(fig. 138 et 139). D'après mes documents personnels, je regarde la





Carcinome de la muqueuse cervicale. D'après C. Ruge et J. Veir (loc. cit.).

troisième forme comme plus fréquente que celle-ci. Malgré cela, je maintiens la division adoptée pas Schræder comme la meilleure de celles qui ont été proposées jusqu'à présent.



Fig. 140. - Noyau carcinomateux du col. D'après C. Ruge et J. Veir. (Je possède une pièce pathologique exactement pareille, enlevée par moi.) kn: noyau carcinomateux du col; — o: orifice externe; — a: perte de substance consécutive

3º La troisième forme consiste, pour Schræder, dans le dévelop-

pement, sous la muqueuse normale ou en état d'irritation en apparence bénigne, d'une tumeur circonscrite qu'il désigne sous le nom de tubérosité carcinomateuse du col de l'utérus. Cette tubérosité siège tantôt sous la surface externe, tantôt sous la surface interne de la portion vaginale; elle augmente de volume, se désagrège en son centre et provoque à ce moment seulement la perforation de la muqueuse intacte jusque-là. (Fig. 140 et 141.) La perte de substance ainsi créée n'est autre chose que l'ulcère carcinomateux, dont la première apparition se fait tantôt sur la face externe du col, tantôt sur la face qui regarde le canal cervical et qui, grâce à l'infiltration du voisinage, envahit soit le col tout entier soit le vagin.

L'évolution ultérieure de ces trois formes de carcinome cervical, tout identique que soit le résultat final, offre cependant des divergences assez caractéristiques, surtout au point de vue de la propagation au vagin, à l'utérus et au tissu cellulaire pelvien. Dans toutes le vagin est envahi fréquemment et de bonne heure; tantôt le carcinome s'étend à la superficie, aux segments d'inflexion de la voûte; tantôt il court le long de la paroi vaginale sous la surface, pour se montrer à un moment donné sous forme d'une tubérosité en apparence isolée. L'extension du processus morbide de la matrice (fig. 142) est relativement rare ou se produit, en tous cas, plus tard dans le cancroïde de la portion vaginale que dans les deux autres formes de l'affection; dans ces cas, la destruction précoce de la masse néoplasique donne naissance dans le tissu cervical à des cavités à bords taillés à pic, ou bien — et cela arrive surtout dans le carcinome de la muqueuse du col - la propagation se fait au moyen de prolongements conoïdes qui pénètrent dans la muqueuse de la cavité utérine. C'est à ce moment-là seulement que les tissus intermédiaires sont envahis à leur tour.

Quant au tissu connectif pelvien environnant et aux ligaments larges, ils sont atteints par la dégénérescence ou par l'intermédiaire des voies lympathiques ou par les progrès non interrompus de l'infiltration du voisinage.

Dans le cancroïde superficiel au début, on rencontre de petits noyaux de la grosseur d'une lentille qui, situés sous

Fig. 141. - D'après C. Ruge et J. Veit.

θ. orifice externe;

d: glandes cervicales;

g: dégénérescence glandulaire commençante;

k: novau carcinomateux.

le péritoine, se propagent ordinairement d'avant en arrière et

qui, à l'exploration (si elle est possible), donnent la sensation d'un chapelet. En raison de l'importance qu'on accordait jadis à l'intégrité ou à l'envahissement des ganglions inguinaux, nous

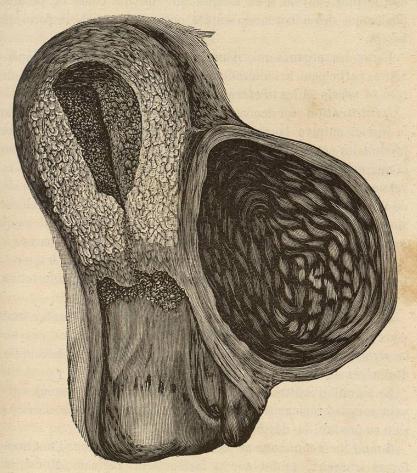


Fig. 142. — Carcinome du col, du corps et de la vessie. Atlas de E. Martin.

2º Édit. par A. Martin.

Les parois vésicales sont épaissies également par l'infiltration carcinomateuse.

ferons ressortir que ces organes ne sont d'habitude pris que très tard par la voie de reflux, alors que dans la profondeur, les vaisseaux lympathiques sont déjà très largement infiltrés (1).

