de la tumeur cancéreuse.

L'hydrorrhée peut en certains cas prendre une très grande abondance. *Valat* a cité le cas d'une malade qui, atteinte

d'un cancer du corps, perdait environ un demi-litre de liquide par jour.

C'était une véritable *pluie cancéreuse*.

Un écoulement séreux qui survient chez une femme âgée, bien qu'il puisse dépendre d'un fibrome ou d'une simple inflammation, doit faire penser à l'existence d'une tumeur maligne.

C'est le plus souvent dans les cas de sarcome de la muqueuse utérine à évolution lente qu'on observe ces cas d'hydrorrhée, aussi tenez-les pour suspects au point de vue de la malignité de la tumeur.

La leucorrhée est le symptôme banal de toute affection utérine; elle existe dans le cancer utérin avant l'apparition de l'ichorrhée.

L'hématorrhée n'est pas un des phénomènes saillants du néoplasme utérin. Elle consiste surtout en une prolongation des règles, qui, sans être plus abondantes que d'habitude, traînent en longueur; de petites hémorragies se produisent fréquemment dans la période intermenstruelle.

Chez les femmes qui ont franchi la ménopause, l'apparition du sang fait croire au retour des règles, et les malades, loin de soupçonner l'affection mortelle qui débute, se croient rajeunies par ce retour apparent vers leur vie génitale.

Dans cette terrible affection, tout (absence de douleurs, pseudo-rajeunissement génital) contribue donc à donner aux malades l'illusion de la santé.

L'hémorragie génitale n'offre d'ailleurs aucun caractère pathognomonique, de telle sorte que, par son étude, même attentive, il est impossible de remonter à la cause qui la produit; mais c'est sa ténacité et sa persistance aux moyens thérapeutiques habituels, qui peut fournir de précieux

indices au clinicien pour établir le diagnostic étiologique, ainsi que nous le verrons plus loin.

L'ichorrhée est un des symptômes caractéristiques du cancer utérin.

L'écoulement sanieux est à la fois séro-purulo-sanguinolent, brunâtre ou jaunâtre suivant la quantité de sang qu'il contient.

Son odeur est d'une fétidité repoussante, caractéristique; le doigt qui a pratiqué le toucher vaginal en reste, malgré des lavages répétés, imprégné pendant plusieurs heures.

La malade répand cette odeur autour d'elle, incommodant les personnes obligées de vivre en sa compagnie; l'odorat d'un médecin exercé sait faire le diagnostic à l'approche même de la patiente.

Une odeur semblable peut être dégagée par certaines tumeurs en voie de putréfaction, mais elle dépend presque toujours d'un néoplasme cancéreux, elle est donc quasi pathognomonique.

3^e Etat général.

L'époque à laquelle se prend l'état général varie beaucoup avec les différents cas.

Il sera question de cette variabilité à propos de l'évolution du néoplasme.

La première atteinte se manifeste par de l'anémie avec sensation de lassitude générale, de manque d'énergie.

La faiblesse fait des progrès et à l'anémie succède la cachexie, avec la teinte caractéristique jaune blafard des tissus, teinte qui constitue en quelque sorte le sceau du cancer, et qui à une période avancée de la maladie permet au premier coup d'œil de porter le diagnostic du mal existant.

4° *Examen local.*

Doigt. — Spéculum. — Microscope.

DOIGT. — Quand l'affection débute, le toucher ne fournit pas des sensations très nettes ; or, pour le moins elles sont difficiles à interpréter même pour un gynécologue expérimenté.

Le doigt arrive sur une surface légèrement irrégulière, dure, semblant parsemée de petites saillies accolées les unes aux autres.

Quand le néoplasme n'a pas envahi tout le col, il est possible de comparer le tissu malade au tissu sain et, par cette comparaison, d'interpréter plus sûrement les sensations du toucher.

Au niveau du tissu sain, la surface utérine est lisse, présentant la consistance normale du tissu utérin ; aussitôt que le doigt explorant la surface cervicale quitte le territoire sain pour arriver sur le pathologique, la surface devient inégale, granuleuse, le tissu est plus dur et semble reposer sur une base de tissu plus souple, absolument comme si l'on avait collé sur la lèvre malade un pain à cacheter dur et granuleux ; c'est le tissu néoplasique lui-même qui donne cette sensation spéciale.

En grattant cette surface :

- 1° On la fait saigner avec la plus grande facilité ;
- 2° On détache facilement avec l'extrémité de l'ongle des parcelles du tissu utérin.

Ce double résultat du grattage est, au point de vue du diagnostic, de la plus haute importance, car on peut dire que *toute ulcération du col qui saigne facilement au contact et dont le tissu est friable est un néoplasme malin.*

Il n'y a pas que le contact du doigt qui détermine cette

petite hémorragie, mais celui de tout corps étranger. C'est ainsi que la femme perd du sang à la suite de rapports sexuels, le contact du pénis étant suffisant pour servir de départ à l'écoulement du sang ; elle en perd aussi à la suite d'une simple injection, alors que la canule vaginale est venue heurter la surface pathologique du col.

Donc, d'une façon générale, méfiez-vous de toute ulcération qui saigne facilement au moindre contact ; quand l'hémorragie est si facile, le cancer n'est pas loin.

Quand le cancer est plus avancé, les sensations fournies par le toucher sont beaucoup plus nettes, bien que moins importantes, car plus la maladie est ancienne plus son diagnostic devient facile.

Le résultat diffère suivant qu'il s'agit de la forme végétante ou de la forme rongeannte du cancer utérin.

Cancer végétant. — En arrivant sur le col, le doigt rencontre le chou-fleur caractéristique ; c'est un ensemble de petites granulations plus ou moins dures, dont l'ensemble constitue une masse dépressible. Quand le doigt aura pénétré jusqu'au niveau de la masse végétante, il devra procéder à l'examen avec beaucoup de délicatesse, car la tumeur saigne très facilement, et, si le toucher n'est pas fait avec beaucoup de réserve, on peut s'exposer à avoir une hémorragie abondante, difficile à arrêter. Cette considération aura encore plus d'importance, si l'examen est fait au cabinet du médecin, et si la femme est obligée de rentrer chez elle, voire même de faire un voyage avant de regagner son domicile. Donc, toutes les fois qu'ayant été mis sur la piste d'un cancer utérin vous constatez par le toucher le chou-fleur caractéristique, gardez-vous d'insister sur l'examen digital, afin d'éviter l'hémorragie qui en deviendrait la conséquence.

Il est cependant des cas où cette insistance devient nécessaire, alors qu'il s'agit d'établir un diagnostic parfois délicat, et dont il sera ultérieurement question à propos du diagnostic; nous verrons alors les précautions à prendre en pareille circonstance pour éviter les retours et dangers de l'hémorragie.

Cancer rongeur. — Le doigt parcourt un vagin normal et arrive profondément dans une cavité plus ou moins spacieuse, constituée dans la profondeur par l'utérus progressivement rongé par le cancer, et latéralement par les tissus péri-utérins envahis et progressivement détruits par le néoplasme. C'est sur les parois de cette cavité néoplasique que peuvent exister les orifices fistuleux, alors que les progrès du mal sont arrivés à les créer. La sensation que donne cette surface pathologique est celle de tissus indurés; l'hémorragie est très facile et il faut prendre les mêmes précautions que pour la forme végétante, peut-être encore plus prononcées à cause de la facilité plus grande de l'écoulement sanguin.

Dans l'une comme dans l'autre forme, aussitôt que l'affection est avancée, la déformation des parties est telle qu'il est impossible de reconnaître la conformation normale de la région. Dans le premier cas le chou-fleur végétant revêt les formes les plus capricieuses, et dans le second la destruction des tissus donne naissance à une cavité de forme absolument arbitraire.

On pourra en pareil cas porter le diagnostic de cancer végétant ou de cancer rongeur, mais il sera à peu près impossible de dire quel est l'état local des parties, ni de reconnaître au milieu du néoplasme quels sont les organes atteints et jusqu'à quel degré ils sont atteints.

D'ailleurs, les détails de ce diagnostic sont inutiles; toute la question est de savoir, ainsi que nous l'établirons

au diagnostic, si oui ou non une intervention est possible. Nous verrons sur quels éléments nous pourrons, en pareil cas, baser notre décision.

SPÉCULUM. — Le spéculum ne sera employé qu'au début de l'affection, car aussitôt qu'on est arrivé à une période avancée de la maladie, outre que le spéculum est absolument inutile pour établir le diagnostic, il fait inutilement souffrir la patiente et expose à des hémorragies parfois graves.

Dans la forme avancée, le spéculum ne deviendra nécessaire que pour l'application de topiques et de pansements, et elle devra toujours être faite avec la plus grande douceur, afin d'éviter la déchirure de vaisseaux importants et l'écoulement de sang qui en résulte.

Au début de la maladie, l'emploi du spéculum est au contraire sans danger, et il peut fournir quelques renseignements complémentaires qui aideront à achever le diagnostic. Cependant les renseignements fournis par le spéculum seront, en général, de moindre valeur que ceux donnés par l'exploration digitale.

Le spéculum étant appliqué et la surface utérine balayée à l'aide de coton hydrophile, on apercevra tantôt une ulcération limitée à l'une des lèvres, soit l'antérieure, soit la postérieure, simulant assez bien l'aspect d'un ectropion inflammatoire, toutefois en différant par trois points essentiels :

1° L'ulcération occupe un territoire limité sur l'une des lèvres de l'utérus et n'entoure pas exactement l'orifice externe comme le fait l'ectropion ;

2° La coloration de la surface ulcérée est plus pâle, plus violacée ;

3° Enfin, tandis qu'avec l'ectropion inflammatoire on peut heurter la surface pathologique avec l'extrémité de la

pince sans la faire saigner, au contraire, en cas de néoplasme, un contact même léger amène la production d'une petite hémorragie.

Lorsque le néoplasme a envahi toute la surface du col, toute la partie de l'utérus accessible à la vue au fond du spéculum paraît ulcérée; la surface est inégale, d'une rougeur blafarde. Les caractères de l'ulcération sont d'ailleurs ceux qui viennent d'être énoncés.

MICROSCOPE. — Pour pouvoir faire l'examen microscopique, il faut détacher un fragment du tissu pathologique.

Pour ce faire, on procède de la façon suivante : le spéculum étant appliqué, avec une pince à griffes, on arrache une petite portion du tissu pathologique qu'on met de suite dans l'alcool.

Pour arrêter la petite hémorragie qui résulte de ce traumatisme, on bourre le fond du vagin avec du coton hydrophile, on enlève le spéculum et au bout d'un quart d'heure on retire ce coton en remplaçant la femme sur le fauteuil à spéculum. La plupart du temps cette compression ouatée, pratiquée pendant quelques minutes, aura suffi pour produire l'hémostase désirée.

Si ce moyen n'était pas suffisant, on cautériserait la surface qui continue à saigner avec un peu d'acide nitrique, ou encore avec la pointe d'un thermocautère. Ce dernier moyen, qui est le plus efficace, a l'inconvénient de beaucoup effrayer la femme et devra par conséquent être réservé pour des circonstances exceptionnelles.

Enfin, si les différents moyens qui précèdent échouaient, ce qui est tout à fait exceptionnel, on saisirait la lèvre qui fournit le sang avec une pince de Muzeux à quatre pointes, un des mors étant appliqué à la périphérie du col, et l'autre dans l'intérieur de la cavité cervicale, en ayant soin de

saisir exactement entre les mors de la pince la portion du tissu qui fournit le sang.

Cette pince sera laissée à demeure pendant une heure environ, temps pendant lequel la femme resterait assise ou étendue sur une chaise longue. Puis la pince serait enlevée et remplacée par un pansement sec ordinaire.

La portion du tissu enlevé est préparée à l'examen microscopique par les procédés habituels et renseigne exactement sur la structure du néoplasme.

Quand le tissu utérin est peu friable, au lieu d'arracher la parcelle du néoplasme avec une pince, on peut la sectionner à l'aide du bistouri et achever de la détacher avec la pince.

Tels sont les trois procédés d'exploration directe, doigt, spéculum, microscope.

Le doigt est, en somme, le mode d'exploration qui fournit les renseignements les plus pratiques, et c'est lui également qui, dans la pratique, est le plus utile pour établir le diagnostic du cancer utéro-vaginal. Le spéculum ne sera en général que d'un faible secours.

Quant au microscope, son usage est aussi très limité, car il constitue un procédé d'examen assez compliqué, et qui demande de la part du médecin des connaissances spéciales, que peu de praticiens possèdent à un degré suffisant pour pouvoir se prononcer avec certitude.

5° *Evolution.*

L'évolution varie beaucoup avec la forme du cancer et avec le sujet.

D'une façon générale, plus la femme est jeune, plus la tumeur paraît évoluer avec rapidité.

La maladie commence par un noyau cancéreux, qui,

localisé à une des lèvres du col, ne tarde pas à envahir toute la surface.

Puis le néoplasme végète ou ronge suivant la forme à laquelle on a affaire.

On peut décrire à l'évolution du cancer trois périodes : la latente ; celle des écoulements ; la terminale.

Pendant la *première période*, aucun symptôme ne met sur la piste du mal qui débute, et ce n'est qu'accidentellement qu'on observe cette première période. Il me revient en mémoire un cas récent où j'ai pu assister nettement à cette première période, le seul où il m'ait été donné de suivre la maladie d'une façon aussi complète que s'il s'était agi d'une expérience.

Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années que je soignais à la consultation gratuite de ma clinique pour une métrite parenchymateuse d'intensité moyenne avec ectropion du col de l'étendue d'une pièce de 2 francs environ.

Cette femme ne voulut pas se soumettre au traitement chirurgical de sa métrite et refusa le curage et l'amputation du col que nous lui propositions pour la guérir promptement. Le traitement médical, le seul accepté par elle, fut fait très rigoureusement et la malade se montra d'ailleurs très assidue aux pansements, venant deux fois par semaine se faire scarifier le col, cautériser la surface utérine et bourrer le vagin avec des tampons glycerinés.

En trois mois de ce traitement, associé à des toniques et laxatifs, l'amélioration fut très appréciable, l'utérus diminua notablement de volume, l'ectropion disparut et tous les symptômes subjectifs de l'inflammation utérine s'atténuèrent considérablement, permettant à la femme de reprendre sans difficulté ses occupations habituelles. Elle était femme de ménage.

A la fin du traitement, nous lui demandâmes de venir régulièrement tous les 15 jours pour se faire visiter, afin de

surveiller attentivement son utérus, pendant quelques mois; c'est une précaution que nous prenons habituellement pour toutes les femmes que nous avons soignées chirurgicalement ou autrement, afin de nous assurer du maintien de la guérison, précaution d'ailleurs à laquelle peu se soumettent, car, aussitôt qu'elles se sentent bien, elles oublient rapidement le médecin et se moquent de ses prescriptions.

Toutefois, la malade en question était soigneuse et voulut bien se soumettre exactement à notre demande; elle en fut d'ailleurs bien mal récompensée.

Deux mois environ après la fin de son traitement, alors que la surface du col, guérie de son ectropion, conservait ses caractères normaux, se forma une ulcération, qui, à notre premier examen, était un peu moins grande qu'une pièce de 50 centimes et très nettement limitée.

Notre attention fut vivement sollicitée par cette ulcération d'allure si particulière et nous lui appliquâmes le traitement habituel de l'ectropion : scarifications avec cautérisations à la créosote et pansements pulvérulents antiseptiques.

Pansements une fois par semaine qui furent faits, même pendant les règles, très régulièrement.

Mais malgré le traitement l'ulcération ne fit qu'augmenter et augmenter même si promptement qu'en trois semaines le diagnostic de cancer ne laissait plus aucun doute et que l'hystérectomie vaginale totale s'imposait comme seul traitement possible.

Elle fut exécutée un mois après le début de l'ulcération. Les suites furent très favorables.

L'examen microscopique donna comme résultat : épithélioma pavimenteux de la surface vaginale du col.

Trois mois après, la femme succombait de généralisation cancéreuse aux ligaments larges.

Il s'agissait d'un de ces cas à marche promptement enva-

hissante, où le traitement, quelque précoce et radical qu'il soit, ne peut rien pour entraver la maladie. Le mal semble d'emblée obéir à une cause générale, qu'il s'agisse d'une infection totale d'emblée ou d'un trouble trophique dans lequel la lésion utérine n'a qu'une importance secondaire.

Après cette première période latente, survient celle des écoulements, hémorragie, leucorrhée, ichorrhée, qui incommode la femme et l'épuisent.

En même temps que les écoulements ou après leur apparition, surviennent des douleurs plus ou moins vives, douleurs névralgiques qui occupent surtout le territoire des nerfs ilio-lombaires, avec irradiations au niveau des nerfs intercostaux ou des nerfs des membres inférieurs.

Les douleurs peuvent exister alors que le néoplasme est limité au tissu de l'utérus, mais elles se produisent surtout quand le cancer a envahi le tissu péri-utérin et particulièrement les ligaments larges.

On a voulu faire de l'existence des douleurs le signe de l'envahissement des tissus péri-utérins et on les a alors considérées comme contre-indication d'une intervention radicale.

La chose ne nous paraît pas prouvée ; nous avons rencontré des cas de cancers étendus et ayant nettement envahi les ligaments larges, sans que les phénomènes douloureux existent et, d'autre part, nous avons observé des cas de cancers douloureux, où l'utérus était seul cancéreux, ainsi que l'opération et la non-récidive pendant plusieurs années l'ont nettement prouvé.

Il faut donc se garder de s'en rapporter au symptôme douleur pour apprécier le degré d'envahissement du cancer.

Après cette seconde période d'écoulements avec ou sans douleurs, survient la *période terminale*, qui se termine fatalement par la mort.

La mort se produit de différentes façons, tantôt par suite de la cachexie progressive qu'amène l'évolution locale du cancer, tantôt par complication d'une phlegmatia alba dolens, venant aggraver la situation et hâter le dénouement avec ou sans embolie ; tantôt, la vessie étant envahie, il y a cystite, puis néphrite, et la malade est emportée par les phénomènes urémiques qui en sont la conséquence. Ces phénomènes peuvent encore se produire sans atteinte de la vessie par simple compression des uretères.

Tantôt il se produit des métastases au niveau du poumon ou des noyaux cancéreux dans d'autres organes, qui hâtent les progrès de la cachexie et le dénouement fatal de la maladie.

Enfin, il peut y avoir complication d'une maladie accidentelle, influenza, par exemple, bronchopneumonie, qui, survenant dans un organisme débilité, amènent promptement la mort.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic s'impose dans trois circonstances différentes : 1° au début ; 2° à une période avancée de la forme végétante ; 3° à une période avancée de la forme rongeante.

Voici les diagnostics différentiels que nous aurons à porter à chacune de ces périodes :

1° *Au début* : a. Ectropion simple, b. chancre induré, c. plaques muqueuses, d. chancre mou ;

2° *Forme végétante avancée* : a. fibrome, b. placenta, c. inversion ;

3° *Forme rongeante avancée*

1° *Diagnostic au début.*

a. *Ectropion simple.* — Le diagnostic sera souvent embarrassant entre le cancer au début et l'ectropion simple,

d'autant plus que le cancer résulte souvent de la transformation d'un ectropion, dont le processus inflammatoire se transforme en processus épithéliomateux.

Toutefois, voici les caractères qui permettront de différencier les deux maladies :

ECTROPION	ÉPITHÉLIOMA
Entoure l'orifice externe qui en constitue le centre.	Topographie capricieuse ; peut n'occuper qu'un point du col.
Ne saigne pas ou difficilement au toucher.	Saigne au contraire facilement.
Tissu non friable.	Tissu friable.
S'améliore avec les scarifications, cautérisations et pansements antiseptiques.	Ne s'améliore pas avec ce traitement.
Au spéculum, aspect rouge, franchement inflammatoire.	Au spéculum, aspect blafard.
Au microscope, ectropion simple.	Au microscope, épithélioma.

b. Chancre induré. — Accident relativement rare, donnant lieu sur le col à une ulcération légèrement saillante, d'aspect grisâtre, saignant quand on la touche, mais avec une certaine difficulté, laissant intact tout le territoire du col qu'elle n'occupe pas, et s'accompagnant bientôt de l'apparition des accidents syphilitiques secondaires.

Au premier abord le diagnostic différentiel avec un épithélioma au début pourrait être très difficile, car les deux ulcérations n'ont pas de caractères pathognomoniques qui permettent de se prononcer facilement à première vue.

Mais il suffit de placer la femme pendant quelque temps en observation ; un à deux mois de cette surveillance suffiront pour établir le diagnostic, car en cas de chancre induré, le mal guérit spontanément et se trouve confirmé par l'apparition des accidents secondaires.

Je n'ignore pas que certaines malades n'admettent pas ces hésitations du médecin et exigent un diagnostic immédiat, traitant d'ignorance toute temporisation. — Il est cependant des cas, et l'actuel est du nombre, où cette temporisation est indispensable; aux malades qui exigent plus de nous, nous répondrons par un simple refus de nous prononcer, libre à elles d'aller chercher ailleurs un diagnostic dont elles nous jugent à tort incapables.

c. Plaques muqueuses. — Les plaques muqueuses ou syphilides du col peuvent prendre des aspects assez variés.

Tantôt simples ulcérations arrondies, disséminées arbitrairement sur le col;

Tantôt, saillies papulo-hypertrophiques;

Tantôt, plaques recouvertes d'un exsudat diphtéroïde;

Tantôt, cocardes rouges avec un cercle jaunâtre périmarginal.

Quelle que soit la variété à laquelle on ait à faire, le diagnostic sera en général peu embarrassant, la notion de la syphilis récente, l'existence d'ulcérations multiples, l'amélioration rapide sous l'influence du traitement général, secondé par la thérapeutique locale, seront autant d'éléments qui laisseront en général peu d'hésitation.

d. Chancre mou. — Le diagnostic avec le chancre mou ne nous arrêtera pas longtemps; en effet, ces ulcérations à fond jaune grisâtre et à bords rouges plus ou moins taillés à pic ne rappellent en rien l'épithélioma et ne sauraient donner prise à une erreur de diagnostic.

2° Diagnostic de la forme végétante avancée.

a. Fibrome. — Un fibrome développé dans l'une des lèvres du col, ou provenant de l'intérieur de la cavité uté-

rine, et descendu dans la cavité vaginale, peut s'ulcérer à sa surface et donner lieu à un écoulement fétide, le tout constituant un ensemble de symptômes qui créent une grande analogie avec un épithélioma végétant arrivé à une époque avancée de son évolution.

C'est par un toucher attentif qu'on arrivera à établir le diagnostic en pareil cas.

S'il s'agit d'un fibrome développé dans une des lèvres du col, en contournant la tumeur avec le doigt, on arrivera sur l'orifice utérin et on sentira l'autre lèvre, celle qui n'est pas occupée par la tumeur, absolument saine. Cette constatation suffit à établir le diagnostic, car, avec un épithélioma aussi avancé dans son évolution, toute la surface du col devrait être prise et, du moment où une portion de cette surface est indemne, c'est qu'il ne peut s'agir d'épithélioma; la tumeur est bénigne et non maligne.

L'opération, c'est-à-dire l'ablation chirurgicale par l'amputation de la lèvre, siège de la tumeur, étant décidée, le diagnostic microscopique de la masse enlevée viendra confirmer le diagnostic.

Quand il s'agit d'un fibrome développé dans la cavité utérine et venant faire hernie dans le vagin, c'est encore le toucher qui viendra éclairer le diagnostic; en effet, le doigt, en contournant la tumeur, arrivera sur l'orifice utérin, qu'il sentira tout autour du pédicule tumoral.

Du moment où il s'agit d'une tumeur pédiculée à point de départ intra-utérin, le diagnostic d'épithélioma devient impossible et celui de polype fibreux s'impose.

