

Auteurs.	Date de l'opération ou de la public.	Époque de la grossesse.	État anatomique.	Résultat.
BARNES..	1885 (cité par ROUTIER, <i>Ann. de Gyn.</i> , mars 1890).	5 mois.	Myome pédiculé.	Mort.
MARTIN..	<i>Berl.klin.Woch.</i> , 1886, n° 29.	3 mois.	Grosse tumeur à large pédicule.	Guérison, accouchement à terme.
MARTIN..	<i>Ibid.</i>	4 mois.	Grosse tumeur face antérieure et autre petite tumeur.	Guérison. Avortement le lendemain.
MARTIN..	<i>Ibid.</i>	3 mois 1/2.	Tumeur du fond de l'utérus à large pédicule.	Accouchement à terme. Guérison.
GORDON..	<i>Boston med. Journ.</i> , oct. 1889.	5 mois.	Fibrome.	Guérison, la grossesse continue.
ROUTIER..	<i>Bull. Soc. Chir.</i> , nov. 1889.	5 mois.	Myome sous-séreux à large base.	Guérison.
HOMANN..	<i>Boston Soc. for med. improv. in Bull. méd.</i> , 30 déc. 1889.	3 mois.	Fibrome du poids de 15 livres.	Avortement guérison.
A. BERGH.	<i>Hygiea</i> , 1889. Bd. LI, n° 5, p. 292.	4 mois.	Deux tumeurs, la plus grosse du volume des 2 poings. Enucléation.	Guérison. Accouchement normal.

## II. AMPUTATION SUPRA-VAGINALE DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Auteurs.	Date de l'opération ou de la public.	Époque de la grossesse.	État anatomique.	Résultat.
R. BARNES..	<i>Saint - George's Hosp. Reports</i> , 1874-76 t. VIII, p. 91-95.	5 mois.	Corps fibreux masquant une grossesse.	Mort.
KALTENBACH <sup>1</sup>	2 mars 1880 (cité par Hegar, <i>Operative Gynäk.</i> , 5 <sup>e</sup> éd., p. 476).	5 mois.	Myome interstitiel du fond de l'utérus, poids : 3500 grammes.	Guérison.
WASSEIGE..	18 mars 1880.	5 mois.	Myome interstitiel du fond de l'utérus, poids : 4500 grammes.	Mort le 6 <sup>e</sup> jour.
NIEBERDING.	10 févr. 1882.	4 mois.		Mort en 40 heures.
SCHRÖDER..	10 janv. 1885.	5 mois.	Myome interstitiel de la grosseur d'une tête d'adulte.	Guérison.
SCHRÖDER..	29 juin 1884.	3 mois.		Guérison.
WALTER..	<i>Brit. med. Assoc. Liverpool</i> , 1883.	4 mois.	Tumeur colossale.	Mort le 9 <sup>e</sup> jour.
Alex. PATTERSON..	<i>Glascow med. Journ.</i> , avril 1885.	4 mois.	Corps fibreux masquant une grossesse.	Guérison.
ETHERIDGE.	<i>Amer. Journ. of Obstet.</i> , 1887, t. XX, p. 69.	5 mois (on avait essayé en vain de provoquer l'avortement)	Tumeur fibro-kystique.	Mort de péritonite le 11 <sup>e</sup> jour.

<sup>1</sup> Les six faits suivants du tableau sont empruntés à HEGAR et KALTENBACH, *loc. cit.*, 5<sup>e</sup> éd., p. 476. J'y ai ajouté les douze autres.