(1) BLAU, Dissert. inaug. Berlin, 1870.

Lorsque le travail d'infiltration est continu, le voisinage immédiat du cancroïde augmente de volume et le col paraît fortement épaissi. Ce travail est rarement uniforme sur tout le pourtour du col; le plus souvent il se localise sur un des côtés et produit finalement des adhérences solides entre l'utérus et la paroi du bassin

Parmi les organes qui, dans le cours de l'évolution néoplasique, participent à l'altération cancéreuse, nous trouvons d'un côté *la vessie* et les *uretères*, de l'autre le *péritoine*.

L'infiltration cervico-vaginale, arrivée dans le domaine de la vessie, entrave la régularité fonctionnelle de ce réservoir et produit les accidents si pénibles de la cystite, avant même que la muqueuse vésicale ne soit devenue malade. De même que la vessie la région péri-urétérale, une fois atteinte, devient le point de départ de complications graves. L'oblitération des uretères amène de la stagnation des urines qui engendre non seulement une rapide dépression des forces, mais donne naissance encore à ce phénomène si particulier d'euphorie qui nous a frappé à l'occasion chez les carcinomateuses et qui est une manifestation urémique.

Les symptômes de l'extension du néoplasme au péritoine sont ceux de l'irritation péritonéale et existent dans tous les cas où la séreuse est devenue le siège de petits noyaux lymphathiques dégénérés ou d'une infiltration in continuo.

Le travail d'infiltration cervico-vaginale s'effectue moins souvent vers les régions postérieures qu'en avant. Lorsque l'extension se produit, la dégénérescence atteint le rectum.

Quand le néoplasme se nécrose, il se développe d'énormes foyers ichoreux, tantôt sur la face externe vaginale du col, et tantôt, si la configuration de ce dernier est conservée, dans l'intérieur du canal cervical. Les surfaces ulcérées ont généralement un aspect lardacé, décoloré, et répandent une odeur fétide. Si l'ulcération continue à progresser, elle détruit les cloisons vésico et recto-vaginales et crée des fistules qui donnent passage au contenu de la vessie et de l'intestin. Le vagin n'est plus alors qu'un cloaque ulcéro-gangréneux où viennent se mélanger l'urine, les matières stercorales et les sécrétions utérines. Le processus

destructeur, même à une période très avancée, ne produit pas facilement l'ouverture de la cavité abdominale. Lorsqu'il la produit, la péritonite généralisée est rare, parce que, dès le début du mal, il s'est développé, par-dessus les végétations néoplasiques, des adhérences entre la séreuse et les organes circonvoisins.

Les manifestations secondaires dans les organes éloignés sont relativement rares dans cette forme de carcinome. Ce qu'on rencontre le plus fréquemment, ce sont des excroissances verruqueuses qui se développent à distance dans le péritoine et qui, en fin de compte, se transforment en foyers morbides plus considérables.

Les symptômes du carcinome cervical n'ont rien de caractéristique dans la période initiale. A côté de femmes qui, dès le début et avant qu'on n'ait encore pu constater une dégénérescence maligne, se plaignent de violentes douleurs, d'hémorragies et de sécrétions profuses, nous en voyons d'autres qui n'accusent pas le moindre accident, même en cas d'infiltration très avancée, et chez lesquelles la découverte du mal est toute fortuite, presque rien, ni souffrances, ni hémorragies, ni écoulements d'aucune sorte ne pouvant attirer l'attention des intéressées.

Les hémorragies suivent, dans les premiers temps, le type menstruel; puis elles se montrent également dans les périodes intercalaires et sont augmentées par toute irritation génitale, par le coît, les difficultés de la défécation, un effort, etc. Les femmes peuvent perdre beaucoup de sang dès le début; le plus souvent cependant, elles ne présentent qu'un écoulement abondant de mucus mélangé à du sang. C'est cet écoulement qui appelle l'attention des malheureuses. — Ce qui surtout caractérise le liquide sécrété, c'est sa fétidité cadavéreuse, fétidité qui peut cependant faire défaut, même à des périodes avancées de l'affection, et se développer également à l'occasion de processus morbides de nature bénigne. Lorsque le néoplasme se détruit à la surface, les sécrétions ont leur maximum d'abondance et sont simplement purulentes. En cas de nécrose, ces sécrétions s'altèrent par leur mélange avec du sang et des lambeaux de tissu; leur coloration

devient d'un brun sale et elles acquièrent alors cette odeur particulière qui se perçoit à distance.

La douleur est sujette à de très grandes variations. Tantôt elle manque depuis le premier jour jusqu'à la catastrophe finale, tantôt elle apparaît et domine la scène dès la période de début. Quelques malades croient ressentir des coliques utérines; d'autres rapportent le siège des souffrances à la région sacrée; chez d'autres encore la douleur prend le caractère péritonitique; enfin les sensations sont quelquelois sourdes, constantes, rongeantes. — Cette triade symptomatique, hémorragie, écoulement fétide et douleur, est complétée par un ensemble de phénomènes accessoires qui dépendent de l'extension du carcinome au voisinage, de l'état cachectique, de l'émaciation et de la dépression des forces. - Schræder a mis en relief la dureté extraordinaire des parois abdominales. A côté de cette altération spéciale, propre en effet à la dernière période de l'affection, j'ai toujours été frappé, chez les femmes atteintes de carcinome, par la sécheresse et la dureté particulière de tout le tronc et des extrémités. — J'ai déjà parlé des accidents consécutifs à la perforation de la vessie. Quant aux symptômes qui se produisent du côté du rectum, ils sont identiques à ceux qui surviennent à l'occasion de toute gêne fonctionnelle de l'intestin. Il est à remarquer encore que ces sortes de malades sont en proie souvent à une agitation inquiète et à une insomnie indescriptible, bien longtemps avant qu'on ne puisse constater des lésions de quelque étendue. Il en est même qui ne parlent d'amélioration que lorsque, après une insomnie de longue durée, l'intoxication urémique les plonge dans la somnolence et le coma.

Dans l'immense majorité des cas il existe de l'inappétence; la nutrition est encore notablement entravée par la tendance au vomissement et les troubles digestifs. Les désirs sexuels sont plutôt exaspérés que diminués; c'est ce qui explique la fréquence de la conception dans des cas de destruction très prononcée du col.

Il est extrêmement difficile d'assigner une durée précise à l'affection carcinomateuse du col; à côté de cas à marche très rapide, où j'ai vu le néoplasme parcourir toutes les phases de son

développement dans l'espace de neuf semaines à partir de l'époque où je constatai son existence, j'en ai observé d'autres où l'évolution a duré près de cinq ans, avec des arrêts fréquents, il est vrai, dans sa marche, arrêts produits par l'intervention opératoire.

Le diagnostic, en cas de nécrose étendue et de manifestations palpables, n'offre aucune difficulté; l'âge de la malade, la marche de l'affection et les résultats de l'exploration excluent la possibilité d'une erreur. Cela est vrai pour tous les cas où le cancer s'est étendu déjà du col au voisinage et y a produit des lésions profondes.

La chose est loin d'être aussi simple lorsqu'il s'agit de reconnaître le mal à son début. Tous les symptômes cliniques qu'on attribue aux dégénérescences malignes peuvent manquer et le toucher ne donne aucune indication certaine (1). Le diagnostic alors ne pourra être édifié qu'à l'aide des résultats fournis par l'examen microscopique. Le moindre segment enlevé à la nodosité morbide ou obtenu par l'abrasion de la muqueuse servira, après préparation préalable, de base solide au diagnostic. C'est précisément parce que l'analogie clinique est complète entre le carcinome et les formes avancées de la métrite chronique, lorsque celle-ci a créé une infiltration étendue et des altérations profondes de la muqueuse utérine et du vagin, qu'il faut se garder de fonder son diagnostic sur les résultats du toucher et la marche clinique de l'affection. Cet avertissement a sa valeur aussi bien au point de vue de la guérison possible du processus de nature maligne, s'il est reconnu de bonne heure, qu'au point de vue du traitement à instituer dans les cas d'affections simples et de bonne nature.

Lorsque nous serons à même de poser le diagnostic du carcinome dès le début, les obscurités étiologiques n'existeront plus.

Le *pronostic* lui-même sera moins défavorable dans ce cas car nous pourrons mettre en œuvre, dès le premier jour, une thérapeutique appropriée.

Schræder revendique pour le cancroïde de la portion vaginale une malignité moindre que celle des autres formes de dégénérescence

⁽¹⁾ Voir Stratz, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XIII, fasc. 1.
PATHOLOGIE

carcinomateuse, c'est-à-dire du carcinome de la muqueuse du col et de celui du parenchyme cervical. Les différences histologiques qui le séparent de ces deux derniers et qui ont été indiquées par Ruge et Veit, sont évidemment incontestables; on ne peut pas nier davantage qu'il n'offre de la tendance à la propagation et qu'il ne soit curable localement; les recherches d'Hofmeier l'ont prouvé. Malgré tout cependant, Schræder concède que même dans le cancroïde la récidive est possible (Gesellsch. f. Geb. u. Gyn., séance du 24 nov. 1885). D'après lui également, la grossesse crée une complication des plus graves. Ma dernière opération, je veux parler de l'excision, chez une femme enceinte de cinq mois, d'un cancroïde de l'une des lèvres du museau de tanche, avec récidive au bout de deux mois, le démontre jusqu'à l'évidence.

Je ne puis donc porter pour le cancroïde un pronostic aussi optimiste que celui de *Schræder*. Je veux bien qu'il soit moins grave que celui des deux autres formes de carcinome cervical; mais cela ne m'empêche pas de regarder comme indispensable l'ablation de l'organe entier, alors même qu'il ne serait atteint que partiellement.

Hofmeier (1) a établi que 41, 3 % des femmes auxquelles Schræder fit l'excision partielle demeurèrent quatre ans sans trace de récidive. Schræder (2), se basant sur son expérience, prétend « que le cancer du col est curable, tant qu'il reste limité à la matrice et au vagin. Dans le cancroïde de la portion vaginale, l'excision supra-vaginale du col suffit, quoiqu'il faille enlever quelquefois de grosses portions de cet organe. On pourra regarder la guérison comme complète lorsque les malades seront encore en bonne santé un an après l'opération.

« Dans le carcinome de la muqueuse du canal cervical, le processus morbide s'est souvent, dès le début déjà, étendu à la profondeur, au point que l'extirpation totale est toujours nécessaire. Le noyau carcinomateux se propage si facilement au corps de la matrice que ce n'est qu'exceptionnellement que l'on pourra se contenter de l'excision du col seul. » Le Dr Nagel a commencé à collationner mes documents personnels relatifs aux différents modes de traitement du carcinome. Les difficultés inhérentes aux recherches qui ont trait aux extirpations ne me permettent pas d'en donner dès aujourd'hui le résultat final.

En raison de la difficulté même du diagnostic, il faut exiger de toute observation de guérison que ce diagnostic s'appuie sur l'examen microscopique. Et je crains que ce desideratum ne réduise à néant une notable partie des faits de ce genre. La littérature actuelle renferme des observations fréquentes de guérison définitive (1). Moi-même, dans la première édition de ce livre, je donne un chiffre de seize extirpations vaginales (jusque vers le milieu de 1884) dans des cas de carcinome, pour huit desquelles, c'est-à-dire 50 %, la guérison se maintenait depuis plus de deux ans et demi.

Le nombre des hystérectomies vaginales a énormément augmenté depuis : sur cent trente-quatre extirpations totales pratiquées dans ma clinique jusqu'en janvier 1887, dont neuf faites par Duvelius et le reste par moi, l'opération eut lieu quatre-vingt-quatorze fois pour des carcinomes. Soixante-six fois l'ablation de la matrice permit de supprimer toute trace de néoplasme; dans vingt-huit autres cas, l'utérus fut extirpé, il est vrai, mais il resta des vestiges de dégénérescence dans le voisinage. Chez les dernières enfin on trouva, pendant l'opération, des ganglions dégénérés situés dans le voisinage ou encore des infiltrations éloignées, qu'il ne pouvait être question d'enlever. Dans le groupe des soixante-six opérations radicales, onze des malades moururent des suites de l'intervention. Sur les cinquante-cinq survivantes, quarante-quatre me donnèrent de leurs nouvelles. Quant aux onze dernières qui n'ont été opérées que depuis la fin de l'année 1885, je ne puis les faire entrer encore en ligne de compte. Parmi ces quarante-quatre donc, trente et une sont demeurées en bonne santé; les treize autres ont eu des récidives. Ce qui donne, pour l'hystérectomie chez les carcinomateuses, un chiffre de 70 º/o de guérisons. Les résultats (2)

⁽¹⁾ Centralbl. f. Gyn. 1886, nº 6 et Berl. Klin. Woch. 1886, nºs 6 et 7. — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XIII, fasc. II.

⁽²⁾ SCHROEDER, loc. cit. Page 309.

⁽¹⁾ PAWLICK, Wiener Klinik, 12 Déc. 1882.

⁽²⁾ Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, 1887, 14 Janvier.