Mais la difficulté en pareil cas est souvent assez grande surtout quand la tumeur est volumineuse et empêche d'arriver jusqu'au col. Toutefois, le fait de trouver dans le vagin une tumeur nettement isolable des parois vaginales, et présentant dans le vagin une *grande mobilité*, due à l'existence d'un pédicule, doit faire écarter le diagnostic d'épithélioma,

car en cas de masse constituée par un épithélioma, la tumeur végétante, qu'elle dépende du col ou du vagin, est reliée par une large base à son point de départ, elle n'est *pas mobile* dans le vagin, et, d'autre part, le doigt ne saurait la contourner complètement, car il y a toute une large région dans laquelle elle est adhérente. — Outre cela les caractères superficiels de la tumeur pourraient également renseigner, car, avec un épithélioma, la tumeur est franchement végétante, alors qu'avec un fibrome elle est lisse et unie; toutefois la mortification d'une partie de la tumeur peut, en cas de fibrome, détruire cet aspect lisse de la tumeur, et on serait exposé à se laisser induire en erreur si l'on s'en rapportait trop à ces caractères de la superficie tumorale.

b. Placenta. — Le fait suivant que j'ai observé pendant mon internat est resté profondément gravé dans ma mémoire.

Une femme de 40 ans était, un soir vers quatre heures, amenée des environs de Paris, dans une voiture, ayant des pertes abondantes de sang par la vulve depuis deux mois, affaiblie, cachectique, semblant arrivée aux derniers moments de l'évolution d'une maladie cancéreuse. J'étais interne de garde, et après avoir pratiqué le toucher vaginal qui me fit constater une masse végétante, qui remplissait la plus grande partie du vagin, j'admis cette femme, jugeant qu'elle n'en avait plus que pour quelques heures à vivre, étant vraisemblablement arrivée à la période ultime d'un épithélioma utérin.

Le lendemain matin, à la visite, elle fut examinée par le chef de service, qui, voyant la malade presque mourante, tant elle était cachectique, se borna à un diagnostic sommaire qui confirmait celui que j'avais porté la veille.

Or le soir du même jour, quel ne fut pas mon étonne-

ment, quand, à la contre-visite, l'infirmière me montra un corps un peu moins volumineux que le poing, que cette femme venait de rendre par le vagin; à l'examen de ce corps, je constatai l'existence non douteuse d'un placenta altéré par un long séjour dans les voies génitales.

En reconstituant l'histoire de cette femme, on put établir l'existence d'une grossesse qui, avec hémorragie, avait évolué jusqu'au 3^e ou 4^e mois, puis à ce moment, il y avait eu une forte hémorragie, pendant laquelle avait été expulsé un fœtus probablement peu développé, vraisemblablement macéré et qui avait passé inaperçu. La femme était restée sans être délivrée et depuis 2 mois elle avait eu des hémorragies assez abondantes, pour la conduire à la dernière période de la cachexie.

Le placenta expulsé, elle se rétablit parfaitement, et huit jours après elle quittait l'hôpital en état très satisfaisant.

Chef de service et interne, nous avons commis une erreur de diagnostic pour avoir trop sommairement examiné la malade.

En pareil cas, outre les commémoratifs, l'examen direct en nous permettant d'arriver sur un col sain, duquel s'échappait la masse pathologique, aurait pu facilement nous mettre sur la voie du diagnostic.

Qu'il s'agisse d'un fibrome ou d'un placenta, toutes les fois qu'on tombe sur une masse végétante, intra-vaginale, cherchez le point d'implantation.

Si vous ne le trouvez pas, la liberté même de cette tumeur qui flotte dans le vagin, doit vous faire écarter le diagnostic d'épithélioma.

Si, au contraire, vous la trouvez, vous êtes sur le col, constatez si ce col est sain ou pathologique.

Quand le col est sain, et que la tumeur s'échappe par son orifice, l'épithélioma n'existe pas, il s'agit d'un placenta ou d'un polype fibreux, en train de quitter la cavité utérine.

Quand le col est pathologique, et qu'il fait partie de la tumeur présentant tous les caractères de l'envahissement épithéliomateux, vous êtes, au contraire, en présence d'un épithélioma à forme végétante.

c. Inversion.— L'inversion ancienne de l'utérus qui présente beaucoup d'analogie avec un polype fibreux, saillant dans le vagin, pourrait de même que le polype fibreux être dans certains cas confondue avec l'épithélioma.

En pareil cas, comme pour le fibrome, on s'efforcera, par le toucher, d'arriver jusqu'au col de l'utérus. Ce col existe à moins que l'inversion ne soit à un degré très prononcé, auquel cas, l'extériorisation de la tumeur simplifierait le diagnostic. — L'état du col sain, quant à la structure de son tissu, permet d'écarter le diagnostic épithélioma.

Les autres constatations du toucher (forme de la tumeur, absence du corps de l'utérus à sa situation normale); permettent d'achever le diagnostic, que l'étude des commémoratifs contribuera à éclairer.

3° Diagnostic de la forme rongeante avancée.

Aucune autre maladie ne saurait être confondue avec un épithélioma rongeant, arrivé à une période avancée de son évolution. La destruction progressive des tissus, la formation spontanée de fistules, les écoulements, la cachexie, constituent un ensemble pathologique bien caractéristique qui appartient à l'épithélioma seul et qui rend le diagnostic facile.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'épithélioma abandonné à lui-même est fatal. Mais tous les épithéliomas n'évoluent pas avec la même rapidité.

Toutes choses égales d'ailleurs, le cancer semble évoluer d'autant plus vite que le sujet est plus jeune.

Les limites extrêmes sont au minimum de trois mois, au maximum de trois ans. Les cas de durée plus prolongée doivent inspirer quelques doutes sur l'époque assignée pour le début de la maladie.

L'existence de complications, phlegmatia, néphrite, affection cardio-pulmonaire, formation de fistules), est susceptible d'abrèger notablement la durée de la maladie et de hâter le dénouement.

Quant aux résultats fournis par les divers traitements que nous allons étudier dans un instant, relativement à la durée de la maladie, il serait très difficile de se prononcer d'une façon très catégorique.

En dehors de l'ablation chirurgicale, tous les traitements qu'on institue ont d'ailleurs moins en vue l'arrêt de l'évolution cancéreuse, que de pallier les symptômes dont souffre la patiente.

Notre devise, dans le traitement, pourrait être : « Rendre la vie aussi tolérable que possible, même si le traitement devait hâter l'évolution du mal.

Quant à la survie donnée par l'ablation chirurgicale, elle est très variable suivant les sujets; chez telle femme, l'opération semble n'avoir que hâté l'évolution du mal, tandis que chez telle autre, elle a accordé plusieurs années de survie; nous donnerons à cet égard quelques statistiques dans le chapitre de la thérapeutique;

TRAITEMENT

A propos du cancer utéro-vaginal, nous allons exposer, d'une façon complète, les ressources dont dispose le thérapeute contre le cancer de l'utérus en général, de ma-

nière à n'avoir plus à y revenir pour le cancer utéro-cervical, ou utéro-corporéal.

Quand, en effet, nous connaissons les ressources dont nous disposons en pareil cas, nous verrons comment, avec les armes que nous possédons, nous pouvons combattre chaque variété de cancer.

Le chapitre actuel de traitement comprendra donc :

- A. Les ressources thérapeutiques.
- B. Le traitement clinique.

A. Ressources thérapeutiques

Voici l'énoncé de ces ressources :

a. Expectation.

Narcotiques	1
Pansements désinfectants.....	2

b. Interventions palliatives.

Caustiques	3
Curage.....	4

c. Intervention curative.

Hystérectomie partielle.....	5
Hystérectomie totale.....	6

Il est enfin un moyen pour lequel je me contente d'ouvrir ici une parenthèse, mais qui deviendra, prochainement peut-être, le principal, sinon l'unique traitement du cancer : je veux parler de la *sérothérapie*.

Cette sérothérapie a déjà été essayée; malheureusement les résultats qu'elle a donnés jusqu'à présent sont nuls, car nous ne sommes pas encore en possession du véritable sérum anticancéreux.

Mais du moment où l'on possède déjà le sérum anti-

diphthéritique, le sérum antistreptococcique, il n'y a pas de raison pour qu'on n'arrive pas à trouver le sérum anticancéreux; pour ma part, j'ai grande confiance dans l'avenir de cette découverte, qui révolutionnera complètement le traitement du cancer.

En effet, quand ce moyen sera découvert, l'intervention chirurgicale devra disparaître et nous ne le regretterons pas, car elle ne donne que bien peu de satisfaction au gynécologue dans le cas actuel, tellement peu que, de parti pris, certains gynécologues, trop exclusifs à mon avis, et consultant plus leurs intérêts que ceux des malades, ont abandonné complètement le traitement chirurgical du cancer.

Je pourrais citer en effet certains gynécologues qui, ne touchent jamais chirurgicalement aux organes génitaux, aussitôt qu'ils sont soupçonnés d'atteinte cancéreuse.

Mais en attendant que cette découverte si vivement désirée soit devenue une réalité, nous sommes obligés de lutter contre le cancer avec les armes que nous possédons, quelques mauvaises qu'elles puissent être.

Examinons donc les diverses ressources thérapeutiques que nous avons précédemment énoncées.

1. Narcotiques.

On aura recours aux narcotiques habituels, parmi lesquels le *sulfonal*, l'*hydrate de chloral*, la *morphine* mériteront la préférence.

Calmer jusqu'au dernier moment les souffrances de ces malheureuses vouées à une mort inévitable doit être le but exclusif du médecin.

Aux narcotiques généraux on pourra quelquefois associer les locaux, tels qu'un tampon imbibé d'une solution de cocaïne au 1/10, placé sur l'ulcération néoplasique.

2. Pansements désinfectants.

Les applications locales ont l'inconvénient de nécessiter l'emploi fréquent du spéculum, qui est douloureux chez certaines cancéreuses et amène de petites hémorragies.

Quand le spéculum est bien supporté, on fera avec avantage des pansements avec de la poudre de salol ou de tanin, et on laissera pendant vingt-quatre heures un tampon d'ouate hydrophile au contact du col.

Lucas-Championnière conseille des pansements absorbants constitués par le mélange à parties égales des trois poudres suivantes :

- Poudre de benjoin ;
- Poudre d'iodoforme ;
- Carbonate de magnésie.

Ces pansements ne conviennent naturellement qu'au cancer du col et plutôt à la forme ulcéreuse qu'à la végétante.

Les injections constituent le meilleur mode de pansement, à la condition d'être faites avec douceur et dextérité, de manière à ne pas provoquer d'hémorragie par un traumatisme maladroit.

Elles seront pratiquées quotidiennement ou bi-quotidiennement avec l'un des liquides suivants :

1° Liqueur de Labarraque, une cuillerée à soupe par litre :

Chlorure de chaux.....	1
Carbonate de soude cristallisé.....	2
Eau commune.....	45

2° Solution :

Acide phénique.....	245 grammes.
Glycérine.....	245 —
Essence de thym.....	10 —

Une cuillerée à soupe par litre ou par deux litres d'eau ;

3° Solution :

Acide salicylique.....	1	gramme.
Essence de géranium rosat.....	5	grammes.
Alcool à 90°.....	300	—

Une cuillerée à soupe par litre d'eau ;

4° Coaltar saponiné, trois cuillerées à soupe par litre d'eau ;

5° Vinaigre Pennès, trois cuillerées à soupe par litre d'eau ;

6° Infusion de verveine mélangée à partie égale d'eau ;

7° Teinture de benjoin, une ou deux cuillerées à soupe par litre d'eau.

Il sera bon aussi de désinfecter l'air de la pièce par des aérations fréquentes et avec des pulvérisations d'un mélange d'acide phénique et d'essence de thym.

3. Caustiques.

La sécrétion sanieuse que produit le cancer utérin est une des sources de l'affaiblissement et surtout un des symptômes les plus mal tolérés par la malade, à cause de son abondance et de son odeur.

La destruction des végétations cancéreuses a pour avantage de la tarir momentanément, et de procurer ainsi, pendant quelque temps, une amélioration subjective.

Cette destruction sera indiquée dans la forme végétante du cancer cervical et dans certains cas de cancer insidieux du corps, alors que le processus est encore limité, c'est-à-dire dans les premiers stades de l'affection.

Cette intervention palliative peut être faite, soit avec des caustiques, soit avec des injections interstitielles, soit avec des instruments coupants.

Parmi les nombreux caustiques préconisés à cet effet, le meilleur est la *pâte de Canquoin*, préparée, comme on le sait, avec une partie de chlorure de zinc et deux de farine de blé ou de seigle.

Cette pâte est semi-rigide et peut être placée dans l'utérus sous forme de flèche ou de crayon cylindrique, comme dans la métrite.

Cette pâte est tantôt appliquée à la surface des végétations cancéreuses, tantôt, quand il s'agit d'une masse en chou-fleur, piquée dans leur intérieur, comme on larde certaines pièces de viande avant de les faire rôtir.

Le caustique mortifie les tissus dans l'épaisseur de plusieurs millimètres, et l'escarre en tombant déterge la surface cancéreuse.

Ce mode de traitement n'est autre que celui employé avec grand luxe de réclame par certains charlatans prétendant *guérir le cancer sans opération*.

Cette méthode, vivement critiquée par certains gynécologues, qui l'accusent d'activer le développement du néoplasme par l'irritation qu'elle cause, est cependant susceptible de donner, en quelques cas, de bons résultats ; mais, d'une façon générale, on lui préfère l'intervention instrumentale.

H. Schulz a imaginé dernièrement un traitement palliatif au moyen d'injections intra-parenchymateuses d'alcool ; il injecte de l'*alcool absolu* dans l'épaisseur de la tumeur cancéreuse, au moyen d'une seringue de la capacité de 5 grammes et armée d'une aiguille suffisamment longue et résistante.

La malade étant placée dans le décubitus latéral, on introduit le spéculum de Sims ; puis ayant recouvert d'ouate l'orifice de l'urètre, afin de le protéger contre l'action caustique de l'alcool, on injecte une ou deux fois dans la tumeur, à une profondeur variable suivant l'épaisseur des

tissus, une quantité de 5 grammes environ d'alcool absolu.

L'injection est parfois douloureuse, mais la douleur n'est que de courte durée.

La plus grande partie du liquide injecté s'écoule de la tumeur au dehors, en entraînant une grande quantité de débris et des lambeaux de tissus mortifiés.

Les injections d'alcool sont pratiquées d'abord tous les deux jours, puis quotidiennement.

Après chaque injection, on introduit dans le vagin un peu de gaze iodoformée, que la malade garde jusqu'au lendemain.

Ces injections d'alcool ont été employées dans huit cas avec des succès encourageants.

Il faut ajouter aussi que, dans ce procédé d'une application des plus faciles, il survient parfois au début des hémorragies que le tamponnement arrête rapidement. Une fois cependant, Schultz dut recourir à l'acupressure.

4. Curage.

Curer, cautériser au thermocautère, tamponner à la gaze iodoformée, tels sont les trois stades de l'intervention chirurgicale palliative qu'on englobe sous la dénomination de *curage*. L'anesthésie générale est nécessaire.

Dans le cancer du col, on coupera aux ciseaux les parties exubérantes, et on grattera avec une curette ordinaire toutes les parties friables ; il sera bon de curer en même temps la cavité utérine, à cause de l'endométrite concomitante, qui existe habituellement.

Les surfaces saignantes seront touchées au thermocautère, de manière à pratiquer l'hémostase.

L'opération sera terminée par un tamponnement intravaginal à la gaze iodoformée.

Si quelques vaisseaux importants ont été dilacérés, les

saisir avec une pince hémostatique qu'on laissera en place pendant vingt-quatre heures ou les lier au catgut en comprenant dans la ligature une certaine épaisseur du tissu utérin.

Avec un cancer du corps, la dilatation préalable à la laminaire sera nécessaire, afin de permettre l'exploration digitale ; l'intervention, en effet, ne saurait être faite sans ce contrôle, afin que l'opérateur connaisse exactement l'état interne de l'utérus et sache la partie sur laquelle il doit agir.

Le curage terminé, on fera une cautérisation, non avec le fer rouge, mais avec de la créosote au 1/3 ou pure comme dans l'endométrite.

On complétera par un tamponnement utérin à la gaze iodoformée.

Cette opération, pratiquée avec les précautions et la douceur voulues, est d'habitude sans dangers et donne une amélioration réelle pendant quelques mois.

5. Hystérectomie partielle.

AMPUTATION SUS-VAGINALE D'HUGUIER. — Le col doit être amputé au voisinage de l'isthme.

Cette opération se compose de quatre temps : 1° ligature des artères utérines ; 2° dénudation du col ; 3° section du col ; 4° application des sutures.

1° *Ligature des artères utérines.* — Aux deux extrémités du diamètre transversal du col, à un bon centimètre en dehors de lui on passe, à l'aide d'une aiguille courbe, un fil de soie qui doit pénétrer à deux centimètres de profondeur ; cette ligature, liée assez serrée, comprend presque à coup sûr la branche de l'utérine qui irrigue le col. La même ligature est faite aussi du côté opposé. Cette hé-

mostase préventive permet d'opérer ensuite avec un faible écoulement de sang.

2° *Dénudation du col.* — Section circulaire du col à un bon centimètre du museau de tanche, un peu plus élevée en arrière du niveau du cul-de-sac postérieur qu'en avant. Puis avec l'index ou le pouce, dénuder l'utérus circulairement en remontant vers le corps.

3° *Section du col.* — Quand la dénudation aura une hauteur de 2 à 3 centimètres, on sectionnera le col de haut en bas, perpendiculairement à sa direction.

4° *Application des sutures.* — Les sutures sont faites au catgut et appliquées circulairement *en rosette* sur le pourtour du col.

Tamponnement utérin à la gaze salolée ou iodoformée.

6. Hystérectomie totale.

L'hystérectomie totale, c'est-à-dire l'ablation totale de l'utérus, avec ou sans les annexes, peut être faite, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale.

La voie abdominale est exceptionnelle pour le cancer de l'utérus; on la réserve aux cas où l'utérus est très volumineux, quand il arrive à l'ombilic ou le dépasse.

En dehors de ces cas exceptionnels et dont nous trouverons la description au cancer utéro-corporeal, c'est à l'hystérectomie, voie vaginale, qu'on a recours.

Dans les cas où l'hystérectomie doit être pratiquée par la voie abdominale, on se conformera au manuel opératoire de l'hystérectomie pour utérus fibromateux, mais en ayant soin, quand on arrive à la section du col, de ne pas laisser trace de tissu utérin. En effet, laisser du tissu utérin est sans inconvénient, quand il s'agit de fibromes, c'est-à-dire de tumeur bénigne, mais est au contraire très

dangereux quand il s'agit de tumeur maligne, épithélioma, carcinome, sarcome. En pareil cas, le noyau de substance

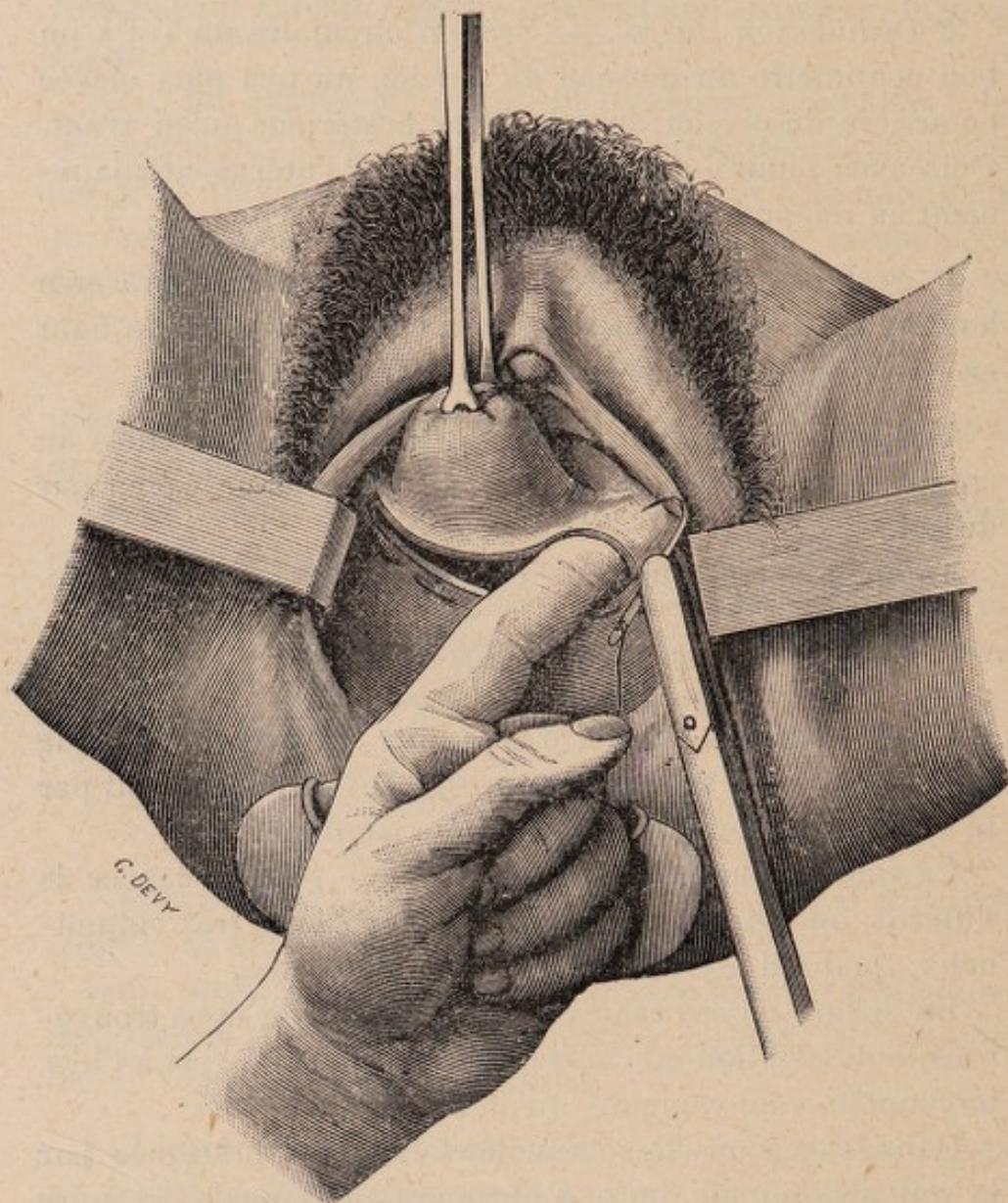


Fig. 7. — Ouverture du cul-de-sac postérieur et ligature du vagin (Martin).

qu'on laisse peut devenir le point de départ de la récurrence. En cas de tumeur maligne, l'extirpation doit donc toujours être aussi radicale que possible.

L'hystérectomie vaginale totale, qu'il nous reste à décrire, peut être faite de deux façons : à l'aide de pinces ; à l'aide de sutures.

Voyons donc d'abord : *A. l'hystérectomie, sutures* ; nous étudierons ensuite : *B. l'hystérectomie, pinces* ; et en dernier lieu nous envisagerons : *C. les difficultés*.

A. Hystérectomie, sutures.

Le procédé que nous allons décrire est celui de *Martin*.

Elle comprend trois temps :

- 1° La ligature et le détachement circulaire du vagin ;
- 2° La ligature et section des ligaments larges ;
- 3° Le pansement.

1° *Ligature et détachement circulaire du vagin.* — Le col étant fortement relevé en haut à l'aide d'une pince de *Museux*, on incise transversalement le cul-de-sac postérieur du vagin, et on sectionne en côtoyant l'utérus jusqu'à ce qu'on ait pénétré dans le péritoine.

A ce moment, avec une aiguille courbe munie de soie (toutes les sutures se font à la soie), et sous la direction du doigt enfoncé dans la plaie, on lie la paroi vaginale parallèlement à son bord sectionné, en comprenant profondément le péritoine.

Cette brèche sert de point de départ pour continuer la ligature circulaire du vagin ainsi que l'indique la figure 7 ; après la ligature, on sectionne la paroi vaginale en libérant ainsi le col dans la partie correspondante.

Dans le cul-de-sac antérieur, on procède (fig. 8) comme pour le postérieur, en allant jusqu'au péritoine ; le décollement doit être fait avec lenteur et prudence à cause du voisinage de la vessie.

2° *Ligature et section des ligaments larges.* — A travers l'ouverture produite par le détachement circulaire du vagin et qu'obture incomplètement l'utérus (fig. 9), on va procéder à la ligature et à la section des ligaments larges.

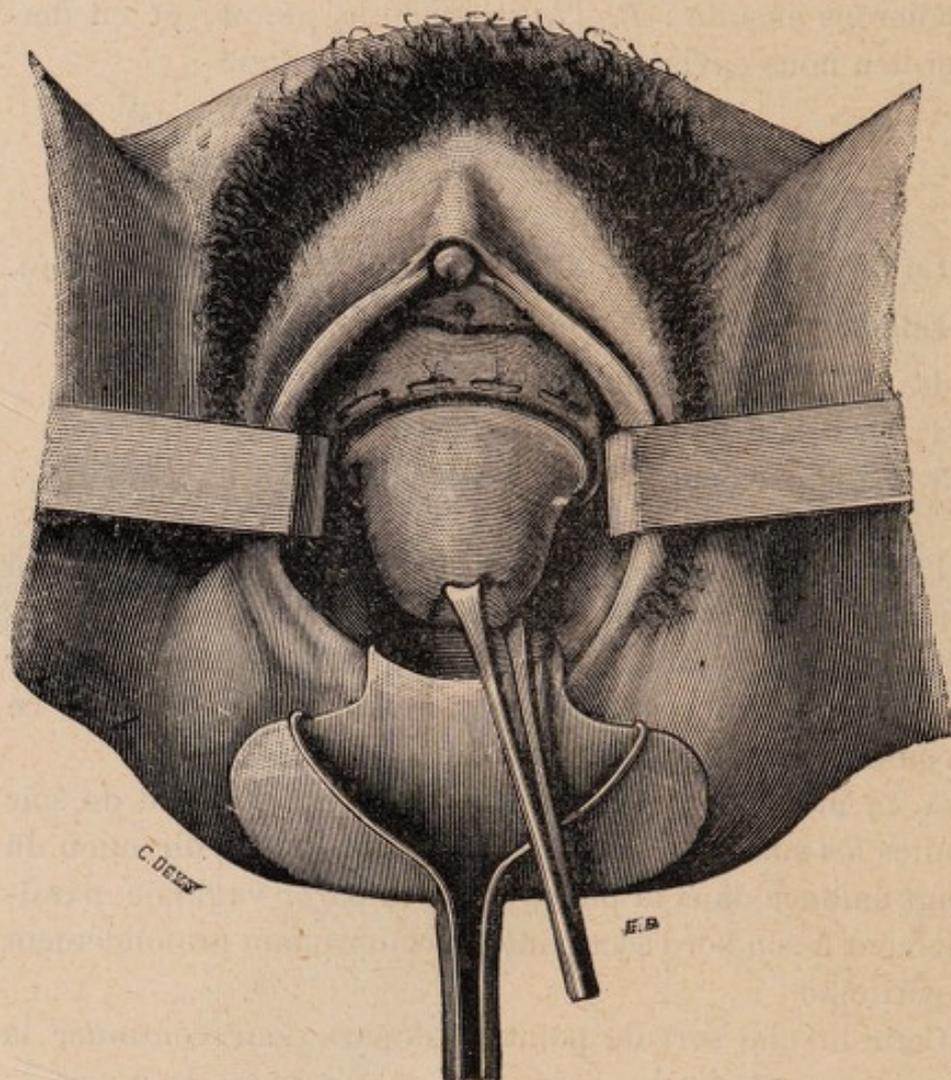


Fig. 8. — Incision et ligature du vagin au niveau du cul-de-sac antérieur (Martin).

Le doigt est passé en arrière du ligament large; une aiguille de Deschamps chargée de soie traverse, sous la direction du doigt, le ligament large à un bon centimètre

en dehors de l'utérus; après avoir été passé, le fil est lié et on sectionne aux ciseaux, au ras de l'utérus, la partie des tissus correspondant à la ligature.

On procède alternativement d'un côté et de l'autre; un

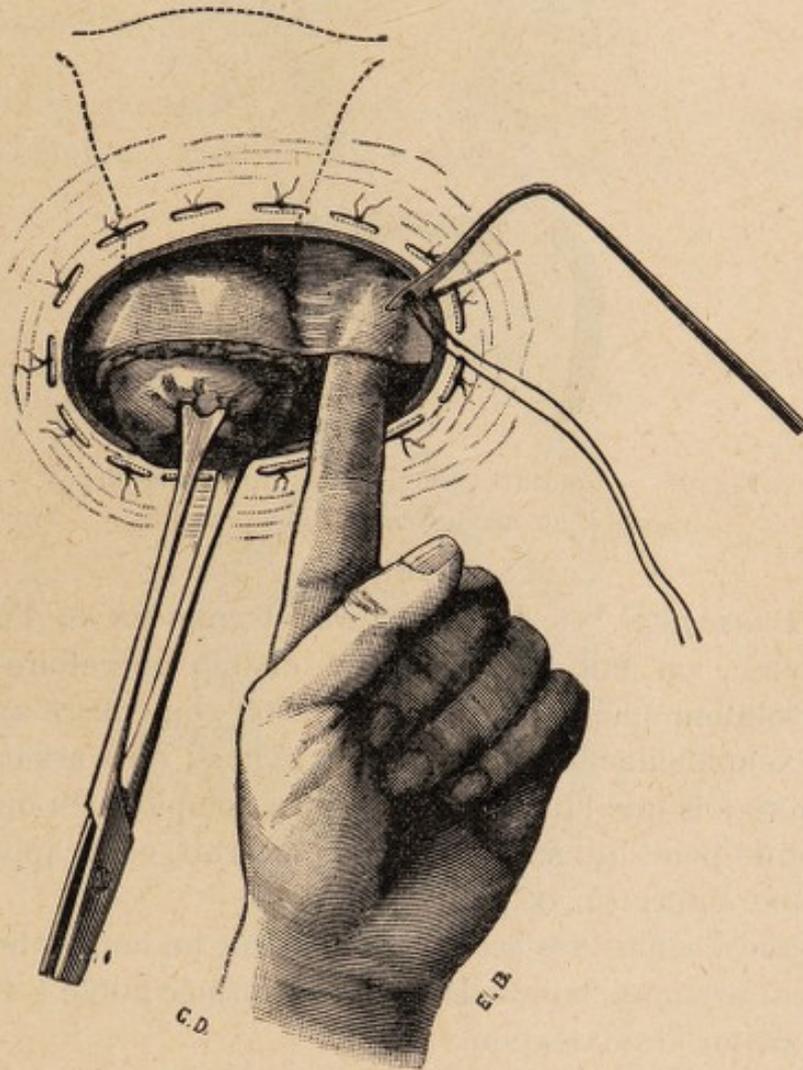


Fig. 9. — Ligature des ligaments larges.

aide, avec une pince de Museux résistante, abaisse le col utérin aussi fortement que possible.

On arrive ainsi à lier les ligaments larges dans toute

leur hauteur avec quatre ou cinq étages de sutures (figure 10).

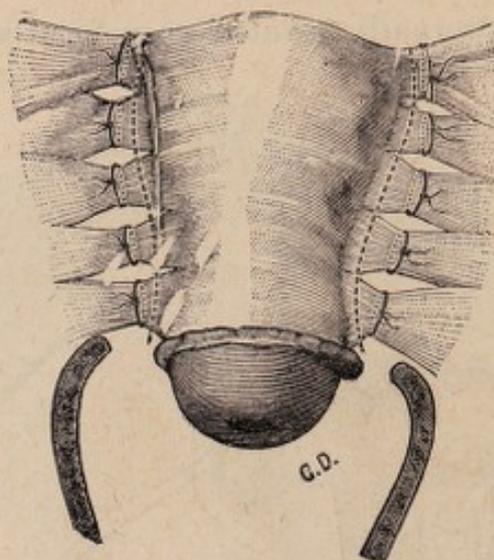


Fig. 10. — Ligature complète des ligaments larges.
(Section au niveau de la ligne pointillée.)

3° *Pansement.* — Les ligatures terminées et l'utérus sectionné, on fait un lavage du champ opératoire avec une solution phéniquée faible à 1/500°, ou encore avec de l'eau simple chaude; on éponge la région; on s'assure une dernière fois que l'hémostase est bien complète. Si on apercevait un point qui saigne, on le pincerait, et on appliquerait une suture sur ce point.

Quand l'hémostase est assurée, on fait un tamponnement vaginal avec une bande de gaze iodoformée faible à 1/100°, pour éviter l'intoxication.

L'extrémité de la bande occupe la place anciennement occupée par l'utérus, et tout le reste bourre le vagin qu'on distend modérément.

Application dans la vessie d'une sonde à demeure, sonde en caoutchouc autofixatrice.

La gaze iodoformée sera laissée quatre jours en place.

B. Hystérectomie, pincés.

Trois temps comme pour l'hystérectomie-suture :

- 1° Section circulaire du vagin ;
- 2° Pincement et section des ligaments larges ;
- 3° Pansement.

1° *Section circulaire du vagin.* — Le col étant saisi à l'aide de pincés à crochets et fortement abaissé, on incise

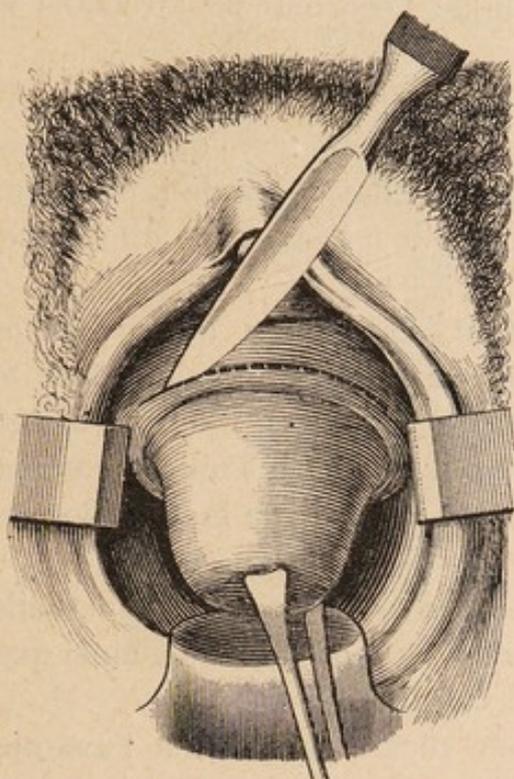


FIG. 11. — Section circulaire du vagin dans l'hystérectomie vaginale.

circulairement le vagin, à 2 centimètres de l'extrémité du col en avant et à 3 centimètres en arrière, c'est-à-dire plus haut en arrière qu'en avant. Cette direction oblique de l'incision est nécessaire pour éviter de blesser la vessie en avant, et au contraire, en arrière pour pénétrer le plus promptement possible dans le cul-de-sac péritonéal.

L'incision étant faite, on décolle les tissus avec l'index en rasant de près le tissu utérin ; si les tissus ne se décollent pas facilement, on les décollera avec la pointe des ciseaux, en se rapprochant le plus possible du tissu utérin.

Dans ce décollement, on s'arrêtera aussitôt qu'on aura, en arrière et en avant, ouvert la séreuse péritonéale. Quand on ne pénètre pas dans la séreuse, on s'arrête quand on a décollé 3 travers de doigt de tissu en hauteur, en avant et en arrière, et qu'on est en plein tissu lâche, dans lequel l'extrémité de l'écarteur pénètre sans rencontrer de résistance.

Mais, autant que possible, il vaut mieux ouvrir le péritoine ; les stades ultérieurs de l'opération se trouvent en effet facilités par cette ouverture de la séreuse.

Ceci fait, on procède à l'exécution du second temps.

2° *Pincement et section des ligaments larges.* — Ce pincement peut être fait à l'aide d'une seule longue pince de chaque côté, ainsi que l'indique la figure 12, après application d'écarteurs, placés l'un directement au contact de la face antérieure, l'autre de la face postérieure de l'utérus.

Mais, d'une façon générale, on préfère actuellement pincer les ligaments larges en 2 ou 3 étages, ainsi que l'indique la figure 13.

L'application de plusieurs pinces a l'avantage de mieux assurer la saisie des tissus. Il arrive, en effet, que quand on pince les ligaments larges en une fois, le sommet des ligaments larges moins épais que la base se trouve mal saisi et glisse en dehors des mors de la pince exposant à une hémorragie très dangereuse, voire même mortelle.

D'une façon générale, moins on saisit de tissus avec les pinces, mieux le pincement est fait, et mieux l'hémostase est assurée.

Quand le pincement est achevé, on sectionne les ligaments larges à 1 centimètre environ des pinces. Cette section peut être faite au fur et à mesure de l'application des pinces. L'utérus est ainsi détaché et enlevé.

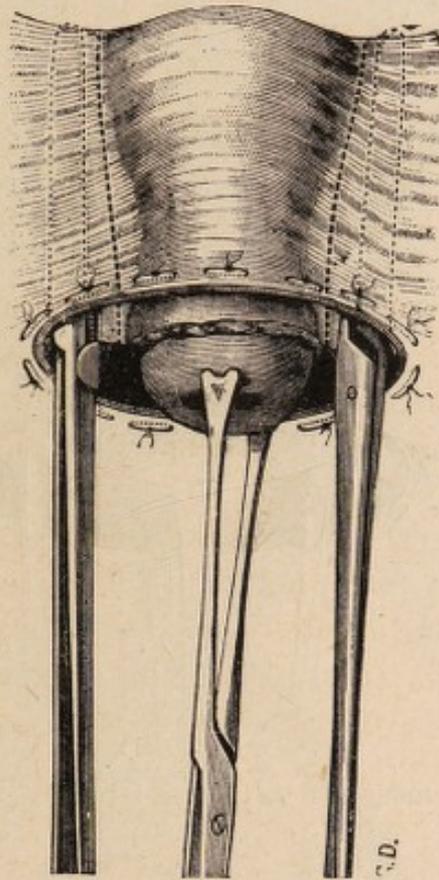


FIG. 12. — Pincement des ligaments larges.

3° *Pansement.* — Quand l'utérus a été détaché et enlevé, bon lavage du champ opératoire, en enlevant préalablement les écarteurs. Comme liquide, eau chaude 45°, bouillie ou filtrée, simple ou additionnée d'une faible quantité d'acide phénique 1/500.

Après le lavage, s'assurer que l'hémostase est bien complète. Si un point saigne, réappliquer les écarteurs et saisir les points hémorragiques avec des pinces qu'on laisse

à demeure. Il faut avant de procéder au pansement que l'hémorragie soit complètement arrêtée.

L'hémostase bien obtenue, on procède au pansement à l'aide d'une bande de gaze iodoformée à 10/100 ou plus faible en procédant ainsi qu'il a été précédemment indiqué après l'hystérectomie-suture.

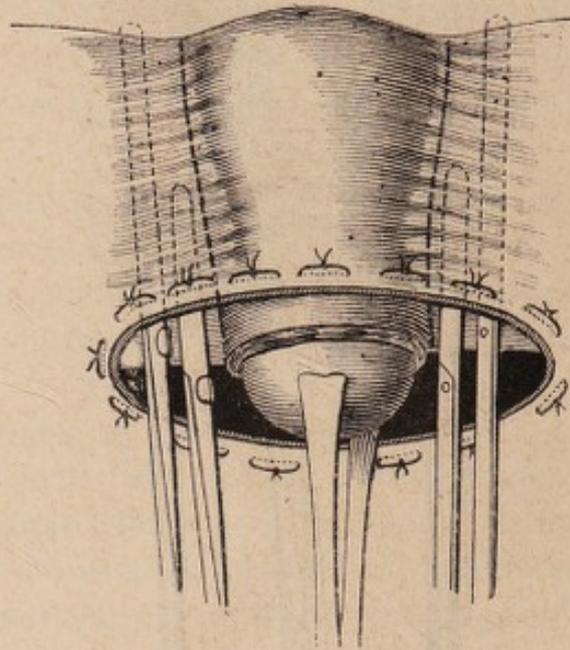


FIG. 13. — Pincement des ligaments larges à plusieurs étages.

Les pinces doivent rester quarante-huit heures en place ; on les enlève sans toucher à la gaze iodoformée.

Enlèvement de la gaze iodoformée, quatre jours après l'opération.

Première *injection*, six jours après l'opération. La sonde à demeure qu'on a fixée dans la vessie tout de suite après l'opération, doit être laissée en place de deux à quatre jours et être enlevée soit en même temps que les pinces, soit en même temps que la gaze iodoformée. Le plus souvent je l'enlève au bout de deux jours.

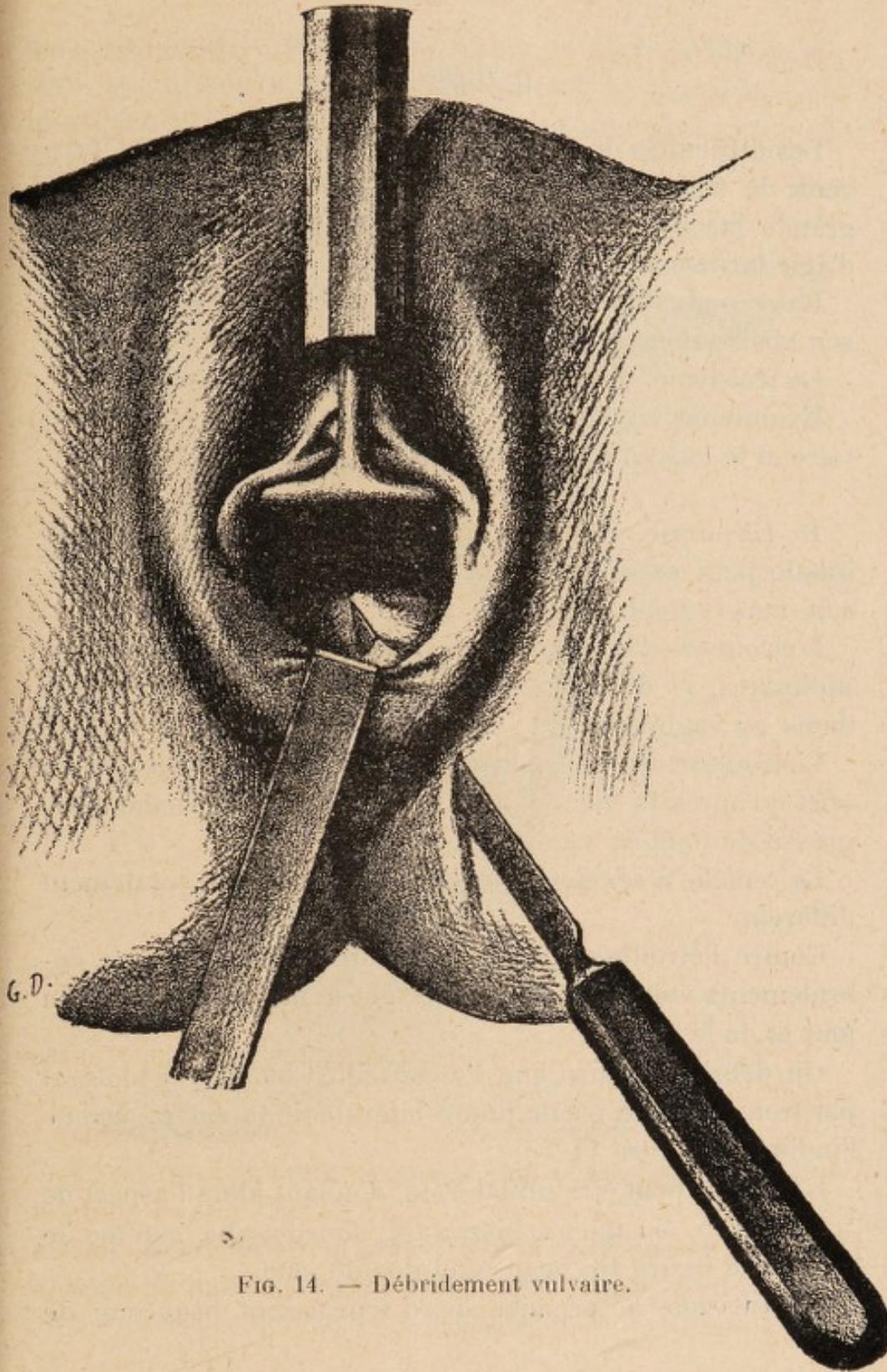


FIG. 14. — Débridement vulvaire.

C. Difficultés.

Les difficultés de l'hystérectomie vaginale peuvent provenir de trois causes principales : la première, d'une trop grande étroitesse de la vulve et du vagin, qui empêche d'agir facilement sur l'utérus;

La seconde, d'une fixité exagérée de l'utérus qui rend son abaissement difficile et pénible;

La troisième, de l'absence de prise sur le col utérin.

Examinons en détail ces trois causes de dystocie opératoire et le moyen d'en venir à bout.

1° *Étroitesse vulvo-vaginale.* — L'étroitesse vulvo-vaginale peut exister soit au niveau de l'entrée du vagin, soit dans le fond.

L'étroitesse d'entrée se rencontre chez les vierges, les nullipares, et d'une façon générale chez toutes les candidates au vaginisme.

L'étroitesse du fond survient avec l'âge. Nous savons en effet qu'après la ménopause il y a un rétrécissement progressif du fond du vagin.

Le remède à ces deux variétés d'étroitesse est totalement différent.

Contre l'étroitesse d'entrée, ce sont les incisions ou débridements vulvaires qui réussissent le mieux à donner du jour et de la place.

On débridera, ainsi que l'a conseillé Chaput, en incisant par transfixion la partie inféro-latérale de la vulve, comme l'indique la figure 14.

L'incision peut être unilatérale, donnant alors l'aspect de la figure 15, ou mieux bilatérale, fournissant, comme le montre la figure 16, beaucoup plus de jour.

Ces incisions au premier abord fournissent beaucoup de

sang, et l'on fait l'hémostase à l'aide de pinces à forcipresure, qu'on pourra, si elles encombrant le champ opératoire, enlever au bout d'un instant; ces quelques moments de forcipression ont suffi à assurer l'hémostase.

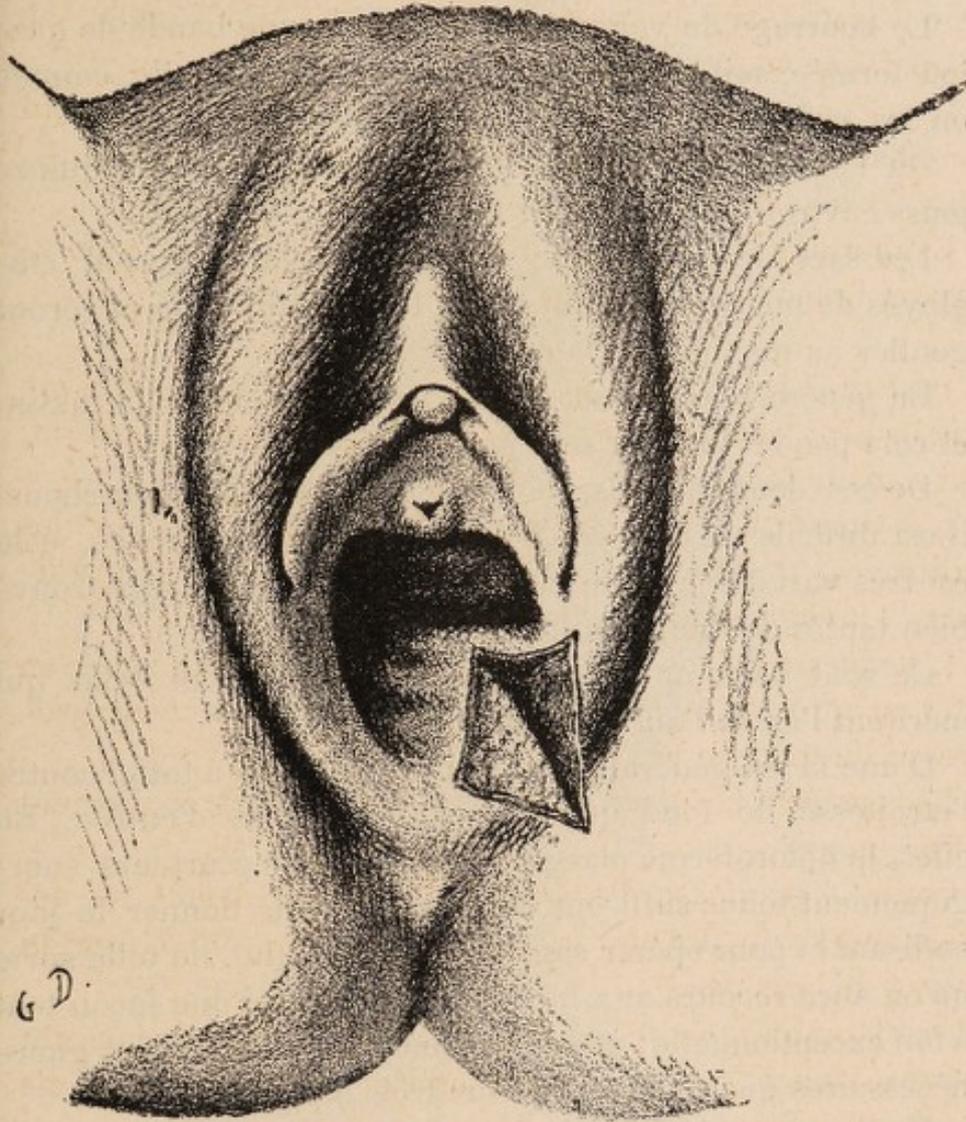


FIG. 15. — Résultat du débridement vulvaire unilatéral.

Alors que l'opération est terminée, on ferme ces incisions à l'aide de sutures transversales au crin de Florence en allant de la profondeur vers la superficie.

Contre l'*étroitesse de fond*, les incisions, on le comprend facilement, ne donneraient aucun résultat; il faut agir autrement.

On fera usage soit du bourrage ou tamponnement du vagin, soit de sacs en caoutchouc.

Le bourrage du vagin se fera soit avec une bande de gaze iodofornée, soit de tampons de coton hydrophile, comme on les emploie pour le bourrage ordinaire.

On l'exécutera tous les deux jours pendant les quinze jours environ qui précèdent l'opération.

Les sacs de caoutchouc ou ballons Gariel seront employés de même, introduits dans le fond du vagin et seront gonflés au maximum toléré par la patiente.

En général, on les met le soir jusqu'au lendemain matin, et cela pendant six ou sept jours consécutifs.

De ces deux moyens, bourrage ou sacs de caoutchouc, il est difficile de dire celui qui mérite la préférence, cela est très variable avec le cas et le sujet; je me suis trouvé bien tantôt de l'un, tantôt de l'autre.

Ce sont deux moyens à peu près également bons qui méritent l'un et l'autre d'être conservés.

D'une façon générale, on aura plus souvent à lutter contre l'*étroitesse de fond* que contre l'*étroitesse d'entrée*. En effet, le chloroforme élargit la vulve et les écarteurs énergiquement tenus suffisent en général pour donner le jour suffisant et pour opérer sans trop de difficulté, de telle sorte qu'on aura recours aux incisions vulvaires d'une façon tout à fait exceptionnelle; je suis persuadé qu'elles ne sont guère nécessaires que dans un cas sur trois ou quatre cents.

Il n'en est pas de même de la dilatation du fond du vagin, qui deviendra souvent nécessaire chez les femmes qui ont dépassé cinquante ans et surtout la soixantaine.

En tout cas, c'est une bonne préparation à l'hystérectomie, préparation qui ne présente aucun danger et dont

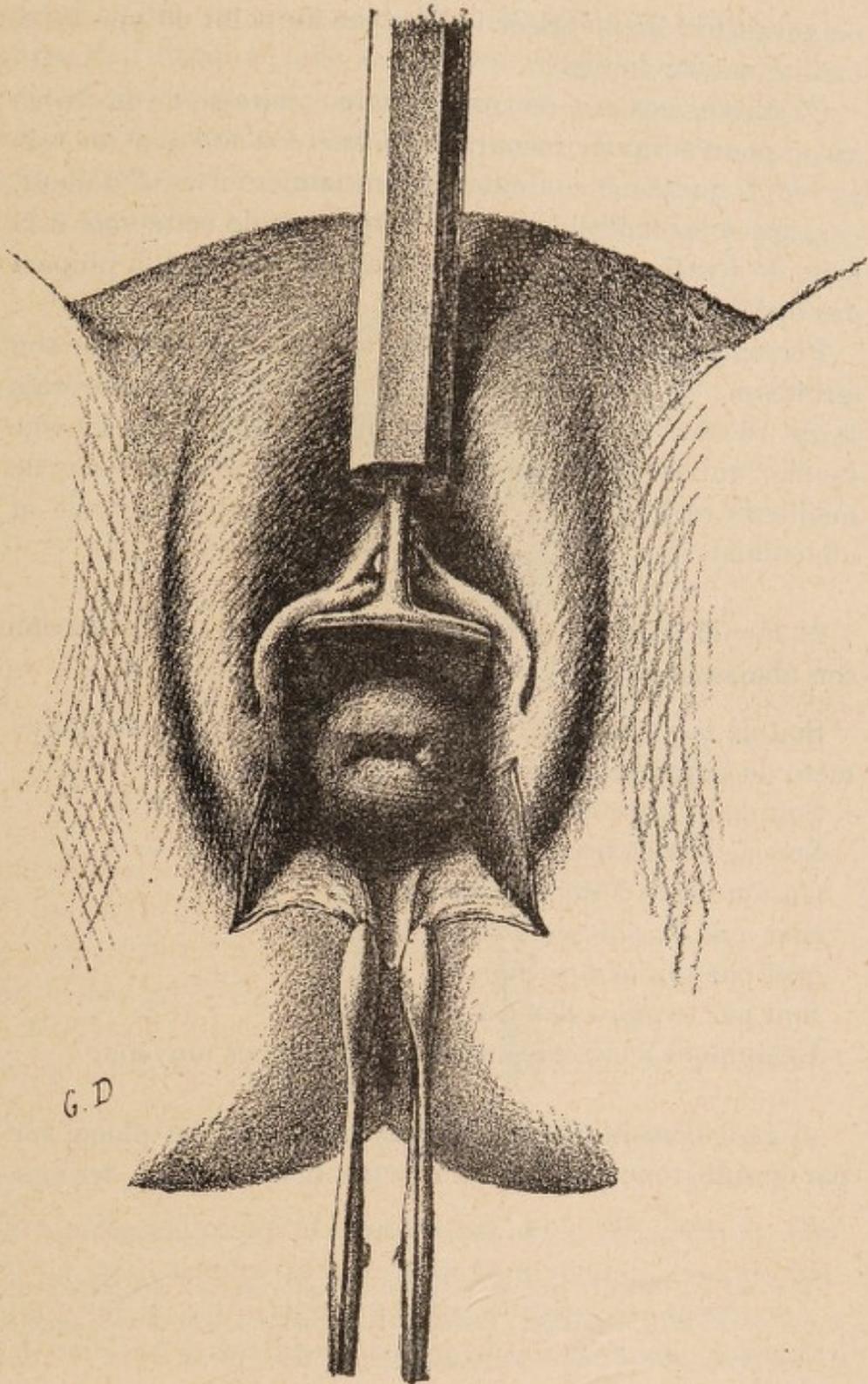


FIG. 16. — Résultat du débridement vulvaire bilatéral.

on aurait tort de mépriser le bénéfice au point de vue de la facilité qu'elle donne.

C'est dans ces cas de trop grande étroitesse de la vulve qu'on pourrait avoir recours à l'*hystérectomie par la voie sacrée* (1) que je me contente de mentionner ici incidemment, car, après les tentatives qui ont été faites de cette voie à la suite de Kraske, Hochenegg et d'autres auteurs, la plupart des opérateurs l'ont abandonnée.

Personnellement, si la voie vaginale opposait, par son étroitesse, un obstacle absolu à l'opération, je préférerais avoir recours à la voie abdominale plutôt qu'à la voie sacrée, qui est d'exécution difficile et qui ne donne pas de meilleurs résultats que les deux autres voies vaginale et abdominale.

2° *Fixité utérine.* — La fixité de l'utérus, qui empêche son abaissement, provient :

Soit de la présence de tumeurs qui empêchent l'engagement de la masse tumorale dans le pelvis ;

Soit de la rétraction des ligaments larges ;

Soit de l'existence d'adhérences.

On tournera cette difficulté :

Soit par le *basculement de l'utérus* ;

Soit par son *hémisection* ;

Soit par le *morcellement*.

Examinons successivement chacun de ces moyens.

a) *Basculement.* — Le col étant maintenu en place, soit par des adhérences, soit par une rétraction de la base des liga-

(1) Pour les lecteurs que cette question intéresserait spécialement, je renvoie à l'article suivant : VESLIN, *Hystérectomie par la voie sacrée*. *Archives de Tocologie et de Gynécologie*, 1896, p. 36.

ments larges, on contournera la difficulté, en saisissant le corps de l'utérus à l'aide de pinces à crochets, soit en avant, soit en arrière du col ; on le fera basculer soit en avant, soit en arrière, produisant de la sorte, soit une antéflexion, soit une rétroflexion exagérée.

La figure 17 nous montre ce basculement opéré en ar-

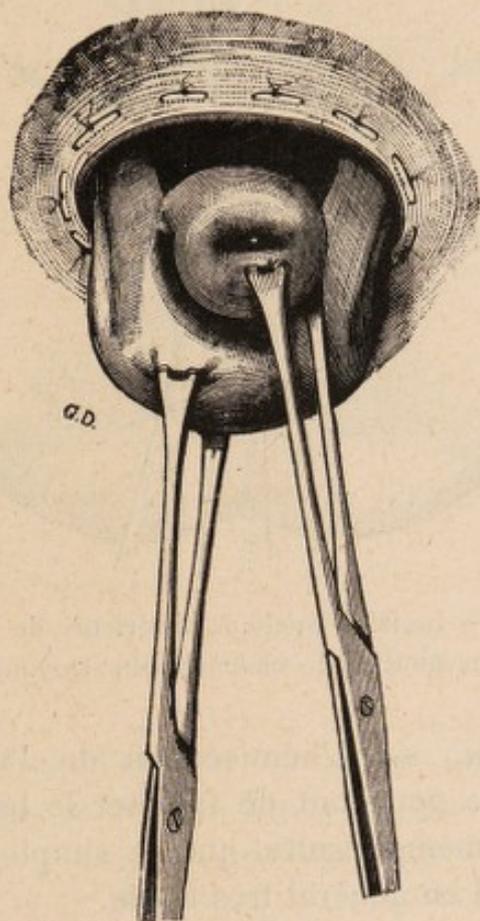


FIG. 17. — Basculement de l'utérus en arrière.

rière, c'est-à-dire par le mécanisme de la rétroflexion. On devine facilement ce qu'il en est par antéflexion, sans qu'une figure soit nécessaire pour en faire comprendre le détail.

Aussitôt ce basculement opéré, on peut lier ou pincer le

sommet des ligaments larges, suivant que l'on fait usage de pinces ou de ligatures, et il est facile ensuite pour terminer l'opération de lier ou de pincer la base des ligaments larges.

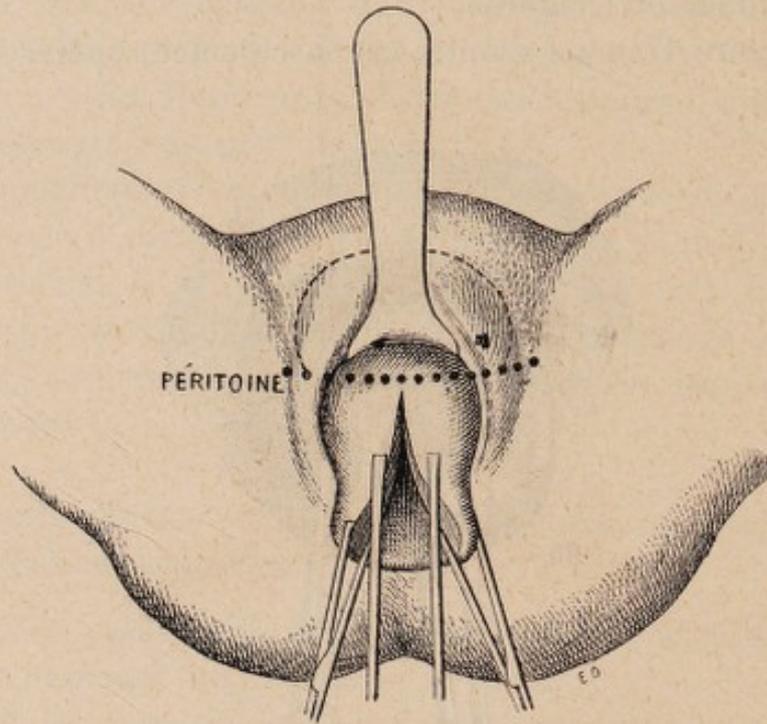


FIG. 18. — Incision médiane antérieure de l'utérus pour faciliter le basculement (Doyen).

b Hémisection. — L'hémisection de l'utérus sur la ligne médiane a pour but de faciliter le basculement, et arrive donc au même résultat que le simple basculement, mais elle le rend en général très facile.

Le meilleur moyen d'opérer cette hémisection est celle qui a été indiquée par Doyen.

En voici le détail :

Alors que le premier temps de l'hystérectomie est achevé, c'est-à-dire quand la section circulaire du vagin et la dénudation de la partie inférieure de l'utérus sont achevées, on applique une pince de chaque côté du col, ainsi que l'in-

dique la figure 18, puis avec les ciseaux on sectionne la paroi antérieure de l'utérus, jusqu'au point supérieur de la dénudation

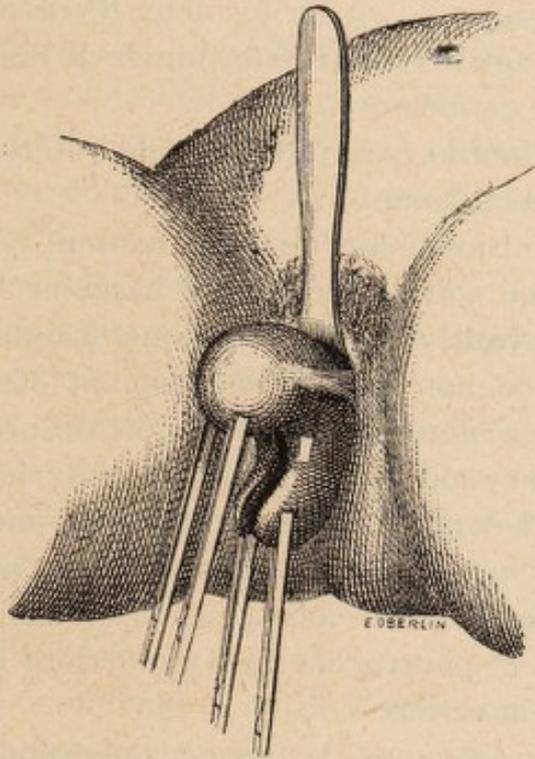


FIG. 19. — Basculement de l'utérus après exécution de la section médiane antérieure.

Ceci fait, on applique de nouvelles pinces à crochets (fig. 18) sur les lèvres de l'incision, au voisinage de la fin de l'hémisection; puis, tirant fortement sur ces deux pinces comme pour abaisser la face antérieure de l'utérus, on dénude, avec les ciseaux ou les doigts, une nouvelle portion de la face antérieure de l'utérus.

Pendant ce temps de l'opération, un écarteur est en rapport avec la face antérieure de l'utérus, ainsi que l'indique la figure 18, afin d'éloigner la vessie et d'empêcher sa blessure.

La dénudation étant opérée dans l'étendue verticale de

deux nouveaux centimètres environ, on continue l'hémisection, en détachant les deux pinces primitivement appliquées sur le col; on les place au-dessous de celles qui ont été appliquées en second lieu sur les deux lèvres de l'hémisection, au voisinage de la partie terminale de l'hémisection.

On continue de même :

1° En dénudant la face antérieure de l'utérus;

2° En hémisectionnant;

3° En pinçant les lèvres de l'hémisection,

jusqu'à ce qu'on soit arrivé à faire basculer l'utérus complètement en avant, ainsi que l'indique la figure 21.

A partir de ce moment, le basculement étant opéré, on termine l'hystérectomie ainsi qu'il a été dit précédemment, en ayant recours soit aux pinces, soit aux ligatures, suivant le procédé dont on a fait choix, en commençant par le sommet des ligaments larges et en finissant par leur base.

Au lieu de faire l'hémisection en avant, ainsi qu'elle vient d'être décrite, on pourrait la faire en arrière et faire basculer l'utérus en arrière.

Ce serait exactement la même opération, seulement exécutée sur la face postérieure de l'utérus, au lieu de l'être sur l'antérieure.

D'une façon générale, on a plus d'avantages à faire l'hémisection avec basculement antérieur que postérieur, car, par la disposition anatomique des parties, cette face antérieure de l'utérus est naturellement plus à la portée de l'opérateur que la postérieure.

Müller et Quénu, au lieu de limiter l'hémisection à la paroi antérieure ou postérieure de l'utérus, ont conseillé de sectionner tout l'utérus à la fois, de manière à opérer une hémisection complète. Quand on arrive au fond de l'utérus, on a deux moitiés de l'utérus absolument séparées l'une de l'autre.

Cette manière d'opérer n'a aucun avantage sur l'hémisection limitée à une seule des parois utérines; il n'y a donc aucune raison pour lui accorder la préférence.

c) *Morcellement.* — Quand le basculement de l'utérus avec ou sans hémisection est impossible, il faudra, pour venir à bout de l'hystérectomie, avoir recours au morcellement dont je ne donnerai pas ici le détail, car cette description nous entraînerait trop loin.

Qu'il s'agisse de tumeurs fibreuses ou cancéreuses, les détails du morcellement sont les mêmes, avec cette différence toutefois que la friabilité du cancer rend l'opération beaucoup plus difficile.

Si cette friabilité est telle qu'elle empêche d'abaisser l'utérus, il faudra terminer par la laparotomie l'opération commencée par la voie vaginale.

3° *Absence de prise sur le col utérin.* — Il arrive que, lorsque le col est envahi assez profondément par le cancer, il présente une trop grande friabilité, qui empêche de le saisir facilement et de l'attirer à l'aide de pinces.

On peut encore éprouver des difficultés du même genre, quand il y a eu autrefois chez la même malade une amputation assez élevée du col. En pareil cas, le col est difficile à trouver et à saisir, et le premier temps de l'hystérectomie se trouve parfois, de ce fait, rendu très difficile.

En pareil cas, l'important, c'est d'arriver sur la face antérieure de l'utérus, en sectionnant et en libérant les parois vaginales à l'aide du bistouri ou des ciseaux.

Aussitôt qu'on a pu arriver sur cette paroi utérine antérieure, on est sauvé, car on trouve à ce niveau du tissu utérin plus résistant, qu'il est possible de saisir solidement avec des pinces à crochets.

Aussitôt qu'on tient ce tissu résistant et qu'on est sur

cette face antérieure, on procède à l'hémisection, ainsi qu'il a été indiqué tout à l'heure, et, à partir de ce moment, l'hystérectomie marche avec une facilité relative.

Donc, en l'absence de col ou avec un col friable, aller à la recherche de la face antérieure de l'utérus, quelque longue et pénible que soit cette recherche; aussitôt qu'on y est, continuer par l'hémisection.

B. Traitement clinique.

Nous connaissons, par l'exposé qui précède, les diverses ressources en notre possession pour combattre le cancer utérin; voyons maintenant l'application de ces moyens aux divers cas de cancer utéro-vaginal.

Si nous sommes appelés à traiter un cancer utéro-cervical au début, alors que le diagnostic est encore hésitant, nous soignerons cette ulcération comme s'il s'agissait d'un ectropion du col, c'est-à-dire avec des scarifications, des cautérisations à la créosote et des pansements pulvérulents à l'acide borique et à l'iodoforme.

Nous continuerons ce traitement pendant un mois jusqu'à ce que nous soyons arrivés à établir complètement notre diagnostic.

La période de doute a cessé et nous sommes arrivés à celle de certitude; le cancer existe, quel traitement allons-nous lui appliquer?

Notre principe doit être de recourir à une INTERVENTION CURATIVE, toutes les fois qu'elle est possible.

Ainsi que nous l'avons vu précédemment, nous avons, comme intervention curative :

- L'hystérectomie vaginale partielle;
- L'hystérectomie vaginale totale;
- L'hystérectomie abdominale totale.

Avant de prendre une décision, examinons un peu les résultats fournis par ces diverses interventions.

Comme pronostic opératoire, on peut admettre :

Hystérectomie vaginale partielle : mortalité opératoire, 5 0/0;

Hystérectomie vaginale totale : mortalité opératoire, 10 0/0;

Hystérectomie abdominale totale : mortalité opératoire, 15 0/0.

La survie des opérées, au point de vue de la récurrence, a été surtout étudiée après l'hystérectomie vaginale totale; on peut dire qu'il y a récurrence :

Dans un tiers des cas dans la première année;

Dans un tiers des cas dans les deuxième et troisième années;

Dans un tiers des cas de trois à six ans.

Les survies plus longues sont très exceptionnelles et le diagnostic du cancer n'était peut-être pas alors parfaitement établi.

Quand on opère par l'hystérectomie vaginale totale un cancer de l'utérus, si la malade guérit de l'opération, elle a donc :

Une chance sur trois d'être reprise de son mal avant un an;

Une chance sur trois d'être reprise de son mal au bout d'un à deux ans;

Une chance sur trois d'être reprise de son mal de trois à six ans.

Trois à six ans de survie constituent à peu près le meilleur résultat que puisse fournir l'hystérectomie vaginale totale.

Si on compare les résultats relatifs par l'hystérectomie vaginale totale et la partielle, on voit, d'après un tableau

de Schroeder, comprenant le résultat de sa pratique de 1878 à 1886, que :

		Guérisons.
Au bout de 1 an.	{	Extirpation partielle..... 51 0/0
		— totale..... 48
— 2 ans.	{	— partielle..... 46
		— totale..... 24
— 3 ans.	{	— partielle..... 47
		— totale..... 14
— 4-5 ans.	{	— partielle..... 38
		— totale..... 35

On voit donc que l'avantage reste à l'extirpation partielle, ce qui ne se comprend guère, car, du moment où la femme a survécu à l'opération, on ne conçoit pas pourquoi la récurrence serait plus fréquente après l'extirpation totale qu'après la partielle, à moins que, dans les cas où l'on a fait l'extirpation totale, les annexes ne fussent déjà envahies.

Mais la conclusion qu'on peut, jusqu'à nouvel ordre, tirer de cette statistique, c'est que l'extirpation partielle donne à peu près les mêmes chances de succès que l'hystérectomie vaginale totale, et, puisqu'elle est moins dangereuse comme opération, il semble qu'elle soit préférable.