Auteurs.	Date de l'opération ou de la public.	Époque de la grossesse.	État anatomique.	Résultat.
KARSTRÖM..	<i>Hygiea</i> avril, 1887 (anal. in <i>Cent. f. Gyn.</i> , 1887, p. 550).	5 mois.	Fibrome intra-ligamentaire (pédicule perdu et drainage).	Guérison.
FREUND..	Observ. inédite communiquée à Vander Veer ( <i>loc. cit.</i> p. 1156).	8 mois.	Corps fibreux masquant une grossesse.	Guérison.
G. GRANVILLE BANTOCK.	<i>Brit. gyn. Journ.</i> , 1887, t. II, p. 65.	3 mois.	Corps fibreux masquant une grossesse.	Guérison.
HOFMEIER..	<i>Die Myotomie</i> , p. 76.	3 mois.	Corps fibreux avec soupçon de grossesse.	Guérison.
DIRNER..	<i>Centr. f. Gyn.</i> , 1887, p. 119.	2 mois.	Corps fibreux, fœtus mort et macéré.	Guérison.
KALTENBACH.	<i>Centr. f. Gyn.</i> , 1887, p. 455.	2 mois.	Corps fibreux en voie de désintégration, fœtus macéré.	Guérison.
D. VON OTT.	<i>Arch. f. Gyn.</i> , 1890. Bd. XXVII, p. 88.	9 mois (263 jours).	Gros fibr. de la port. sup. vag. du col. Trait. intrapér. du pédicule.	Guérison. Enfant vivant.
A. MARTIN.	<i>Naturf. Samml. Heidelb.</i> , 1889 (Soc. obst. de Berlin, <i>Centr. f. Gyn.</i> , 1890, p. 67).	4 mois.	Tumeur de la partie inférieure du corps de l'utérus.	Guérison.
KASCHKAROFF	<i>Centr. f. Gyn.</i> , 1890, n° 49, p. 890.	3 mois.	Fibrome sous-séreux. Hydramnios.	Guérison.

La plupart de ces faits sont relatifs à des opérations avant terme. Si l'on attend le terme de la grossesse pour faire une véritable opération de Porro, le pronostic est, sans doute, plus grave. Comme importante compensation, on a la possibilité de sauver à la fois la mère et l'enfant.

Il ne faudra jamais attendre tout à fait jusqu'au terme pour ne pas s'exposer à être surpris par le travail, mais opérer quelques jours avant l'époque présumée de l'accouchement. Le procédé opératoire qui paraît alors offrir le plus de sécurité, au double point de vue de l'hémorragie et de la septicémie, toutes deux particulièrement à craindre quand il s'agit d'un utérus gravide, est la ligature élastique extra-péritonéale du pédicule (Hegar<sup>1</sup>).

<sup>1</sup> Voir, pour la bibliographie complète du sujet, E. PESTALOZZA, *Fibrome de l'utérus et grossesse*. Pavie, 1890 (*Anal. in Répert. univ. d'obstét. et de gyn.*, 1890, p. 516). — Th. LANDAU, *Zur Behandlung der durch Myome complicirten Schwangerschaft und Geburt*. (*Samml. klin. Vorträge*, 1891, n° 26).

## LIVRE V

### DU CANCER DE L'UTÉRUS

Définition.

Le mot de **cancer** doit avoir, actuellement, une signification essentiellement clinique et être synonyme de *néoplasme malin*. La malignité, caractérisée par l'envahissement incoercible, la récurrence et la généralisation, se rencontre dans plusieurs espèces anatomiques distinctes, dont l'étude approfondie intéresse plutôt l'anatomiste que le chirurgien; toutefois, cette étude fournit quelques indications utiles pour le pronostic, et il faut toujours tâcher de faire la détermination histologique sur les malades, sans qu'on puisse toutefois baser sur elle des indications thérapeutiques sensiblement différentes, quelque espoir qu'en aient eu, à ce sujet, certains auteurs.

Le col et le corps de l'utérus peuvent être isolément envahis. J'étudierai d'abord le cancer du col.

### CHAPITRE I

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SYMPTÔMES, DIAGNOSTIC ET ÉTIOLOGIE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Anatomie pathologique. Histogénie. Formes anatomiques. Variétés histologiques. Extension aux tissus voisins; vagin; corps utérin; tissu conjonctif pelvien; appareil urinaire. Lésions secondaires du cœur. Extension au rectum, au péritoine. Ganglions. Adénopathie sus-claviculaire. Foie. — Symptômes. Début. Période latente. