à 40° R surtout, afin de stimuler l'involution utérine. On peut faire aussi un large usage de l'ergot de seigle, dans le but de diminuer les dimensions de la cavité utérine.

Les polypes muqueux volumineux ont une tendance incontestable à la récidive. J'ai vu plusieurs fois l'ablation de polypes folliculaires simples être suivie de l'apparition de néo-productions

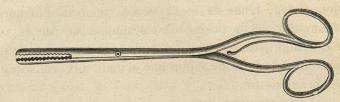


Fig. 133. - Pince-érigne à ressort de E. Martin.

malignes: aussi, là où la base d'implantation du polype était accessible, j'ai toujours excisé profondément toute la région avoisinant l'insertion du pédicule. Jusqu'à présent, cependant, je n'ai jamais constaté dans la portion excisée un indice quelconque pouvant faire soupçonner la possibilité d'une dégénérescence maligne ultérieure.

On a parfois des difficultés énormes à opérer les polypes fibreux de gros volume. Ils sont difficiles à saisir, surtout quand leur partie inférieure est en décomposition, et ils ne peuvent être énucléés souvent qu'aux dépens de la continuité du plancher pelvien. Malgré cela leur ablation s'impose, parce qu'ils exposent à la rétention des secrétions, ordinairement très altérées, et parce que la compression qu'ils exercent sur le voisinage peut devenir fatale. Les femmes atteintes de ces sortes de tumeurs sont pour la plupart fortement anémiques et supportent mal une opération aussi grave. Dans un cas de ce genre, cité déjà plus haut, j'ai donné la préférence à la laparotomie; je fendis l'utérus, j'énucléai la tumeur par en haut et je suturai la solution de continuité de la matrice. La malade guérit. (V. Centr. f. Gyn. n° 31, juillet 1886. Dr Nagel.) C'est ce procédé que je voudrais recommander pour les polypes volumineux en question.

## II. — Tumeurs malignes de l'Utérus

## a) Adénome

Ce n'est que depuis les travaux de Schræder (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. tome I, 1876) qu'on a rangé parmi les tumeurs malignes et reconnu comme telles les néoplasmes qui prennent naissance dans l'appareil glandulaire de la muqueuse utérine.

Les tumeurs glandulaires ou adénomes se rencontrent d'une part sous forme de végétations très étendues de la muqueuse, adénome diffus. Les glandes qui, dans ce cas, ont acquis un développement considérable, ne se distinguent des glandes utérines normales que par ce développement et cette prolifération. Au début il se produit en général une infiltration embryonnaire du tissu conjonctif inter-glandulaire; mais, dans d'autres cas, la néoformation folliculaire peut, dès les premiers temps, être telle que les glandes prennent l'aspect d'un agrégat d'utricules où l'on distingue à peine une trame connective.

D'autre part l'adénome peut revêtir la forme polypeuse. La surface de la muqueuse utérine est parsemée de saillies polypeuses plus ou moins volumineuses qui consistent essentiellement en glandes de nouvelle formation. Ces sortes d'agglomérations folliculaires sont ordinairement reliées à la paroi utérine par un pédicule mince et très allongé.

Au point de vue de l'étiologie de ce genre de tumeurs, dont j'ai vu et opéré un cas typique en mars 1876, sans avoir eu connaissance encore à cette époque des travaux de Schræder, on constate presque toujours une certaine connexion avec des catarrhes utérins anciens. C'est ce qui semble expliquer pourquoi l'adénome ne survient habituellement qu'entre la trentième et la quarantième année, ou même peu de temps avant la ménopause, et se développe graduellement à la suite d'un catarrhe de la muqueuse utérine. Les opinions varient quant à la fréquence des adénomes. J'ai eu sous les yeux jusqu'à présent cinquante cas de tumeurs adénomateuses; cependant ce n'est que dans six d'entre eux que l'affection était arrivée à son apogée, et donnait au microscope une

PATHOLOGIE

préparation analogue à celle représentée dans la figure 134. Dans les autres, le diagnostic de néo-production maligne ne pouvait être douteux; mais il s'agissait là plutôt d'îlots malades plantés au milieu d'une muqueuse fortement irritée.

L'anatomie pathologique de l'adénome utérin se trouve suffisamment caractérisée par les considérations qui précèdent : la préparation cribriforme que représente la fig. 134 nous montre le développement en masse des appareils glandulaires.

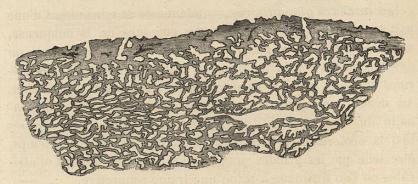


Fig. 134. — Adénome utérin. Dessin de C. Ruge, d'après une de mes préparations.