Il faut néanmoins reconnaître que la plupart des opérateurs ont actuellement recours à l'hystérectomie vaginale totale, se basant en cela plutôt sur la théorie, qui leur fait voir en cette opération une intervention plus radicale et d'apparence plus sûre, que sur les résultats de la clinique.

En résumé, l'hystérectomie vaginale totale jouit actuellement, malgré ses plus grands dangers, d'une plus grande faveur que l'hystérectomie vaginale partielle.

Cette faveur semble surtout lui venir de l'idée théorique que plus l'extirpation en fait de cancer est radicale, meilleure elle est. Je dis *théorique*, car les statistiques, quant à ce qui concerne l'utérus, n'ont pas démontré l'exactitude de ce principe.

Si je veux être en conformité d'opinion avec la généralité des gynécologues, à l'heure actuelle, je dirai donc :

Faites l'hystérectomie vaginale totale, toutes les fois qu'il s'agit d'un cancer du col ou, pour préciser davantage,
D'UN CANCER UTÉRO-VAGINAL.

Personnellement, bien que partisan de l'hystérectomie vaginale totale, j'avoue que je ne suis pas toujours fidèle à ce principe.

Je fais l'hystérectomie vaginale totale, ainsi que nous le verrons ultérieurement, d'un cancer utéro-cervical, car dans ce cas je sais que l'utérus peut être pris de bonne heure.

Mais je n'ai pas toujours recours à l'hystérectomie vaginale totale quand je suis en présence d'un cancer utéro-vaginal, car je sais que dans ces cas le corps de l'utérus reste longtemps indemne et ne se prend qu'à une période avancée de la maladie.

Je sais, ainsi que je l'ai dit dans la description de cette maladie, que le cancer utéro-vaginal se comporte comme un cancer du vagin, qu'il est en réalité, et non comme un cancer de l'utérus; aussi je ne crois pas beaucoup en pareil cas à la nécessité de l'hystérectomie vaginale totale.

J'aimerais mieux dans ces cas pouvoir enlever la totalité du vagin que la totalité de l'utérus, car, en agissant ainsi, j'estime que je me mettrais mieux à l'abri des récidives.

Fidèle au principe qu'en chirurgie on doit toujours choisir l'intervention la moins dangereuse en même temps que la plus sûre, voici quelle est à peu près ma règle de conduite, en présence d'un cas de cancer utéro-vaginal opérable.

Je diviserai les cas opérables en deux catégories :

Première catégorie. — Le cancer est au début, le néoplasme est franchement limité au col, le vagin en dehors du col est nettement sain; grâce à cette limitation à la

surface du col, j'ai tout lieu de penser que la profondeur du col utérin et à plus forte raison le corps de l'utérus sont sains.

Si, en pareil cas, par la souplesse des tissus, par la largeur du vagin, par la mobilité de l'utérus, je prévois l'hystérectomie vaginale totale comme devant se faire très facilement, c'est à elle que je m'adresse, estimant que dans ces cas faciles le pronostic de l'opération est excellent et que les dangers ne sont guère plus grands que ceux de l'hystérectomie vaginale partielle.

Si, au contraire, par l'étroitesse du vagin, par le peu de mobilité de l'utérus, par l'obésité du sujet, je prévois une hystérectomie difficile, et par conséquent dont le pronostic est notablement moins favorable que l'hystérectomie vaginale partielle, c'est à cette dernière que j'ai recours, en faisant remonter l'amputation jusqu'au voisinage de l'isthme.

Deuxième catégorie. — Le cancer est plus avancé, il a envahi le vagin dans une certaine étendue au pourtour de l'utérus, il y a lieu de supposer qu'une certaine étendue du col est devenue la proie du néoplasme, mais les ligaments larges, par leur souplesse et par l'absence de douleur spontanée ou à la pression à leur niveau, semblent indemnes ; le cas est encore opérable, puisque avec le bistouri on peut espérer tout enlever et dépasser les limites du mal.

En pareil cas, je m'adresse à l'hystérectomie vaginale totale, estimant qu'avec la partielle je n'atteindrais peut-être pas tout le néoplasme utérin.

Toutefois, si au cours de l'opération je m'apercevais que l'envahissement vaginal ou des tissus périvaginaux est tel que je ne puis espérer enlever tout le néoplasme, au lieu d'exécuter l'hystérectomie vaginale totale que j'avais

d'abord projetée, je me borne à une amputation du col, au curage et ablation aussi complète que possible de la portion vaginale atteinte, estimant qu'en restreignant ainsi mon intervention, tout en étant aussi utile à la malade, j'expose moins sa vie par cette opération.

Dans toute intervention pour cancer, il faut que l'opérateur obtienne de l'entourage de l'opérée une liberté d'action suffisante pour agir au mieux de ses intérêts pendant l'acte opératoire, sans être obligé d'exécuter strictement l'opération qu'il a pu croire d'abord la meilleure, mais que les détails découverts pendant l'intervention lui font ensuite envisager d'une façon différente.

Telle est la conduite à tenir dans les cas opérables curativement, c'est-à-dire ceux où toute la masse cancéreuse peut être totalement enlevée; voyons maintenant la conduite à tenir dans les cas inopérables.

Définissons d'abord les *cas inopérables*.

Les cas inopérables (sous-entendu *curativement*, car tout cas est opérable palliativement), sont ceux dans lesquels le chirurgien ne peut espérer enlever toute la masse cancéreuse.

Au point de vue du cancer utéro-vaginal, que nous étudions actuellement, le cas est opérable quand le néoplasme reste limité à l'utérus et au vagin. Il devient inopérable quand il envahit les ligaments larges ou le tissu périvaginal.

Comment apprécier cliniquement que les ligaments larges ou le tissu périvaginal est envahi?

Pour le tissu périvaginal, c'est par l'épaississement et le manque de souplesse des tissus qui entourent le vagin qu'on arrive à cette appréciation, tout en reconnaissant que cette appréciation sera parfois très difficile et délicate.

Pour les ligaments larges, on se basera sur trois éléments :

- 1° La présence d'induration à leur niveau ;
- 2° Le manque de mobilité utérine ;
- 3° L'existence de douleur spontanée ou à la pression au niveau de ces ligaments.

On a dit que le cancer utérin devenait douloureux aussitôt qu'il y avait envahissement des ligaments larges. Peut-être posée d'une façon absolue cette loi n'est-elle pas toujours exacte, mais elle répond à un fait vrai dans la majorité des cas, et dont il faut tenir grand compte en clinique.

Donc, quand une cancéreuse de l'utérus ne souffre pas, que ses ligaments larges présentent la mollesse normale et que l'utérus est mobile, on est en droit de supposer que les ligaments larges sont sains et que le cas est opérable.

Dans le cas contraire, il y a *inopérabilité*, et il faut se contenter d'un *traitement palliatif*.

Quel sera ce traitement palliatif ?

Quand il s'agit d'un cancer végétant, dont la masse plus ou moins exubérante remplit le vagin et donne lieu à une sécrétion fétide et épuisante, l'intervention palliative à l'aide des caustiques ou du curage sera indiquée.

Je préfère le curage aux caustiques, car son action est bien plus complète, plus rapide et plus sûre.

Je réserve les caustiques pour les sujets relativement assez nombreux, qui de parti pris ne veulent pas d'opération quelle qu'elle soit.

Il n'est pas rare de rencontrer des malades qui, d'emblée, vous déclarent qu'elles accepteront tout traitement, sauf une opération.

Plutôt mourir que de se faire opérer !

Pour celles-là, les caustiques sont tout indiqués.

Pour toutes les autres, je préfère le curage suivi d'une cautérisation large au thermocautère.

Toutefois, quand on décide cette intervention palliative, il est un point que l'opérateur ne doit pas perdre de vue : c'est la possibilité de pénétrer par son intervention, dans la vessie, le rectum ou le péritoine.

La pénétration dans le péritoine est capable d'amener une péritonite promptement mortelle; celle dans la vessie ou le rectum est suivie de fistules inopérables et qui dureront jusqu'à la mort de la malade.

Malgré toute explication, à moins d'avoir prévenu d'avance ou d'avoir affaire à des personnes intelligentes, on ne manquera pas d'accuser le chirurgien de maladresse.

Aussi quand, par l'étendue du néoplasme, on suppose qu'un de ces accidents peut se produire au cours du curage, mieux vaut renoncer à toute intervention ou, si on la décide, prévenir les intéressés et n'agir qu'avec beaucoup de prudence.

Une seule fois cet accident m'est arrivé; le résultat en a été une fistule vésico-vaginale qui a duré six mois jusqu'à la mort de la malade.

L'ennui que m'a causé cet accident m'a rendu très circonspect dans l'exécution du curage en pareil cas.

Après l'intervention palliative ou dans le cas de cancer rongeur, alors que cette intervention est inutile, on se contentera de *pansements désinfectants*.

Ces pansements consisteront, ainsi qu'il a été dit à l'exposé des ressources thérapeutiques, en cautérisations, en injections, en pansements à la gaze iodoformée, de manière à éviter autant que possible l'écoulement fétide qui est si pénible pour les malades et leur entourage.

Enfin, pendant toute la durée du traitement, on calmera

les douleurs par l'usage de médicaments, dont il a été précédemment question, et surtout par l'usage de la morphine, dont on donnera la dose suffisante, quelle que doive être cette dose.

B.

CANCER UTÉRO-CERVICAL

Je rappelle que j'ai divisé l'étude du cancer utérin en trois chapitres : cancer utéro-vaginal — cancer utéro-cervical — cancer utéro-corporéal. Nous connaissons la première variété; nous arrivons maintenant à la seconde.

Anatomie pathologique. — Comme pour le cancer utéro-vaginal, il y a ici deux formes à tendance opposée :

- 1° *La forme végétante* : a. parenchymateuse; b. muqueuse,
- 2° *La forme rongeante.*

La forme végétante ou hypertrophiante s'attaque tantôt au parenchyme utérin, tantôt à la muqueuse.

Le cancer, sous forme de carcinome encéphaloïde, débute dans la substance même du col utérin, et ne tarde pas à infiltrer tout l'organe, produisant, ainsi que l'indique la figure ci-jointe, une hypertrophie très prononcée.

Après ce premier stade hypertrophique où il n'y a pas ulcération ni dans la cavité cervicale, ni à la surface vaginale, se produit une mortification des tissus superficiels vers la cavité cervicale, dans laquelle se constituent des anfractuosités avec sécrétion ichorrhéique.

Le cancer envahit secondairement le corps de l'utérus, le

tissu périutérin et suit la marche envahissante habituelle de ce néoplasme.

La forme végétante qui s'attaque à la muqueuse de la cavité cervicale répond en général, comme type histolo-

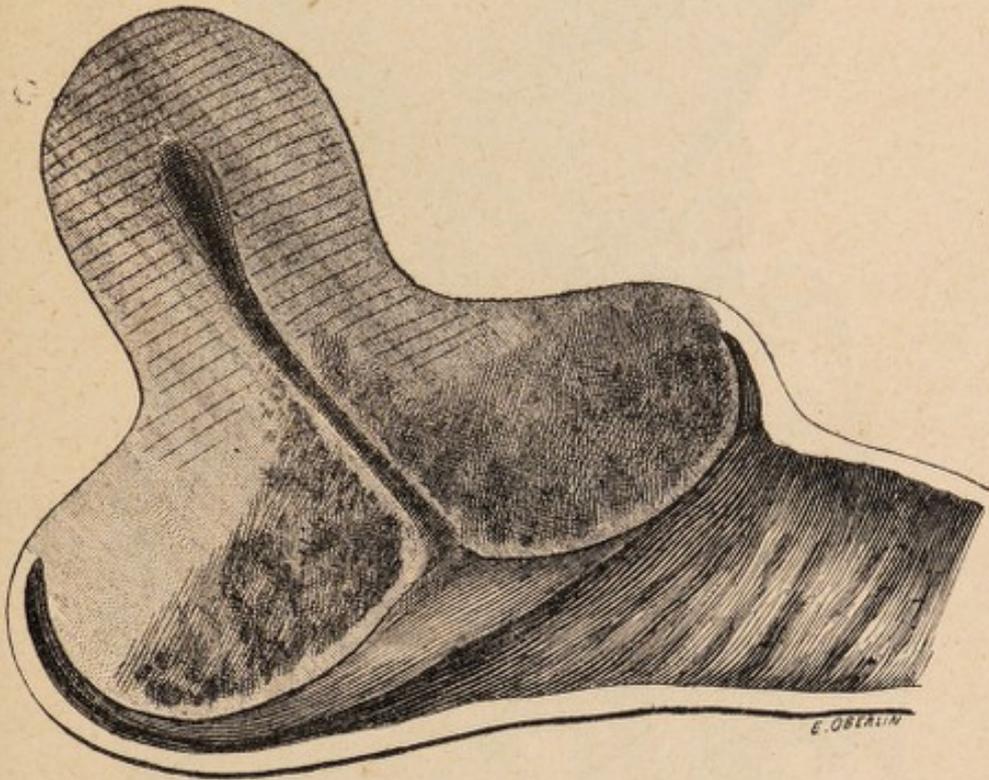


FIG. 20. — Cancer utéro-cervical (forme végétante) (Manu).

gique, au sarcome ; la muqueuse devient exubérante, remplit d'abord toute la cavité cervicale et vient faire hernie dans la cavité vaginale, à travers l'orifice externe qu'elle dilate plus ou moins.

Le sarcome d'abord limité à la muqueuse cervicale envahit secondairement la muqueuse corporéale, et bientôt se généralise à tout l'utérus.

Tout l'organe augmente de volume, et le néoplasme continue à évoluer à la manière des sarcomes.

La forme rongeante évolue d'une façon toute différente. Elle commence par la cavité cervicale, qu'elle creuse, ainsi que l'indique la figure 22.

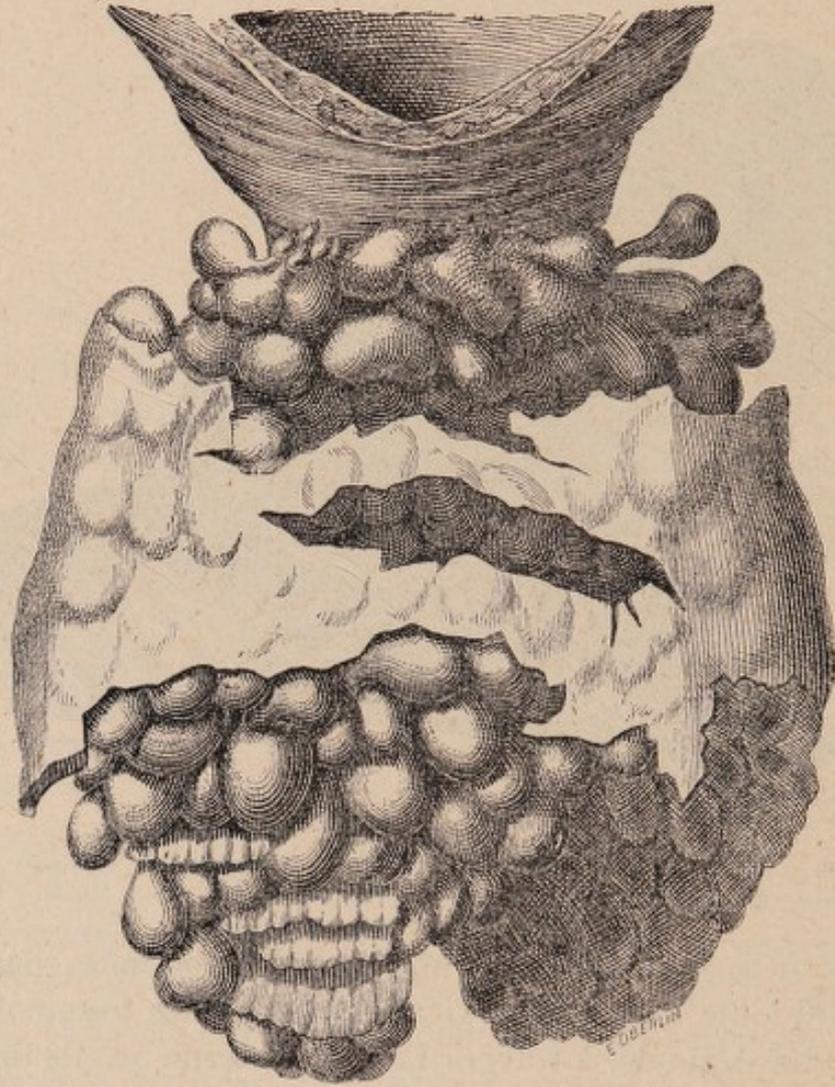


FIG. 21. — Cancer utéro-cervical (forme végétante) faisant saillie dans le vagin.

Les parois s'amincissent, rongées petit à petit, excentriquement par le néoplasme utérin.

Au bout d'un certain temps, le néoplasme ne reste plus

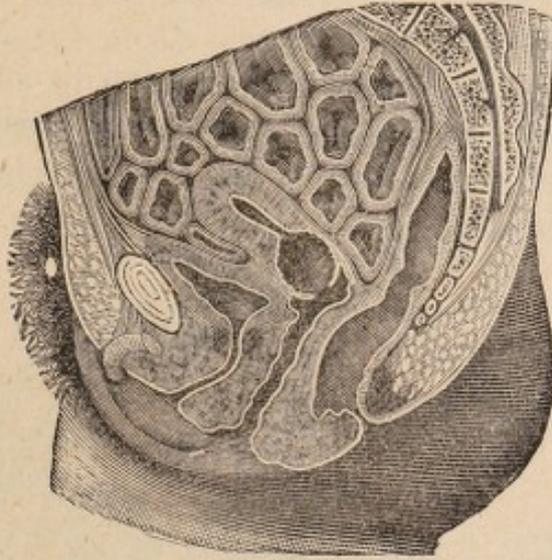


FIG. 22. — Cancer utéro-cervical (forme rongeante).

limité à la cavité cervicale, mais envahit la cavité corporeale, de telle sorte que toute la cavité utérine se trouve,

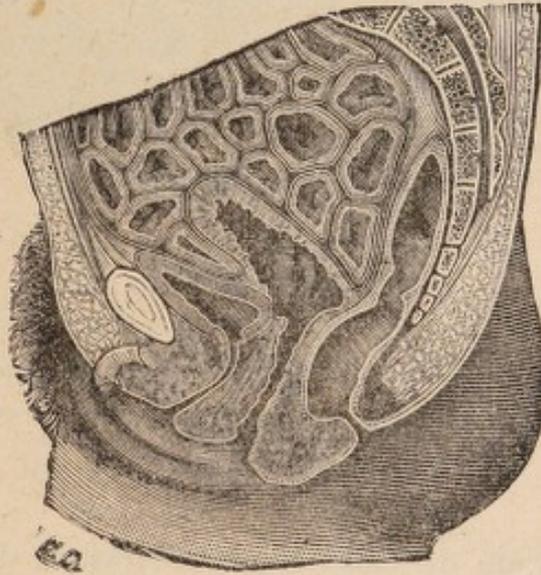


FIG. 23. — Cancer utéro-cervical ayant envahi toute la cavité utérine.
ainsi que l'indique la figure 23, la proie du cancer, dont la forme histologique est en général l'épithélioma.

Puis, après avoir fait tache d'huile sur toute la surface utérine, le cancer s'étend excentriquement, et cela de préférence au niveau du col.

C'est ainsi qu'il peut franchir au niveau du col les limites du tissu utérin, envahir secondairement la vessie en avant et le rectum en arrière, ainsi que l'indique la figure 24, amenant la formation de fistules plus ou moins étendues.

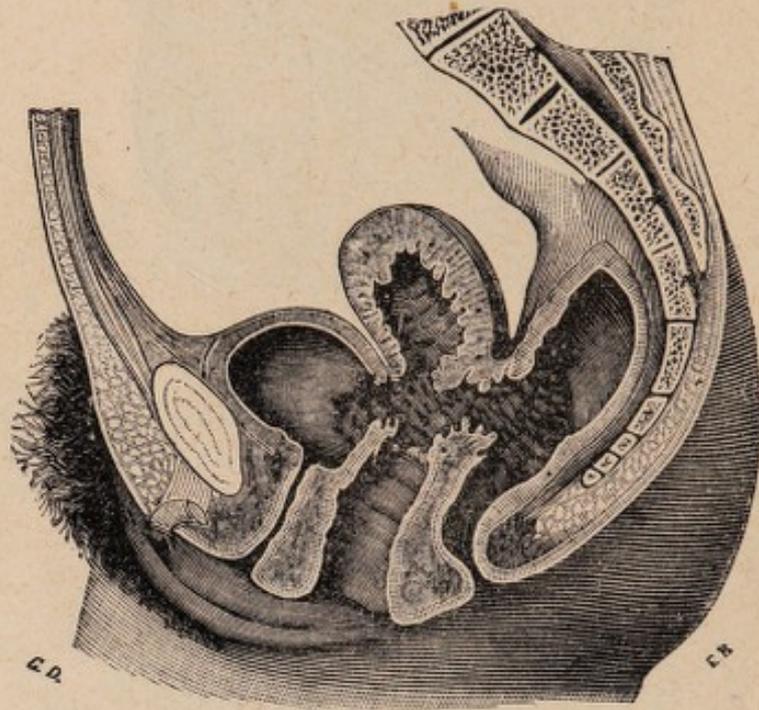


FIG. 24. — Production de fistule dans le cancer utéro-cervical à forme rongeante.

La voie lymphatique est également envahie par le cancer, quelle qu'en soit la forme ; il peut y avoir aussi des métastases plus ou moins lointaines se faisant par la voie veineuse.

Outre la forme de cancer utéro-cervical dont il vient d'être question, il peut y avoir, ainsi que l'indique la figure 25, coïncidence de fibromes et d'épithélioma.

La fibrome existait déjà depuis longtemps et l'épithé-

lioma s'est développé récemment, évoluant de son côté comme si le fibrome n'existait pas.

Il peut y avoir aussi transformation d'anciens fibromes en sarcomes; la tumeur, en pareil cas, après être restée longtemps bénigne devient maligne, et à partir du moment de cette transformation, évolue comme le font habituelle-

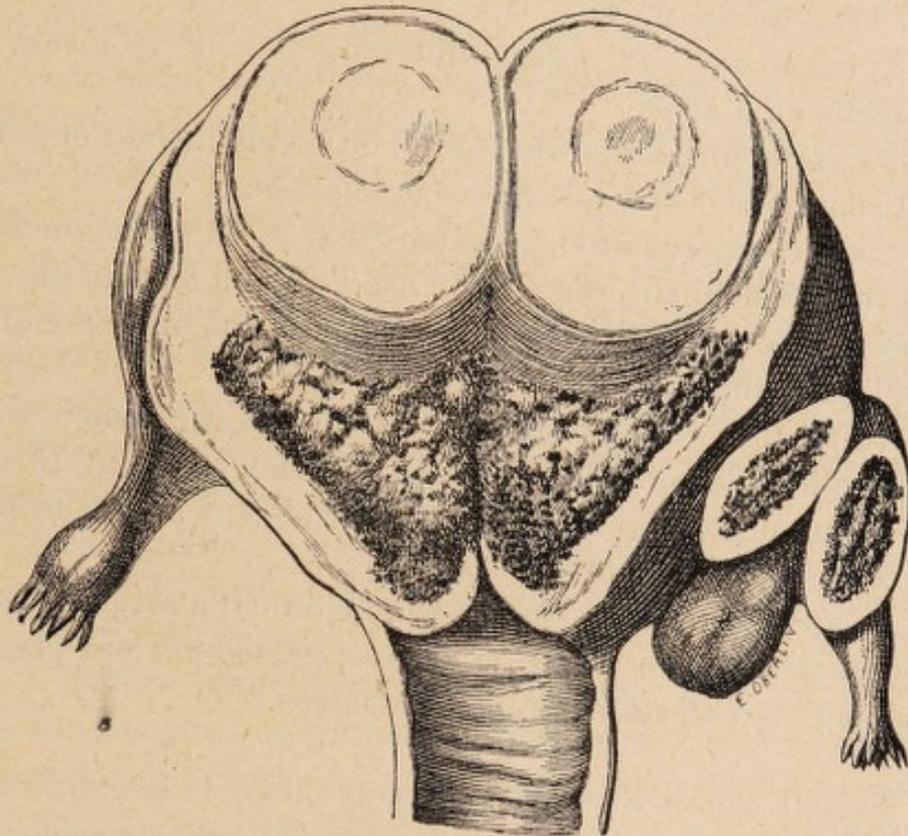


FIG. 25. — Coïncidence de cancer utéro-cervical et de fibrome utérin.
(Mundè).

ment les sarcomes; l'organe fibromateux ne modifie en rien cette évolution.

Etiologie. — Tout ce qui concerne l'étiologie a été dit à propos du cancer utéro-vaginal.

Symptomatologie. — Le premier symptôme est comme pour le cancer utéro-vaginal l'hémorragie; ce sont d'abord

les règles qui deviennent plus abondantes; dans l'intervalle des règles se produisent de petites hémorragies à l'occasion d'un traumatisme : injection, coït, ou sans cause appréciable.

Ennuyée de ces hémorragies et souvent d'une leucorrhée assez abondante, la malade va consulter pour se renseigner sur l'état de son utérus.

A l'examen, les signes diffèrent suivant la forme à laquelle on a affaire.

S'agit-il d'une forme végétante, de bonne heure l'état du col peut fournir des indications précieuses.

Avec le cancer parenchymateux tout le col est augmenté de volume donnant assez bien l'aspect d'une métrite du col ancienne, et, de fait, cette métrite est souvent le premier stade de l'affection néoplasique.

Au toucher ce col est dur, et ce n'est pas seulement une induration de surface, mais de profondeur. Tout le col forme un noyau induré qu'on peut nettement apprécier par le toucher combiné au palper.

Au spéculum, la surface vaginale du col n'est pas ulcérée; le tissu utérin est rouge violacé, présentant par places de petits territoires irréguliers grisâtres.

Avec le cancer muqueux, l'hypertrophie de la muqueuse amène assez promptement la formation d'un ectropion, de telle sorte qu'au toucher on sent, au niveau de l'orifice utérin, un tissu fongueux de consistance inégale, mou et dur par places. On a assez la sensation de polypes muqueux, avec cette différence toutefois que les points indurés manquent quand il s'agit de cette affection bénigne.

Au spéculum, on aperçoit au niveau de l'orifice externe dilaté la masse du tissu pathologique qui, ne pouvant être contenu dans la cavité cervicale, vient faire hernie dans le vagin. Dans certains cas, cette masse de tissu pathologique

est suffisante pour constituer une petite tumeur analogue à celle représentée par la figure 23.

Après cette première période de début, le cancer, qu'il s'agisse du carcinome du muscle ou de sarcome de la muqueuse, englobe toute la substance utérine, envahit les tissus voisins. L'utérus forme une masse plus ou moins volumineuse, à contours quelquefois rendus inégaux par le développement du néoplasme.

A la mobilité de début fait bientôt place une fixité, qui devient d'autant plus prononcée que l'utérus est plus volumineux et que les tissus péri-utérins sont davantage envahis par le néoplasme.

Avec la forme rongeante, il y a, au début, simple agrandissement de la cavité cervicale, de telle sorte que l'orifice externe est facilement perméable, l'extrémité de l'index peut s'engager dans cette cavité et avoir la sensation d'une petite cavité fusiforme à parois indurées et saignant facilement au contact du doigt.

Au spéculum, le col paraît normal, car le regard, ne pouvant plonger jusque dans la cavité cervicale, n'arrive pas au point intéressant.

A mesure que la maladie progresse, la cavité utérine devient de plus en plus spacieuse ; c'est d'abord la cavité cervicale qui continue à s'agrandir, puis après elle la cavité corporeale, de telle sorte qu'à un stade avancé toute la cavité utérine forme un espace anfractueux bordé par des tissus indurés.

Après la période purement utérine survient la période péri-utérine, c'est-à-dire avec envahissement des tissus qui avoisinent l'utérus, l'envahissement se faisant : soit par la contiguité des tissus, soit par la voie lymphatique, soit par la voie veineuse.

Dans ces deux derniers cas, le néoplasme peut aller se développant plus ou moins loin de son point de départ.

La malade se cachectise, et la mort survient d'une façon analogue à celle que nous avons décrite à propos du cancer utéro-vaginal et dont nous ne répéterons pas ici les détails.

Diagnostic. — Le diagnostic se présente dans des conditions différentes, suivant la forme à laquelle on a affaire.

Dans la forme hypertrophique parenchymateuse (fig. 22), où le col est notablement augmenté de volume sans cependant qu'il y ait ectropion, la confusion est surtout possible avec la métrite du col.

Mais, avec la métrite du col susceptible d'amener une augmentation aussi notable de cette région de l'utérus, il est rare qu'il n'y ait pas d'ectropion, c'est-à-dire cet aspect rouge ulcéreux qui entoure l'orifice externe et qui est causé par la hernie au dehors de la muqueuse cervicale pathologique.

Cependant cette raison n'est pas suffisante pour faire porter le diagnostic cancer, car il est des cas, bien qu'exceptionnels, où la métrite du col peut exister sans ectropion.

Comment, en pareil cas, savoir si l'hypertrophie cervicale est due à de l'inflammation simple ou à l'existence d'un néoplasme ?

En suivant la malade un certain temps, pendant lequel on la soumettra au traitement de la métrite du col, c'est-à-dire aux scarifications, aux cautérisations intra-cervicales de créosote, et aux pansements antiseptiques avec un mélange à parties égales d'iodoforme et d'acide borique.

Cette période d'épreuve devra durer un mois environ, en faisant environ deux pansements par semaine.

Au bout de ce temps, ou il y a amélioration nette, ou, au contraire, aggravation.

S'il y a amélioration, le diagnostic sera métrite; dans le cas contraire, celui de cancer.

Si, au bout d'un mois, on ne juge pas l'épreuve suffisante, parce que les caractères locaux de la maladie n'ont pas été nettement modifiés, on pourra prolonger pendant deux ou trois semaines. Cependant il ne faudra pas attendre trop longtemps, car s'il s'agit d'un néoplasme, une attente trop longue ne serait pas sans inconvénient; l'existence du néoplasme pourrait en effet rendre l'opération curative impossible.

Donc, si au bout de deux mois, comme grand maximum, le diagnostic n'était pas encore net, il serait bon d'enlever une parcelle des tissus, ou de procéder au curage pendant lequel on enlèverait cette parcelle, et de la sorte on aurait un diagnostic qui permettrait de poser nettement l'indication thérapeutique.

Toutefois, dans les circonstances actuelles, le néoplasme étant parenchymateux, il sera nécessaire que la parcelle de tissu ne provienne pas de la superficie du col, mais soit prise à quelques millimètres de profondeur, c'est-à-dire en pleine substance utérine. Une petite brèche au bistouri, fermée par un point de suture, permet facilement d'arriver à ce résultat.

Dans le cancer végétant de la muqueuse cervicale, en général sarcome, l'erreur de diagnostic est surtout possible avec les *polypes muqueux*.

Les polypes muqueux forment une masse complètement molle sans point d'induration, ils évoluent avec grande lenteur et constituent une maladie purement locale sans retentissement général. Enfin, il est ici particulièrement facile de recourir à l'examen microscopique.

Quand, dans un cas où l'on aura à faire le diagnostic de polypes muqueux, on pratique le curage qui en constitue le traitement par excellence, on s'aperçoit qu'avec la curette on enlève mal tout le tissu pathologique, ou que les excrois-

sances pathologiques se reproduisent promptement après l'intervention, il faudra songer au néoplasme malin, ce diagnostic soupçonné et corroboré par l'examen microscopique impose ultérieurement un traitement tout différent de celui de simples polypes muqueux, ainsi que nous le verrons tout à l'heure au chapitre du traitement.

Dans la forme rongéante le diagnostic pourrait être hésitant avec l'endométrite hémorragique ; les symptômes, en effet, sont les mêmes au début, mais si le doigt peut pénétrer dans la cavité cervicale, il trouvera dans cette région un agrandissement de cette cavité avec induration des parois, double caractère qui doit écarter l'hypothèse d'une simple inflammation, pour faire penser à l'existence du néoplasme.

D'ailleurs, en pareil cas, si on hésitait, le traitement est le curage.

Au microscope on peut examiner les débris qui renseigneront sur l'état de la muqueuse ; toutefois, même pour des histologistes expérimentés, ce diagnostic est parfois délicat.

Mais si, après le curage, on voit les hémorragies recommencer et si elles ne cèdent pas aux cautérisations intra-utérines, si elles s'accompagnent d'amaigrissement et de douleurs, le diagnostic ne saurait être douteux, il s'agit d'épithélioma.

Il est un cas où, sans examen microscopique, on peut se prononcer facilement et sûrement, c'est quand la curette ramène des débris du volume d'un pois environ, et en assez grande quantité ; la présence d'un tissu friable aussi abondant dans l'intérieur de l'utérus ne se rencontre qu'avec le néoplasme, à moins qu'il ne s'agisse d'un fibrome gangrené ; mais alors la marche de la maladie, le volume de l'utérus, la quantité de débris enlevés conduiraient au diagnostic.

Toutefois, ce qui vient d'être dit au sujet de l'abondance

des débris qui peuvent renseigner à la suite du curage sur la nature de l'affection s'applique davantage au cancer du corps dont il vient d'être question qu'à celui du col ; néanmoins ce renseignement peut avoir sa valeur dans certains cancers rongeurs du col, c'est la raison pour laquelle j'ai tenu à parler incidemment de ce signe.

Pronostic. — Le pronostic est celui du cancer en général : mort inévitable, à moins d'opération curative, dans une durée de quelques mois à quelques années, comme pour le cancer utéro-vaginal.

En général, le cancer rongeur a une évolution plus lente que le cancer végétant, qu'il soit parenchymateux ou muqueux.

Traitement. — Les ressources thérapeutiques dont nous disposons pour lutter contre le cancer utéro-vaginal ont déjà été précédemment exposées à propos du cancer utéro-vaginal ; voyons l'usage que nous pouvons en faire ici pour le plus grand bénéfice de nos malades.

Les principes de l'intervention radicale à pratiquer, toutes les fois qu'elle est possible, dominant tout ce traitement. Toutes les fois, par conséquent, que nous serons en présence d'un cancer utéro-cervical, notre premier soin, après avoir établi le diagnostic, sera de nous demander si le cas est opérable, c'est-à-dire opérable curativement, avec chance d'enlever la totalité du néoplasme.

Le cancer utéro-cervical est opérable toutes les fois que le tissu péri-utérin et notamment celui des ligaments larges nous paraît indemne.

Nous reconnâmes ce non-envahissement à la souplesse du tissu péri-utérin, à la mobilité de l'utérus et à l'absence de douleurs ; je ne fais que répéter ici ce qui a été dit à propos du cancer utéro-vaginal, car les considérations sont les mêmes.

L'opération radicale étant décidée, quelle devra être cette opération ?

A propos du cancer utéro-vaginal, nous avons montré qu'on pouvait dans ce but avoir recours soit à l'hystérectomie totale, soit à l'hystérectomie partielle, que l'une et l'autre pouvaient aboutir à l'énucléation complète de la masse cancéreuse.

Ici, il n'en est plus de même, l'hystérectomie totale peut seule nous conduire à ce résultat, et l'hystérectomie partielle, c'est-à-dire l'amputation élevée du col, ne peut être considérée que comme une opération palliative.

En effet, avec le cancer utéro-cervical, nous avons à faire à un néoplasme qui débute au niveau du col, mais qui, assez promptement, envahit le corps de telle sorte que, même dans les stades précoces du mal, il est difficile, sinon impossible, de dire s'il n'y a pas déjà une fusée cancéreuse qui s'est faite vers le corps. Ces fusées n'existent pas avec le cancer utéro-vaginal au début, mais elles sont loin d'être rares au commencement d'un cancer utéro-cervical, car ce dernier est bien, dès sa naissance, un cancer de l'utérus, tandis que l'autre est, au début, un cancer facilement énucléable; l'inopérabilité conduit à l'usage des caustiques, flèches ou chlorure de zinc, nous avons vu précédemment la raison de cette préférence, je n'y reviens pas ici.

Après cette intervention palliative, ou sans avoir recours à elle, quand le cancer est rongeur, on fait des pansements désinfectants qui soulagent la femme, réduisent la proportion de la sécrétion pathologique et ont également une heureuse action sur son moral, qu'on ne saurait négliger en pareil cas.

Enfin, on fera usage des narcotiques dans les proportions suffisantes pour rendre tolérable la vie de douleurs à laquelle la malheureuse est condamnée jusqu'à la fin de son existence.

Ainsi qu'on le voit, le traitement ne diffère de celui du cancer utéro-vaginal qu'en ce qui a trait à l'intervention curative, intervention qui eût été l'hystérectomie partielle ou totale avec le cancer utéro-vaginal, et qui, avec le cancer utéro-cervical, est toujours l'hystérectomie totale.

C.

CANCER UTÉRO-CORPORÉAL

Nous avons vu le *cancer utéro-vaginal*, et après le *cancer utéro-cervical* il nous reste, pour terminer l'étude du cancer utérin, à examiner ce qui a trait au *cancer utéro-corporéal*; c'est ce que nous allons faire dans le chapitre actuel.

La description du cancer du corps de l'utérus varie encore plus, suivant les auteurs, que celle du cancer du col, et cela parce que sa connaissance est de date plus récente.

En effet, il y a une dizaine d'années, le cancer du corps était considéré comme une rareté, on ne connaissait guère que celui du col, et tout cancer du corps était considéré comme une dépendance de celui du col.

Depuis les progrès de la gynécologie, on s'est aperçu que, sans être aussi fréquent que celui du col, le cancer du corps était une maladie qui était loin d'être rare. Toutefois, cette maladie présentant des formes diverses, les anatomopathologistes ne sont pas encore arrivés à se mettre d'accord sur la description de ce néoplasme.

Aussi, ne pouvant considérer comme résolue une question qui réclame de nouvelles recherches et de nouvelles découvertes, c'est en somme une description d'attente à laquelle nous allons nous livrer ici, en nous plaçant surtout au point de vue clinique.

Nous diviserons l'étude du cancer utéro-corporéal en deux chapitres :

Le cancer ordinaire ;

Le sarcome décidual.

Le cancer ordinaire renferme tout ce qui ne fait pas partie de cette affection tout à fait particulière, décrite sous le nom de sarcome décidual, qui est une maladie très rare, mais dont l'existence cependant paraît bien démontrée.

Je commence par le *sarcome décidual* pour arriver en suite au *cancer ordinaire*.

a. SARCOME DÉCIDUAL.

Synonymie : Déciduome malin. — Sarcome déciduo-chorio-cellulaire. — Sarcome chorio-déciduo-cellulaire. — Polype placentaire destructif. — Tumeur chorio-déciduale maligne. — Sarcome des villosités choriales.

Cette maladie est de connaissance récente, car la première description nette, due à Sängér, date de 1889. Depuis elle a suscité plusieurs travaux importants, notamment celui de Nové-Josserand et Lacroix (1), monographie complète sur ce sujet, qu'on consultera avec fruit pour plus amples renseignements.

L'affection est rare, car Josserand et Lacroix n'ont pu en réunir que neuf observations ; toutefois, il est possible que le nombre des cas se multiplie quand les médecins auront appris à en faire le diagnostic.

La maladie est caractérisée par la production au niveau des restes du placenta de cellules géantes que Josserand et Lacroix ont ramené à trois types :

« 1° Des cellules à noyau unique, volumineux, ovalaire ou sensiblement sphérique, faiblement teinté par les réac-

(1) *Annales de gynécologie*, février, mars et avril 1894.

tifs nucléaires, montrant un réseau chromatique pauvre et très délicat ;

« 2° Des cellules à noyau unique volumineux, mais très irrégulier et le plus souvent bourgeonnant, très fortement

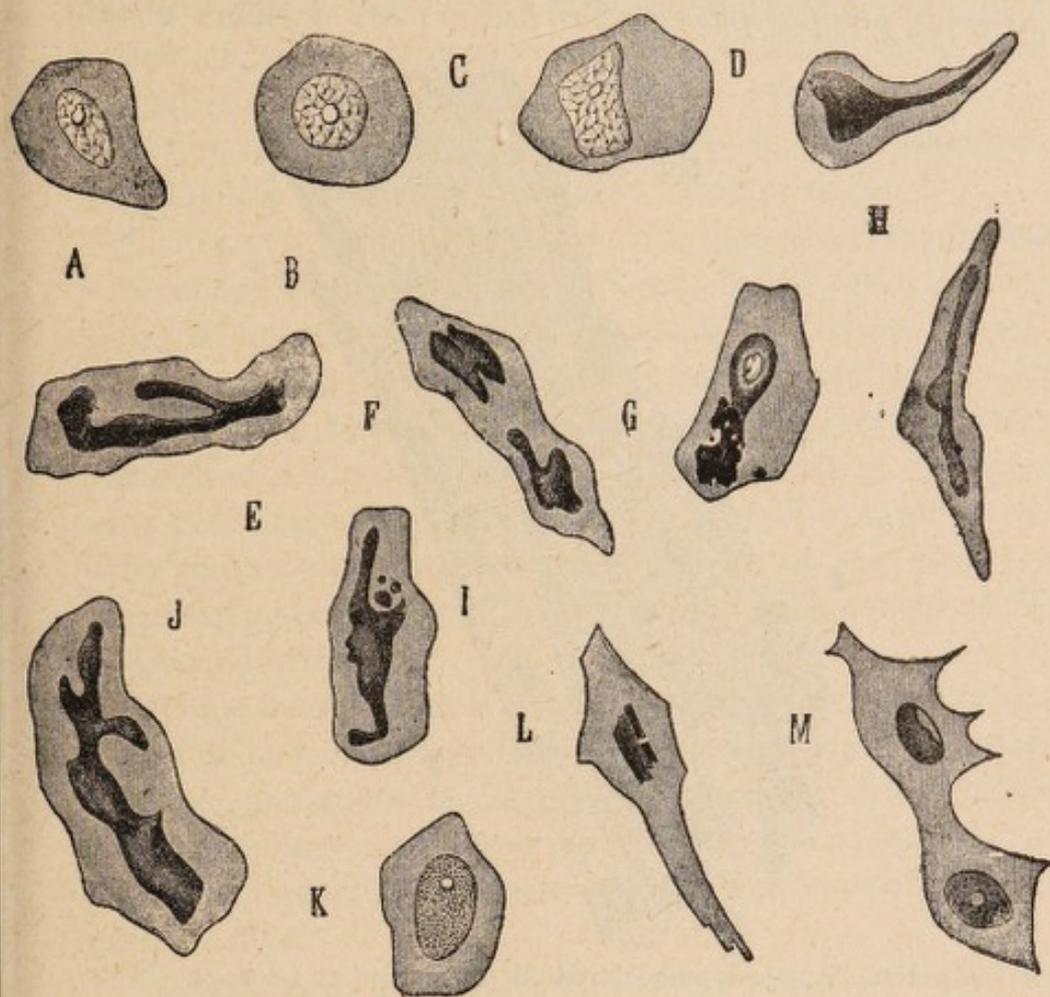


FIG. 26. — Cellule du sarcome décidual (Josserand et Lacroix).

coloré par les réactifs, possédant un réseau chromatique épais, noyé dans une substance chromatique diffluite ;

« 3° Des cellules à noyaux multiples (3, 4 au plus) ordinairement peu volumineux et faiblement teintés par les réactifs nucléaires. »

Ces cellules infiltrent d'abord les restes du placenta,

arrivant à former une tumeur maligne appendue à la surface interne de l'utérus.

Au début, elle peut se pédiculiser et former un véritable polype, *polype placentaire malin*, qu'il ne faut pas confondre avec les *polypes placentaires bénins*, ces derniers n'étant

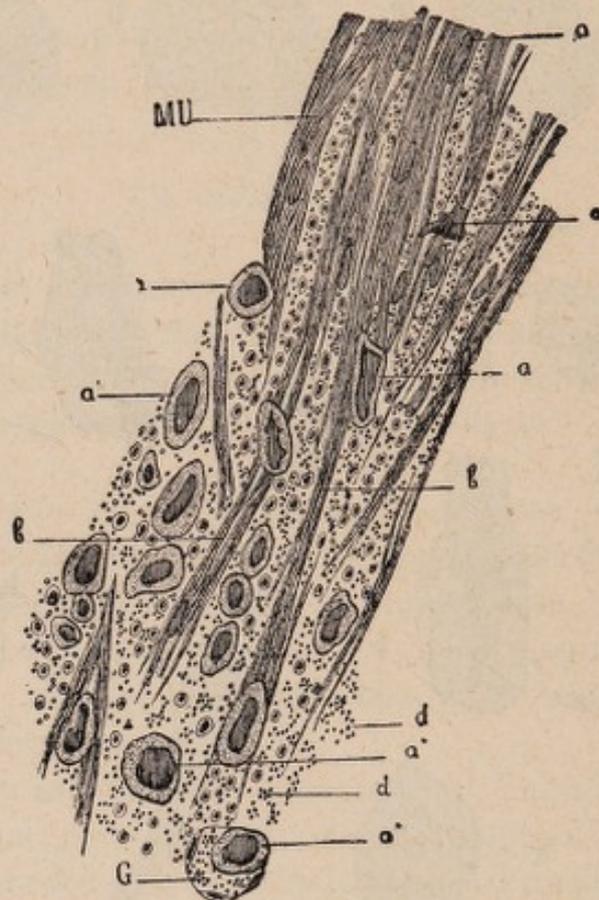


FIG. 27. — Sarcome décidual (Josserand et Lacroix).

autre chose qu'un fragment de placenta resté adhérent à la surface de l'utérus, et continuant à y vivre, grâce à son contact avec la surface utérine.

La tumeur ayant pour point de départ le territoire placentaire ne tarde pas à envahir le muscle sous-jacent, ainsi que l'indique la figure ci-jointe (fig. 27).

De telle sorte que, localisée au début, elle se généralise par la suite à tout le tissu utérin; elle peut même franchir

ses limites et, soit par la voie lymphatique, envahir les ganglions, soit par la voie sanguine, les poumons, où des infiltrations métastatiques ont été constatées.

La maladie se développe pendant les suites de couches ; les hémorragies constituent le symptôme unique qui attire l'attention, hémorragies intermittentes et abondantes contre lesquelles le curage se montre seul de quelque efficacité, mais qui, malgré ce moyen, ne tardent pas à se reproduire, imprimant à la maladie une allure caractéristique.

A l'examen direct l'utérus est mou, inégal, beaucoup plus volumineux que ne le comporte l'époque des suites de couches : le col est gros, béant. Si on dilate l'utérus de manière à pratiquer le toucher intra-utérin, exploration ici très précieuse au point de vue du diagnostic, on arrive sur une région molle de la paroi utérine où le doigt s'enfonce sans résistance, véritable *puits de ramollissement*, au niveau duquel une pression trop énergique du doigt ou d'un instrument pourrait facilement déterminer une perforation de l'utérus.

A l'aide du doigt ou de la curette, on peut ramener des débris de la tumeur dont l'examen microscopique permettra d'établir nettement le diagnostic. Ce mode d'exploration est des plus importants, car il est le seul à pouvoir au début, alors que l'intervention peut être utile, affirmer la nature de l'affection.