L'image est grossie dans la fig. 135. C'est à peine s'il reste entre les tubes glandulaires quelques vestiges de tissu conjonctif interstitiel.

L'adénome n'est certainement pas une tumeur de nature bénigne et qu'il faille traiter par l'indifférence; il peut très bien j'en ai la preuve dans deux observations personnelles — dégénérer en carcinome. Il est vrai que jusqu'à présent on n'est pas fixé sur la question de savoir si l'altération maligne part de l'endothélium glandulaire lui-même ou d'un point situé en dehors des glandes.

Les symptômes dominants des adénomes sont les hémorragies qui surviennent soit sous forme de menstrues interminables, soit sous forme d'écoulements irréguliers qui durent longtemps, sans cependant occasionner, dans le début du moins, des pertes de sang très abondantes. J'ai vu ce genre de tumeurs dans leurs phases de développement les plus diverses; le plus souvent les femmes qui en étaient affectées étaient en proie à une anémie profonde, consécutive aux pertes sanguines qui persistaient depuis des mois. Dans la plupart des cas il existe des flueurs muco-purulentes abondantes; cependant elles manquent quelquefois.

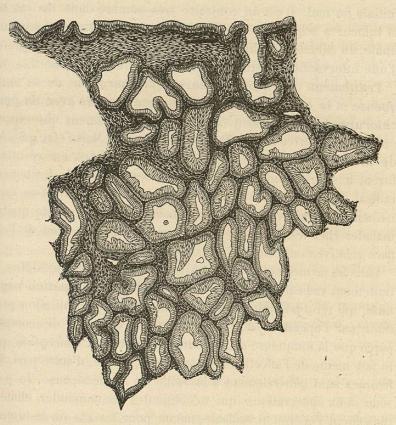


Fig. 135. - Figure 134 (grossic 400 fois).

Les femmes n'accusent point de souffrances; le symptôme douleur ne se rencontre que dans les cas où il est lié à l'anémie. Au reste, parmi les malades les unes étaient dans un état de surexcitation inquiète, créé par ces hémorragies sans fin; les autres, débilitées par la longue durée des accidents, avaient maigri rapidement et étaient tombées dans le marasme.

L'exploration seule de la muqueuse utérine permettra d'établir

le diagnostic. Malgré un certain degré d'accroissement, de mollesse et parfois de sensibilité que présente souvent la matrice, il n'existe qu'une seule base certaine de diagnostic, c'est l'examen microscopique de portions de muqueuse enlevées par le grattage.

Le *pronostic* n'est pas absolument défavorable dans la période initiale du mal. Il est au contraire très sombre dans les cas où la tumeur a acquis son parfait développement. Cette apparition finale du caractère malin de l'adénome nous impose l'obligation d'une intervention appropriée à la gravité du pronostic.

Traitement. Au début le curettage énergique de la muqueuse et la cautérisation de la surface abrasée avec du perchlorure de fer suffisent. Je n'ai pas précisément observé de guérison définitive à la suite de ce traitement. Mais l'état général de la femme s'améliore; chez quelques malades les résultats furent tels qu'on put reculer pendant des années le traitement radical. Il n'est pas rare de voir le curettage être suivi assez rapinement de récidive. Dans mes observations je compte quatre malades chez lesquelles la récidive se produisit au bout de l'espace relativement court de trois à sept mois.

Dans les formes nettes et très développées de l'adénome diffus, le traitement radical consiste, à mon avis, dans l'extirpation vaginale, qui rend possible la guérison complète. La mutilation produite par l'opération doit à peine entrer en ligne de compte, parce que la muqueuse est devenue impropre à la conception, par le fait même de l'affection adénomateuse, et que, d'autre part, les femmes sont généralement à la veille de la ménopause. Je possède deux observations qui m'obligent à recommander chaleureusement l'opération radicale, même pour les cas où la tumeur n'est pas très étendue, lorsque curettage et cautérisation n'ont pas été couronnés de succès. Chez ces deux femmes, atteintes toutes deux d'adénome et dont l'une était une multipare âgée et l'autre une demoiselle de quarante-neuf ans, six mois à peine après l'extirpation vaginale la cicatrice opératoire fut envahie par un carcinome, auquel les malades succombèrent après une cachexie à marche très rapide. Le manuel opératoire de l'extirpation se trouve décrit dans le chapitre qui traite de l'hystérectomie.

Dans les formes polypeuses de l'adénome, la simple abrasion de la muqueuse et la cautérisation consécutive suffisent au début. Schræder (1) prétend avoir obtenu ainsi des succès curatifs durables. Quoi qu'il en soit, il sera permis d'attendre l'apparition d'une récidive, avant de procéder, dans ces cas, à l'hystérectomie vaginale.

J'ai fait jusqu'à présent l'extirpation de la matrice six fois pour un adénome en plein développement, et treize fois dans des cas où la multiplication des appareils glandulaires du corps de l'utérus était telle qu'il ne restait plus pour ainsi dire de tissu connectif inter-glandulaire normal. La plus jeune de mes opérées avait trente-sept ans. Toutes avaient présenté des hémorragies (il y en avait parmi elles cinq qui avaient accouché, trois qui étaient stériles; toutes étaient malades depuis de longues années) et, malgré un traitement énergique fréquemment répété, l'anémie chez elles n'avait fait qu'augmenter et était devenue menaçante. Chez quatre d'entre elles l'opération rencontra des difficultés extrêmes, et la convalescence fut compromise en raison de l'existence d'adhérences périmétriques très étendues. - Sur les dix-neuf, trois succombèrent à l'opération elle-même; une autre mourut de septicémie, deux autres périrent de stéatose cardiaque consécutive à l'anémie. Chez deux autres la cicatrice devint réellement le siège d'un carcinome. Quant à celles qui restent, elles guérirent, et cette guérison s'est maintenue depuis.

## b) Carcinome utérin

Le carcinome chez la femme se localise très souvent sur la matrice; les différentes statistiques montrent qu'un tiers des femmes atteintes de carcinome succombent à des accidents cancéreux du côté de l'utérus (2).

Il n'y a pas encore longtemps qu'on reconnaissait au carcinome utérin un point de départ exclusif, le col; on prétendait que le carcinome du corps était extrêmement rare. Cette opinion a été

<sup>(1)</sup> Handbuch, Ed. 7, p. 280.

<sup>(2)</sup> Schröder, loc. cit., p. 281.

modifiée en ce sens que l'élément essentiel du diagnostic, c'est-àdire le curettage suivi de l'examen microscopique de la muqueuse (1), a permis de constater que le carcinome du corps est plus fréquent qu'on ne l'admettait jusqu'ici, quoique cette fréquence soit de beaucoup moindre que celle du carcinome cervical. Les deux formes de l'affection diffèrent essentiellement, non seulement au point de vue histologique, mais encore dans leur évolution; ce qui nécessite une étude spéciale pour chacune d'elles.

## I - Carcinome cervical

Il faudra encore de nombreuses recherches pour dissiper l'obscurité qui entoure l'étiologie du carcinome cervical. Ce qu'il y a de certain jusqu'à présent, c'est que ce dernier est une affection de l'âge mûr (trente à quarante ans) (2), se rencontrant plus fréquemment dans les classes pauvres, contrairement aux myômes qui affectent plus souvent les femmes qui sont dans une situation aisée (3), et que les accouchements antérieurs prédisposent à la dégénérescence maligne, quoique celle-ci n'épargne pas les vierges. On ne sait pas bien encore jusqu'à quel point les états irritatifs chroniques sont une prédisposition au cancer; cliniquement parlant, il n'est pour ainsi dire pas douteux que la métrite et l'endométrite chroniques puissent devenir, dans certaines conditions anatomiques non encore définies, le point de départ de l'évolution néoplasique. Je connais bon nombre de cas de ce genre, sans pouvoir, bien entendu, fournir les preuves anatomiques de cette connexion pathologique. On a considéré aussi comme cause pré-

(1) C. Ruge et J. Veit, Zeilschr. f. Geb. u. Gyn. II et VII, p. 138.

disposante la diathèse syphilitique. Les observations anatomo-pathologiques probantes manquent à ce sujet; toutefois j'ai pu prouver assez souvent l'existence de ce lien étiologique particulier sur lequel mon père avait coutume d'insister dans ses leçons cliniques. Mon père, dans bien des cas, a pu établir qu'il y a des femmes atteintes de carcinome qui, ayant perdu prématurément un mari syphilitique, ont convolé en secondes noces, après un veuvage plus ou moins long, avec des hommes la plupart du temps plus jeunes qu'elles et très ardents (1).

Anatomie pathologique. — Tout le monde sait qu'on a beaucoup discuté sur la question de savoir si le carcinome utérin tire son origine des cellules du tissu conjonctif ou des cellules épithéliales. Les histologistes, Carl Ruge et J. Veit (2), qui disposaient de matériaux très nombreux, sont arrivés à cette conclusion que c'est le tissu connectif irrité qui donne généralement naissance aux cellules carcinomateuses; mais que, d'un autre côté, la lésion peut débuter incontestablement par l'épithélium glandulaire, surtout par les parties malades et de nouvelle formation : c'est là du reste le point de départ certain du carcinome du corps. La réponse à la fameuse question ne peut être plus explicite en raison du petit nombre de cas qu'on peut observer à la période initiale. J'ai eu la chance d'en avoir sous les yeux qui étaient à leur début et de pouvoir poser le diagnostic microscopique. En ne tenant pas compte cependant de ces derniers faits, je suis obligé de me rallier à la division, adoptée par Schræder dans son Manuel en:

- 1º Cancroïde superficiel de la portion vaginale;
- 2º Carcinome de la muqueuse cervicale;
- 3º Carcinome du col.

1º Le cancroïde superficiel de la portion vaginale (fig. 136, a) peut se développer aux dépens de végétations papillaires d'apparence bénigne, aux dépens de ce qu'on appelle les érosions papillaires, qui sont constituées par des cellules épithéliales cylindriques empiétant sur la surface externe du col. D'après Schræder, jamais

<sup>(2)</sup> La malade la plus jeune, atteinte de destruction carcinomateuse prononcée du col, que j'aie eue à traiter jusqu'ici, avait vingt-trois ans. Elle était bipare; son dernier accouchement datait d'un an et demi; elle avait de fortes hémorragies depuis l'âge de vingt-deux ans.

<sup>(3)</sup> Schröder, loc. cit., p. 281. D'après la statistique de la clinique gynécologique de l'Université, on y a observé 1,9 °/° de myômes et 3,6 °/° de carcimones; Schræder est arrivé dans sa clientèle aux chiffres suivants : myômes 5,7 °/°; carcimones 2,1 °/°. La statistique de ma policlinique donne un peu plus de 3 °/° pour le carcimone et un chiffre un peu plus élevé pour le fibrome. J'arrive au même pourcentage dans ma clientèle.

<sup>(1)</sup> Comparer Winckel, p. 398.

<sup>(2)</sup> Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. II, p. 415.

la muqueuse cervicale ne participe du même coup au processus morbide; toujours le terrain sur lequel évolue le cancroïde lui est fourni par des végétations pathologiques. - L'affection peut demeurer limitée longtemps à la surface externe de la portion vaginale, y créer des excroissances polypeuses ou des ulcérations en surface, en passant d'une lèvre à l'autre. (La fig. 137 n'est que la fig. 136, b, vue au microscope.) Le néoplasme se propage très souvent au vagin; il envahit toute la portion vaginale et va détruire la paroi du conduit sur une plus ou moins grande étendue. J'ai observé très fréquemment, dans les formes fort avancées, un phénomène des plus graves ; ie veux parler de la propagation du car-



Fig. 136 a. - Cancroïde de la portion vaginale. Extirpation vaginale (Mme Keller, 15 février 1886.)

Récidive au bout de 5 mois.



Fig. 136 b. - Cancroïde de la portion vaginale. D'après Ruge et Veit, Zeitschrift, tome VII et « Le cancer de la matrice ».

p: épithélium pavimenteux intact; f: noyaux carcinomateux; a : orifice externe;

cinome au tissu paravaginal et surtout à la partie paracervicale du plancher pelvien et aux régions sous-péritonéales. Quant à l'utérus, on le trouve, au niveau des culs-de-sac du vagin, embrassé complètement par les végétations néoplasiques, sans qu'il souffre lui-même le moins du monde, du moins dans les commencements.

2º Le carcinome de la muqueuse cervicale de Schræder se développe principalement dans les cas de catarrhes anciens du col. Il est superficiel et part de la région sous-jacente à l'épithélium cylindrique pour pénétrer dans le tissu sous-muqueux. Ici aussi l'affection s'étend graduellement au corps de l'utérus et au vagin

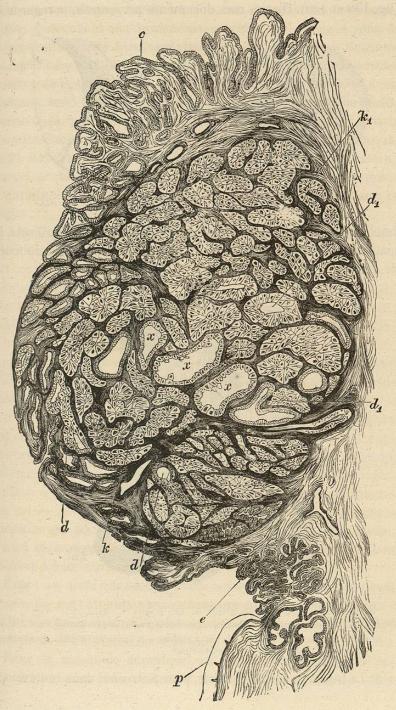


Fig. 137. - Image microscopique de la fig. 136 b. D'après Ruge et Veit.

p: épithélium pavimenteux;

e: érosions:

k: noyaux carcinomateux;

c: canal cervical;

d: niveau de la dégénérescence (transition);

dd : fentes centrales;

x: glandes intactes.