L'évolution de la maladie est rapide, ce sont de véritables *tumeurs express*, dont l'issue est fatale, et qui tuent soit par l'hémorragie même, soit par la cachexie cancéreuse généralisée, soit par la cachexie pulmonaire produite par la localisation au poumon ; on note alors une toux très tenace et une marche qui présente une certaine analogie avec une tuberculose pulmonaire.

Le diagnostic sera soupçonné par la persistance et la gravité des hémorragies.

Quand, chez une femme qui a eu récemment un enfant ou une fausse couche on voit des hémorragies utérines fréquentes et abondantes, avec atteinte de l'état général, et contre lesquelles les moyens ordinaires, et parmi eux le plus énergique, le curage, n'amènent qu'une amélioration momentanée, il faut penser au sarcome décidual, dilater l'utérus, l'explorer avec les doigts pour chercher le *puits de ramollissement*, détacher des lambeaux de la tumeur pour les livrer à l'examen microscopique.

Si le puits ramolli existe, et si le microscope dit sarcome, il faut recourir à l'*hystérectomie vaginale totale*, c'est la seule chance de salut pour la femme, bien que la récurrence soit fréquente, de même que dans la plupart des cas de tumeurs malignes, notamment du sarcome.

b. CANCER ORDINAIRE.

Le cancer ordinaire comprend ce qui est décrit sous le nom d'épithélioma, de carcinome, de sarcome et aussi l'affection dont on a voulu faire une individualité à part sous le nom d'*adénome malin* (Ruge et Veit). Cet adénome malin n'est autre que du carcinome et il n'y a aucune raison, ni anatomo-pathologique, ni clinique, pour le distraire du cancer ordinaire.

Anatomie pathologique. — Les trois formes de cancer qu'on rencontre au niveau du corps de l'utérus sont donc : l'épithélioma, le carcinome, le sarcome, l'adénome malin n'étant autre chose qu'une variété de carcinome, et le carcinome étant lui-même très peu différent de l'épithélioma, ainsi qu'on tend de plus en plus à l'admettre.

L'*épithélioma* (fig. 28) est caractérisé par des lobules épithéliaux englobés dans un stroma fibreux ou embryonnaire. Ces cellules conservent le type qu'elles avaient sur la muqueuse atteinte et peuvent être soit *pavimenteuses*

(épithélioma pavimenteux), soit *cylindriques* (épithélioma cylindrique).



FIG. 28. — Épithélioma utérin.

Le *carcinome* (fig. 29), encore dénommé *adénome malin*,

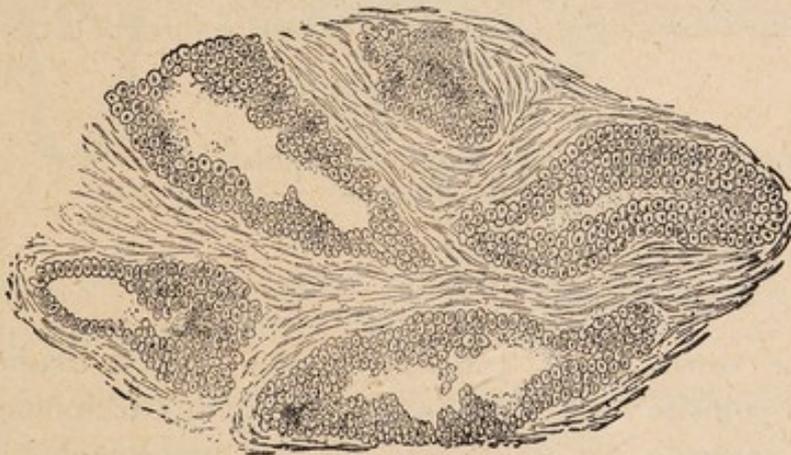


FIG. 29. — Utérus carcinome.

est constitué par des néoformations épithéliales n'ayant pas de différenciation nette, et prenant les formes les plus variables; elles sont englobées comme l'épithélioma dans un stroma fibreux ou embryonnaire. Les amas de cellules épithéliales, de type uniforme dans l'épithélioma, sont au contraire ici de formes variées et constituent le caractère différentiel principal.

Dans le *sarcome* (fig. 30), on trouve du tissu embryonnaire pur ou en voie d'évolution vers un tissu adulte.

Laissant de côté l'histologie, examinons au point de vue macroscopique les différentes formes que peut prendre le cancer utéro-corporéal.

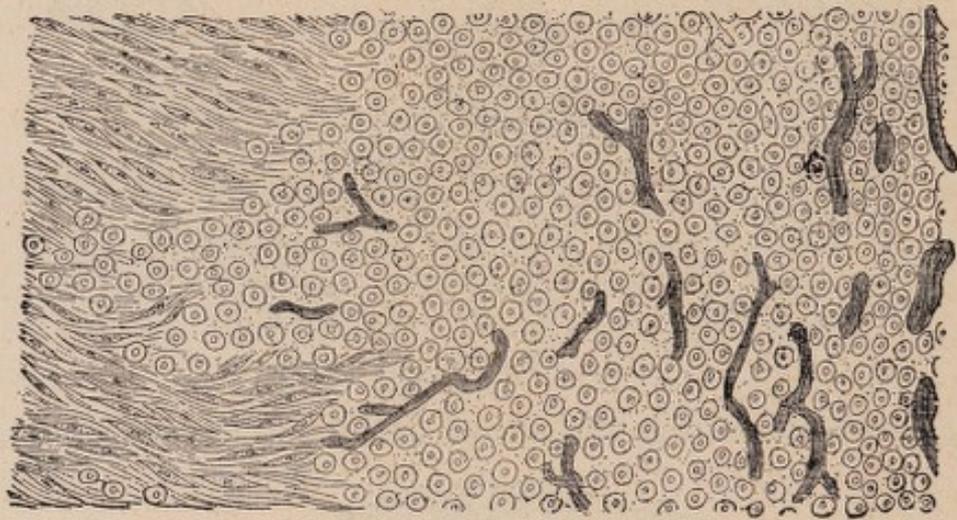


Fig. 30. — Sarcome utérin.

On peut en distinguer trois principales :

- 1° *Le cancer géant,*
- 2° *Le cancer-revêtement,*
- 3° *Le cancer-noyau.*

1° *Le cancer géant,* encore dénommé *cancer exubérant,* qui au point de vue histologique est tantôt du carcinome, tantôt du sarcome, est caractérisé par une hypertrophie considérable de l'utérus devenu néoplasique.

Le corps est d'abord envahi, mais le col ne tarde pas à l'être.

Le fond de l'utérus arrive au niveau de l'ombilic et le dé-

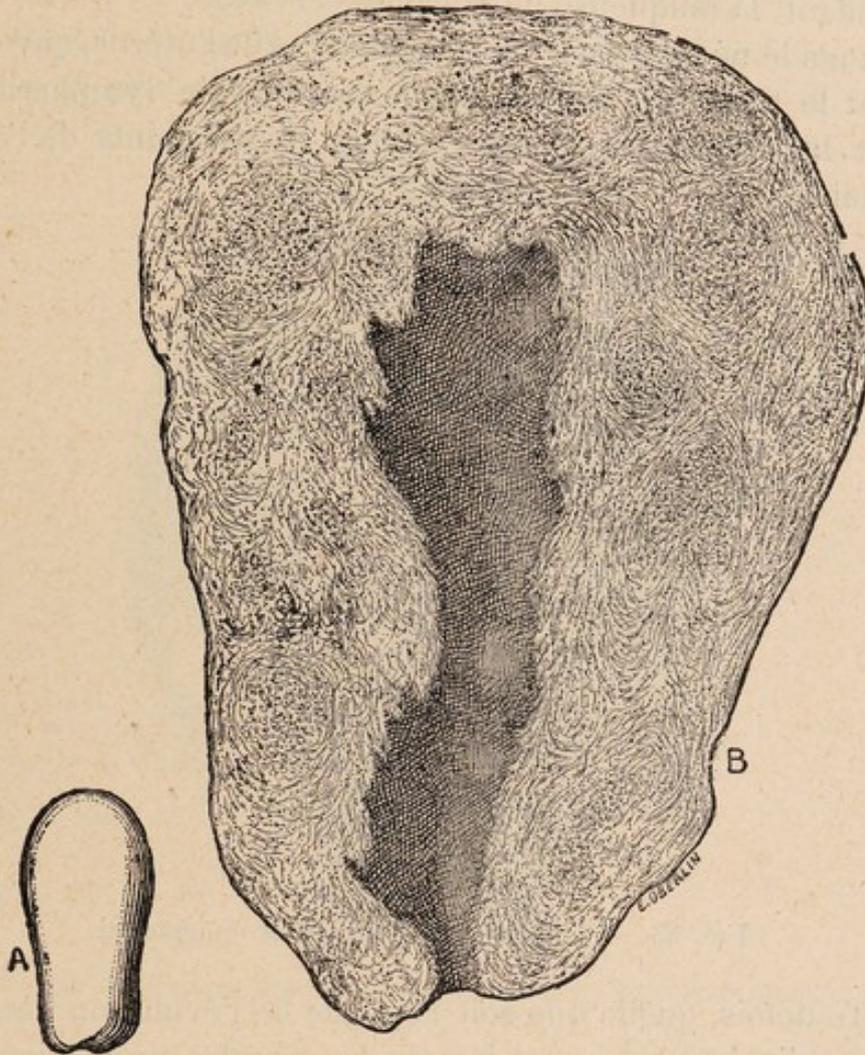


FIG. 31. — Cancer géant de l'utérus.

passé assez promptement, constituant une tumeur grosse comme une tête d'enfant, puis comme une tête d'adulte.

2° Le *cancer-revêtement* envahit toute la muqueuse de la cavité corporéale, formant dans l'intérieur de l'utérus une véritable calotte de tissu pathologique.

Pendant un temps assez long, le néoplasme reste, ainsi que l'indique la figure 32, limité à la cavité corporéale, puis il envahit excentriquement le muscle utérin et, en descendant, la muqueuse de la cavité cervicale.

Puis le néoplasme franchit les limites de l'utérus, envahissant le tissu voisin et suivant soit la voie lymphatique, soit la voie veineuse pour gagner divers points de l'économie.



FIG. 32. — Cancer-voilement utéro-corporéal.

Toutefois, quelle que soit l'époque de l'évolution néoplasique, l'utérus ne prend jamais de grandes proportions, il est doublé ou triplé de volume, mais ne va pas plus loin comme hypertrophie.

La maladie reste donc, dans son évolution, tout à fait différente de ce que nous avons vu au *cancer géant*.

3° Le *cancer-noyau* forme, ainsi que l'indique son nom une masse pathologique nettement distincte et n'occupant qu'un territoire limité de l'utérus.

Les deux figures 33 et 34, qui sont l'une du sarcome et l'autre du carcinome, nous montrent clairement le noyau pathologique que constitue le tissu néoplasique en pareil cas.

La figure 35 nous montre un autre exemple de cancer utéro-corporéal se présentant sous forme de noyau.

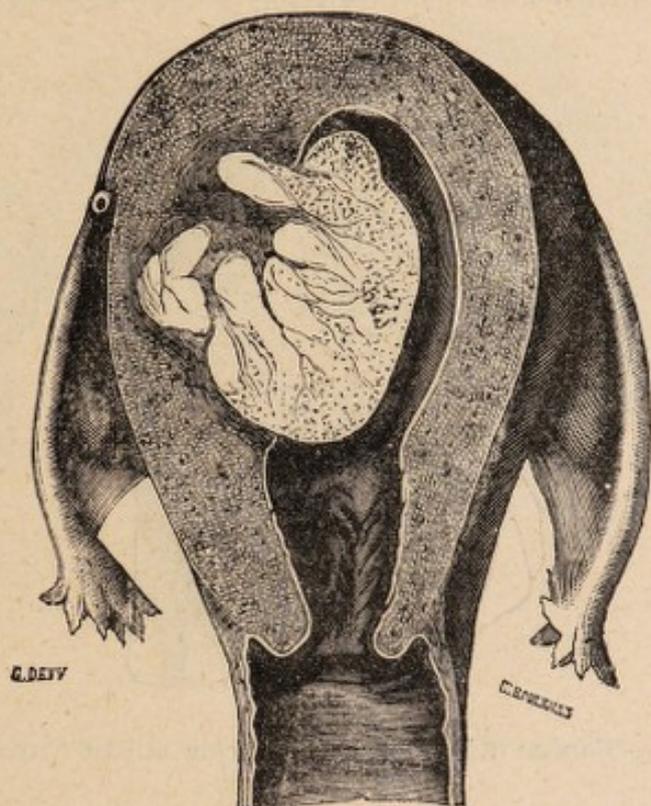


FIG. 33. — Cancer utéro-corporéal, forme noyau (sarcome).

Au début, la tumeur est petite, faisant une légère saillie dans la cavité corporéale, puis elle grossit, occupant une plus grande étendue de cette cavité.

Le noyau qu'elle constitue est, comme nous le verrons à la symptomatologie, nettement appréciable au toucher intra-utérin. L'hystéromètre, en butant contre la tumeur et en la contournant, peut également renseigner sur sa présence.

L'évolution est lente, c'est certainement la forme la plus

lente du cancer corporéal, elle évolue en quelque sorte localement sans tendance à se propager. C'est un cancer timide qui cause peu de désordres autour de lui.

Néanmoins, au bout d'un certain temps, il peut envahir une portion assez étendue de l'utérus, tout en restant noyau, c'est-à-dire limité, et respectant toute une partie de l'utérus. Il peut, en suivant la voie veineuse ou lymphatique, mais,

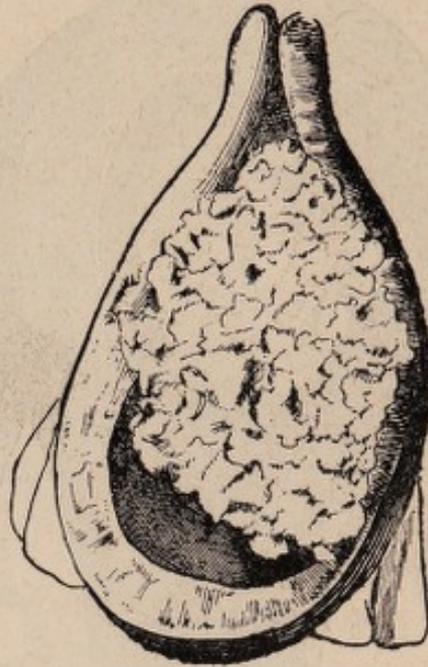


FIG. 34. — Cancer utéro-corporéal, forme noyau (carcinome).

surtout cette dernière, se généraliser dans le territoire lymphatique qu'il tient sous sa dépendance.

Etiologie. — Nous n'avons ici aucune donnée spéciale sur le développement du cancer du corps, rien qui ressemble à ce que nous avons vu pour le sarcome décidal où l'étiologie se montre, au contraire, sous un jour assez net.

Symptomatologie. — Les symptômes doivent être examinés pour chaque forme de cancer séparément.

1° Le *cancer géant* a des caractères cliniques assez tranchés, qui ont été bien étudiés par Bisch¹, dont je transcris ici la description :

« Quelquefois on est appelé à examiner une femme jeune encore, pâle, légèrement anémiée, qui accuse des troubles menstruels sur lesquels elle attire l'attention.

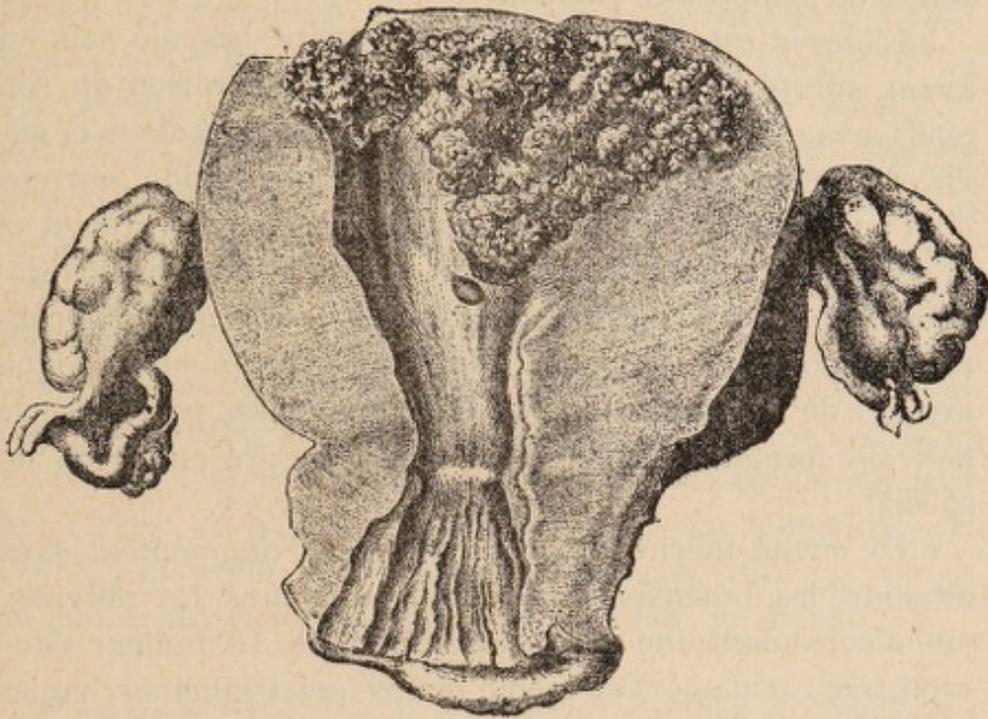


FIG. 35. — Cancer utéro-corporéal forme noyau.

« Les règles ne durent pas plus longtemps que d'habitude, sont plus abondantes, quelquefois menaçantes par leur intensité. Dans leur intervalle il se produit un écoulement leucorrhéique ou simplement muqueux, sans odeur particulière. Le syndrome utérin : pesanteur dans le périnée, douleurs irradiées, quelquefois à type névralgique, ballonnement du ventre, troubles gastro-intestinaux divers, s'ajoute au tableau.

(1) *Du cancer primitif de l'utérus*, Paris, 1892.

« De ces signes fonctionnels sans caractères particuliers, un seul a une grande valeur : l'âge peu avancé de la malade auquel viennent se joindre des renseignements plus importants fournis par le toucher, le palper, l'exploration. Si on élimine la possibilité d'un avortement au début, question que le temps juge plus facilement, on va se trouver en présence de symptômes particuliers.

« L'utérus est gros, volumineux, ayant basculé soit en avant, soit plus fréquemment en arrière, en raison de son poids exagéré, presque toujours situé très haut dans la cavité du petit bassin, en raison de son augmentation, souvent d'un accès difficile au simple toucher. Le toucher rectal et la palpation bimanuelle montrent que sa surface est légèrement bosselée ; le col, lorsque la tumeur a acquis une certaine importance, se trouve dilaté et permet à une époque avancée de reconnaître par le doigt une masse polypeuse de nouvelle formation, mais, au début, il ne présente rien de spécial.

« La cavité utérine est ordinairement augmentée ; sans atteindre les dimensions que l'on trouve dans les polypes, elle a cependant une exagération notable. La tumeur s'accroît très rapidement en même temps que les hémorrhagies se répètent ; ces dernières ne sont pas aussi considérables cependant que dans les fibro-myomes, si ce n'est à une époque avancée.

« La muqueuse utérine n'est pas tomenteuse comme dans la métrite glandulaire ou la métrite hémorrhagique. Et d'ailleurs, dans ces cas, le volume de l'utérus n'est pas aussi considérable. On sent des bourgeons de formation nouvelle que l'hystéromètre est obligé de contourner et qui lui impriment les directions les plus variables. Ces bourgeons peuvent même être assez volumineux pour venir faire saillie entre les lèvres du col.

« Des poussées de péritonite accompagnent le développe-

ment du sarcome, déterminant des adhérences variables qui fixent l'utérus dans des positions plus ou moins vicieuses et peuvent le souder avec des anses intestinales voisines. Le palper devient alors d'une grande difficulté et l'on observe en même temps des troubles, tels que le météorisme abdominal, le ballonnement du ventre tenant à l'asthénie intestinale, des troubles gastro-intestinaux, tenant soit à la péritonite, soit à la compression du rectum par la tumeur, et consistant en constipation opiniâtre, bientôt suivie de débâcles. Des troubles vésicaux peuvent aussi apparaître; ils peuvent être dus à la compression pure et simple de la vessie; quelquefois les uretères sont englobés, la fonction urinaire se fait mal et il peut en résulter des troubles urémiques qui n'ont rien de spécifique.

« L'évolution, comme nous l'avons dit, est très rapide et lorsqu'on opère, les récidives sont, pour ainsi dire, fatales et à brève échéance (Freund). De jour en jour la malade perd ses forces, en raison des hémorrhagies qui l'anémient, de l'évolution rapide de la tumeur maligne, et enfin des causes de dépréciation multiples que nous venons de signaler. »

2° Le *cancer-revêtement* commence par des règles abondantes, dans l'intervalle desquelles se fait un écoulement séro-purulent plus ou moins abondant.

Puis, dans l'intervalle des règles, à la suite d'un traumatisme quelconque ou sans cause appréciable, se produisent des métrorrhagies capricieuses, comme abondance, comme répétition, comme fréquence.

Ces hémorrhagies effraient la femme et la déterminent à aller consulter un médecin.

Au toucher, le col est normal, sauf une légère augmentation de volume. Le corps est gros, de consistance pâteuse; il est, en général, douloureux quand on le pince de l'abdomen au vagin.

Le spéculum ne donne aucun renseignement précis.

L'hystérométrie doit être évitée, car elle peut devenir l'occasion d'une hémorrhagie abondante. D'une façon générale, il vaut mieux ne pas faire usage de l'hystéromètre, toutes les fois qu'on est en présence d'un utérus qui saigne facilement.

Après un temps variable, une anémie notable se produit ; à l'anémie succède la cachexie.

Le cancer fait des progrès, il envahit tout l'utérus ; il se généralise au pourtour de l'utérus, soit dans le domaine lymphatique, soit dans le domaine veineux, en produisant des noyaux métastatiques.

L'évolution continue, conforme à la marche habituelle du cancer, et la mort survient soit par cachexie progressive, soit par embolie après phlébite, soit par une complication au niveau d'un organe quelconque qui, vu l'état d'affaiblissement du sujet, se trouve promptement mortelle.

3° Le *cancer-noyau* évolue d'une façon très analogue au précédent ; nous verrons à propos du diagnostic les intéressants résultats que fournit l'exploration intra-utérine.

Diagnóstico.— Le diagnostic se présente dans des conditions totalement dissemblables avec chaque variété de cancer.

1° Le cancer géant est surtout susceptible d'être confondu avec le fibrome ; je ne parle pas en effet des autres tumeurs, telles que l'hydromètre, l'hématomètre, le pyomètre, qui se présentent dans des conditions tout à fait spéciales rendant toute méprise impossible.

J'élimine aussi la grossesse et la môle hydatiforme, qui ne sauraient être une source sérieuse de confusion.

Mais le fibrome pourra être, au premier abord, d'un diagnostic très embarrassant avec le cancer géant.

En effet, les résultats fournis par l'exploration directe sont très analogues dans les deux cas, comme volume, comme consistance, comme forme.

Toutefois, dans le cancer, la tumeur ne tarde pas à devenir d'une mollesse spéciale, qui n'appartient pas au fibrome ou qui ne s'y produit que dans des conditions spéciales, telles que : infiltration séreuse, mortification, transformation kystique.

Le diagnostic, dans certains cas, sera d'autant plus embarrassant, que le cancer résultera de la transformation maligne d'un fibrome, et que la transition de l'un à l'autre est difficile à sortir.

On a dit que l'examen des débris retirés par le curage dans l'intérieur de la cavité utérine pouvait, examinés au microscope, renseigner sur la nature de la tumeur. Il est possible qu'en certains cas, cet examen donne des résultats positifs, mais je l'ai vu, pour ma part, être la plupart du temps en défaut, soit parce que la muqueuse était restée relativement saine et ne donnait pas au microscope les caractères du néoplasme malin, soit parce que le curage n'amenait que des débris insignifiants dont l'examen était difficile à faire d'une façon très complète.

Quoi qu'il en soit, dans plusieurs cas de cancer géant, le microscope ne m'a été d'aucune utilité; ce n'est plus à lui qu'en général j'ai eu recours pour établir le diagnostic, mais à la marche même de la maladie.

Cette marche est caractéristique et suffit amplement pour permettre de porter le diagnostic de cancer.

En effet, chez une femme dont l'utérus est le siège d'une hypertrophie notable, pouvant simuler une affection fibreuse, se produisent des hémorrhagies en général peu abondantes, un écoulement séro-purulent, au contraire, assez copieux et une aggravation rapide de l'état général qui fait que le sujet se cachectise promptement, changeant, pour ainsi

dire, de jour en jour, en prenant cette teinte paille, qui est le stigmate de l'affection cancéreuse.

Quand, avec un utérus volumineux et grossissant assez rapidement, on voit, sans *hémorrhagie notable*, la cachexie se produire promptement, le diagnostic de cancer s'impose.

On voit, en effet, avec certains fibromes de même volume, l'affaiblissement rapide se produire parfois et simuler en quelque sorte la cachexie cancéreuse; mais, en pareil cas, il y a des *hémorrhagies copieuses* qui expliquent cet affaiblissement; — or ces hémorrhagies manquent avec le cancer.

Nous voyons donc la combinaison de trois éléments: utérus tumoral, hémorrhagies, affaiblissement, qui nous serviront à étayer notre diagnostic. L'utérus et l'affaiblissement étant analogues, la faiblesse de l'hémorrhagie plaidera pour le cancer et, au contraire, son abondance pour le fibrome.

2° Le *cancer-revêtement* s'imposera le plus souvent au diagnostic du médecin au début de son évolution, alors que le seul symptôme saillant est l'hémorrhagie.

La femme vient consulter pour des hémorrhagies utérines; à l'examen direct, on ne trouve aucune modification de l'utérus, sinon un peu d'augmentation de volume du corps; il s'agit de savoir, en pareil cas, auquel des trois diagnostics suivants il faut se ranger:

Cancer;

Fibrome;

Endométrite hémorrhagique.

En présence de tout utérus qui saigne d'une façon habituelle, on aura toujours à se demander à laquelle de ces trois maladies on a à faire.

Or, le diagnostic ne devient possible qu'après la dilatation de l'utérus pour permettre le toucher intra-utérin, et après le curage.

On décidera donc la femme à se soumettre au curage en lui démontrant que cette intervention est nécessaire pour compléter le diagnostic, qu'elle est sans danger et qu'elle peut suffire à la guérir.

On place dans l'utérus deux ou trois lamineuses successives, de manière à permettre l'introduction de l'index. La femme sera anesthésiée et, après avoir abaissé l'utérus à l'aide de pinces à crochets, on pratiquera le toucher intra-utérin.

Ce toucher permettra de sentir s'il existe un fibrome faisant saillie dans la cavité utérine; il permettra aussi de sentir le cancer de la muqueuse utérine, car les modifications de la muqueuse sont telles en pareil cas qu'elles sont facilement appréciables au doigt.

Ce toucher exécuté, on procédera au curage, en suivant la technique habituelle à cette opération; on recueillera des débris qu'on placera de suite dans l'alcool, afin de les confier à un histologiste qui en fera l'examen microscopique. Le diagnostic, de la sorte, sera établi; si, en effet, il s'agit d'un fibrome, le doigt aura permis de le constater.

De même, s'il s'agit d'un cancer de la muqueuse ou d'un cancer-noyau, qui donnera au doigt une impression bien nette et l'ablation des débris révélant au microscope la structure cancéreuse de la muqueuse.

S'il s'agit d'un cancer sans prolifération de la muqueuse, par conséquent sans modifications appréciables au toucher, le microscope, par l'examen des débris enlevés par la curette, permettra encore le diagnostic du cancer.

Enfin, l'examen négatif au doigt et au microscope nous conduira au diagnostic d'endométrite simple.

3° Tout ce qui vient d'être dit à propos du *cancer-revêtement* s'applique au *cancer-noyau*; le diagnostic se fera par l'examen digital et par l'examen des débris au microscope, ainsi qu'il vient d'être dit tout à l'heure. — Inutile de revenir encore une fois sur les détails de ce diagnostic.

Pronostic.— Le cancer géant marche d'habitude avec une grande rapidité, tandis que les deux autres variétés de cancer corporéal, notamment le *cancer-noyau*, évoluent beaucoup plus lentement.

Toutefois, quelle que soit la variété, c'est toujours la marche fatale du cancer vers la mort, plus ou moins rapide suivant la forme, mais sans rémission sérieuse autre que celle que peut amener une intervention curative.

Traitement. — Les ressources thérapeutiques sont analogues à celles du cancer du col, quoique moins variées.

Comme intervention curative, nous n'avons que l'hystérectomie totale, faite par la voie abdominale s'il s'agit d'un cancer géant, toutes les fois, en un mot, que l'utérus atteint ou dépasse l'ombilic, et pratiquée par la voie vaginale dans tous les autres cas.

Ici, comme en toute autre circonstance, la voie vaginale est toujours préférable à la voie abdominale, car son pronostic opératoire est notablement meilleur ; on se résignera à la voie abdominale comme pis-aller, quand la vaginale ne permet pas de pratiquer l'opération projetée.

L'intervention palliative se résume au curage, car les caustiques qu'on peut employer dans une tumeur du col facilement accessible deviendraient d'un usage très difficile pour le cancer du corps.

Cependant, pour le cancer du corps, on applique des caustiques solides dans l'intérieur de la cavité utérine, caustiques qui produisent une escarre tout autour d'eux, et nettoient ainsi partiellement cette région de l'utérus.

Mais l'action du curage est bien plus complète que celle des caustiques et doit lui être préférée, à moins que l'évolution avancée du cancer ne fasse craindre une perforation sous la curette, auquel cas on aurait recours comme pis-

aller aux caustiques en introduisant dans l'utérus une flèche pâte de canquoin.

Enfin, comme expectation, on se bornera à l'usage de narcotiques et localement aux injections vaginales, car la profondeur du cancer rend les lavages locaux, c'est-à-dire intra-utérins et les pansements difficiles; et, en pareil cas, l'ennui que causerait à la femme ces pansements ou lavages profonds ne serait pas compensé par le faible profit qu'elle en tirerait.

En principe ici comme avec toute autre variété de cancer utérin, on aura recours à l'*intervention curative*, toutes les fois qu'on le jugera possible.

Les résultats seront mauvais en cas de cancer géant, où la mort est fréquente de suite après l'opération et où la récurrence est la règle à brève échéance quand l'acte opératoire a réussi; mais comme c'est le seul traitement qui donne quelque espoir de prolonger l'existence de la malade dans des conditions tolérables, on ne doit pas, à mon avis, hésiter à y avoir recours.

Je serais femme et j'aurais un cancer géant de l'utérus, étant au courant des conséquences de cette terrible maladie et de l'hystérectomie qu'on peut lui opposer, je n'hésiterais pas à réclamer cette opération; j'estime donc que je n'ai pas le droit d'en priver les malades que je soigne, à moins qu'elles préfèrent ne pas s'y soumettre, auquel cas je me bornerai à une intervention palliative ou au traitement expectant.

L'intervention palliative conviendra aux cas où il y a une abondante sécrétion; car la quantité de la sécrétion est, en général, proportionnelle à la végétation intra-utérine; ce qui est vrai pour l'écoulement séro-purulent ne l'est pas pour l'hémorrhagie, car on voit, au contraire, le sang venir abondamment dans la forme rougeâtre, alors que le curage ne ramène que peu de débris de l'intérieur de l'utérus.

En d'autres termes, un écoulement séro-purulent abondant révèle une grande quantité de végétations cancéreuses; au contraire, les hémorrhagies séreuses, une faible quantité de ces végétations. La végétation cancéreuse fait en quelque sorte *éponge*; elle laisse passer la sérosité, mais empêche l'hémorrhagie.

Le curage, alors qu'il est décidé, se fait dans les conditions habituelles et si, en même temps qu'opération palliative, il doit permettre de compléter le diagnostic, on le fera précéder d'une dilatation à la laminaire suffisante pour rendre possible le toucher intra-utérin, puis en pratiquant le curage, on recueillera les débris nécessaires pour l'examen microscopique; on le fera suivre d'une cautérisation à la créosote pure et d'un tamponnement utérin à la gaze iodoformée qu'on laissera quarante-huit heures en place.

On pourra être amené à pratiquer ainsi, pendant l'évolution du cancer, deux ou trois curages successifs.

Ces curages, en diminuant la sécrétion, rendent des forces à la malade, et pendant quelques semaines lui donnent dans l'évolution de sa maladie une amélioration réelle, due à la diminution de l'écoulement et aussi à l'heureux effet moral de l'intervention.

Quand l'écoulement est faible ou quand un premier curage n'a ramené que peu de débris, inutile de recourir de nouveau à cette opération; on se contentera d'endormir les souffrances de la malade par le libéral usage de la morphine.

S'il se produit une hémorrhagie abondante, on aura recours pour l'arrêter au tamponnement soit vaginal, soit utérin, quand il est facile à exécuter. Ce dernier, quand on peut le faire aisément, est toujours préférable, car il arrête mieux l'hémorrhagie et le contact de la gaze iodoformée sur le néoplasme même fait l'effet d'un pansement salutaire.

D'une façon générale, et quelle que soit la variété de

cancer utérin, il faudra toujours se tenir prêt à arrêter les *hémorrhagies*, et le seul moyen réellement efficace est le tamponnement. Dans le cas où la malade ne peut recourir facilement à une assistance médicale, une sage-femme, initiée à la maladie, pourra exécuter le tamponnement en question. L'important, en pareil cas, est surtout d'agir vite, car si le tamponnement se fait attendre plusieurs heures, la quantité de sang perdu aura le temps d'être abondante et d'affaiblir notablement la femme.

Donc, à toute hémorrhagie cancéreuse de l'utérus, prescrire une grande bande de gaze iodoformée à tamponnement génital, et s'arranger en sorte qu'aussitôt l'hémorrhagie déclarée la femme puisse être tamponnée. Cet arrêt du sang aura un effet relativement salutaire sur l'évolution de la maladie et ralentira notablement les progrès de la cachexie.

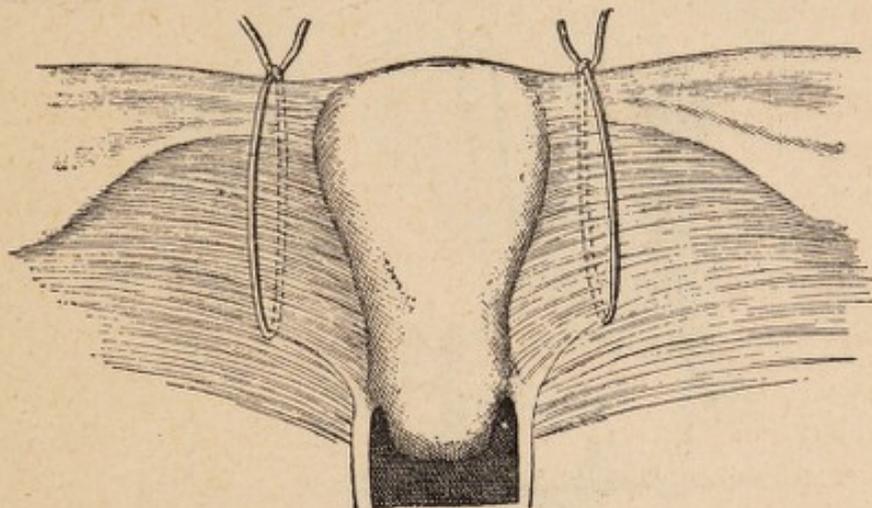


FIG. 36. — Ligature des ligaments larges.

Nous connaissons l'hystérectomie par le côté vaginal qui a été précédemment décrit, il nous reste donc à parler de l'hystérectomie par la voie abdominale.

La patiente étant endormie et placée en position inclinée de Trendelenburg, on ouvre l'abdomen comme pour une laparotomie ordinaire.

Puis le système génital étant mis à nu par le refoulement

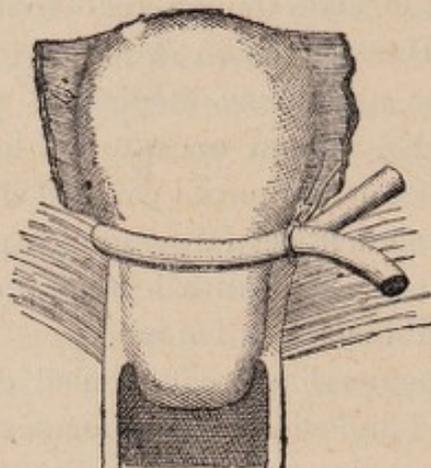


FIG. 37. — Ablation du corps de l'utérus.

des anses intestinales entraînées par la pesanteur, on procède
comme l'indique la figure 36, à la ligature des ligaments

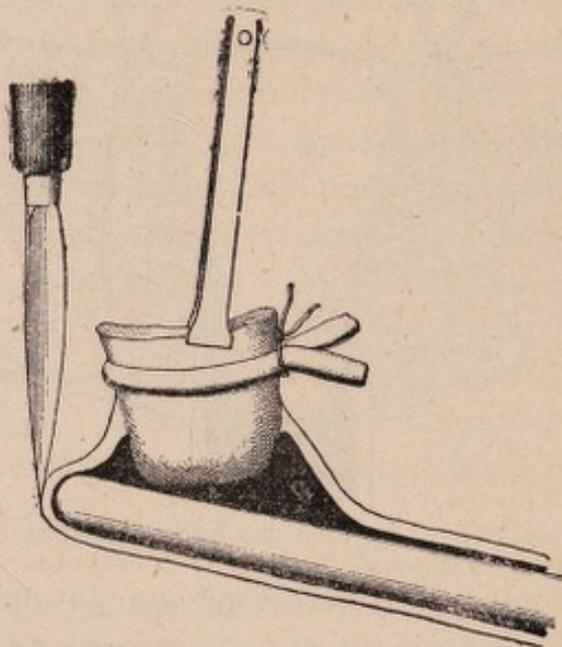


FIG. 38. — Résection du cul-de-sac postérieur.

larges pour pouvoir ensuite opérer leur section.

Cette section opérée, on passe un tube de caoutchouc autour

de l'isthme de l'utérus (fig. 37) et on sectionne à l'union du corps et du col.

Cette résection du corps de l'utérus n'est nécessaire que

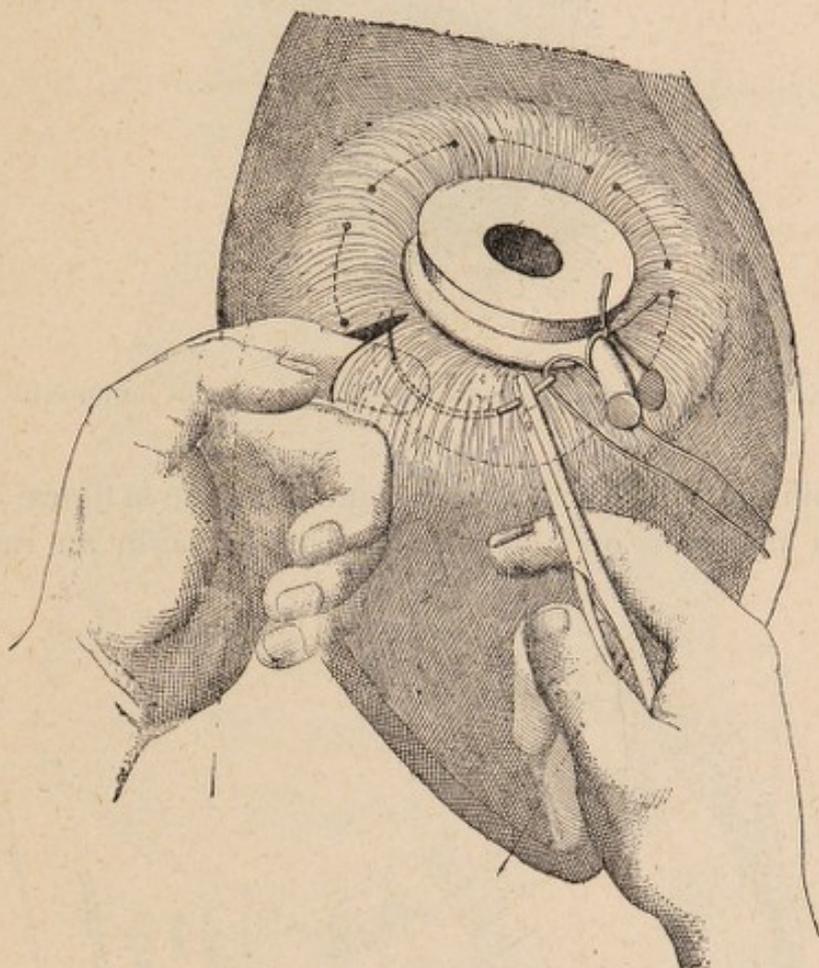


FIG. 39. — Ligature du vagin circulairement.

quand il gêne pour les manœuvres opératoires qui vont suivre, sinon on peut ne pas la faire.

Il importe maintenant d'ouvrir le cul-de-sac postérieur. Pour cela un aide fait bomber le vagin à l'aide d'une tige introduite dans son intérieur, comme l'indique la figure 38, et c'est sur la saillie de cette tige qu'on ouvre le vagin à l'aide du bistouri.

Puis, grâce à cette brèche, on fait tout autour du vagin

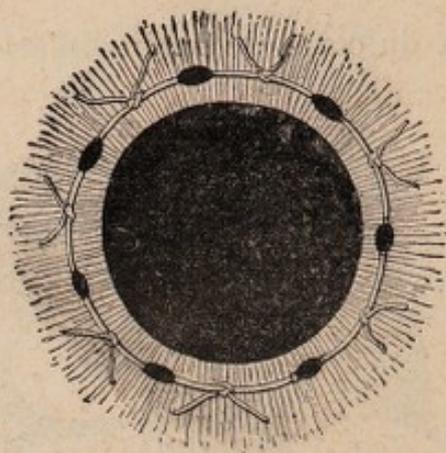


FIG. 40. — Brèche vaginale après l'enlèvement de l'utérus.

un point de suture à la soie, comme l'indique la figure 39.
Ces ligatures opérées, on desserre le vagin au ras de

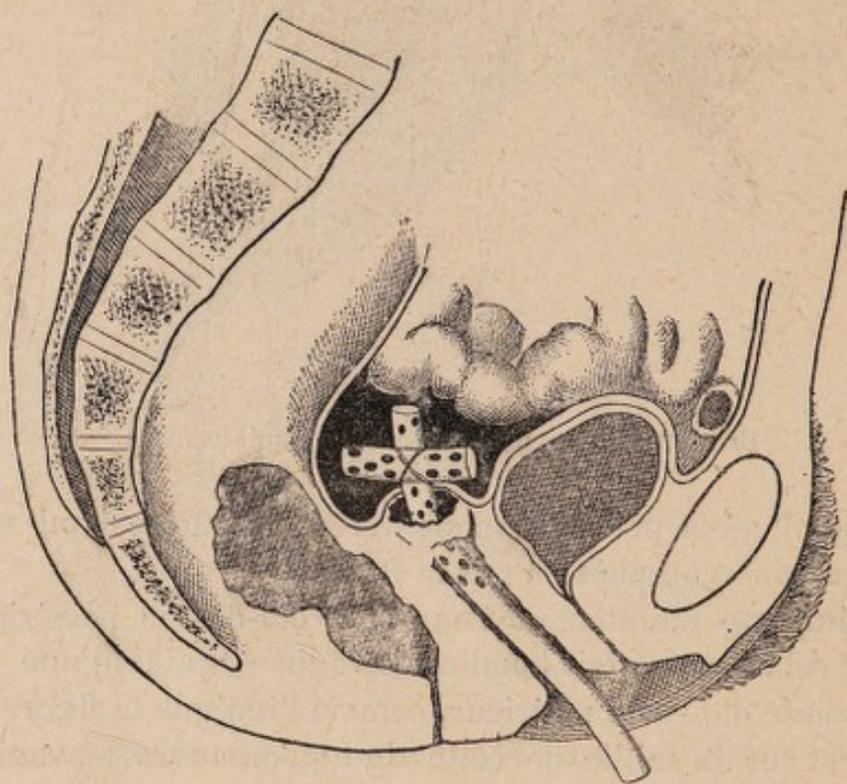


FIG. 41. — Drainage vaginal.

l'utérus à l'aide de ciseaux; le résultat est la brèche représentée par la figure 40.

L'opération est terminée; il suffit de faire le pansement. On peut le faire de trois façons :

1° Soit mettre une bande de gaze iodoformée partant de la

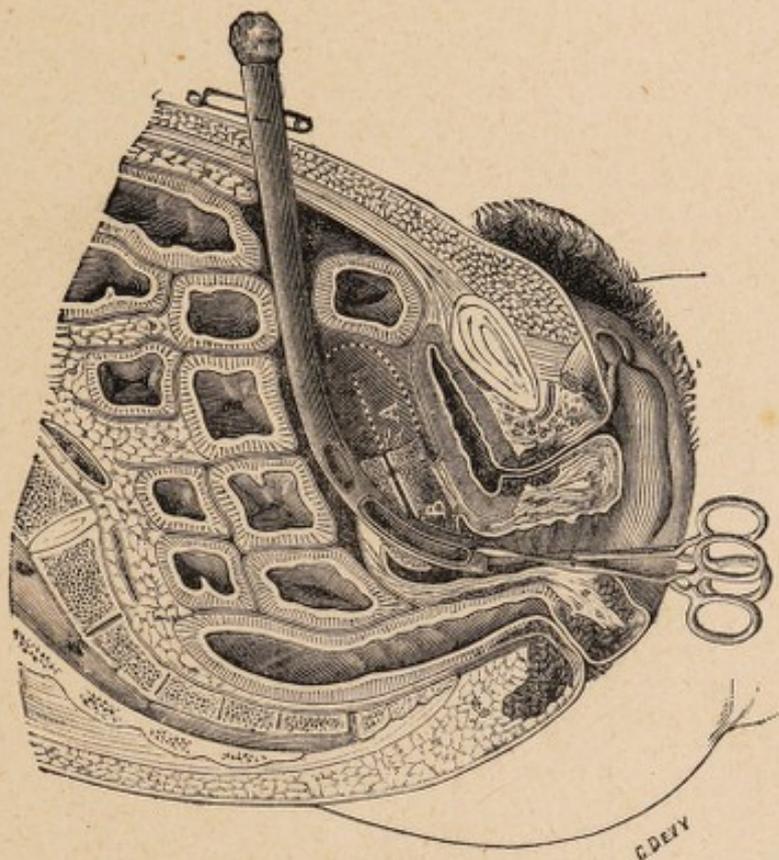


FIG. 42. — Drainage vagino-abdominal.

(Supposez le noyau utérin déjà enlevé, c'est par erreur qu'il est représenté dans la figure actuelle.)

place autrefois occupée par l'utérus et s'échappant par la vulve ;

2° Soit appliquer un drain en croix, comme le représente la figure 41 ;

3° Soit enfin, quand on redoute particulièrement des accidents septiques, faire le drainage vagino-abdominal (fig. 42). Ce dernier mode de drainage permet de faire des lavages copieux en faisant pénétrer le liquide par le bout abdominal du drain.

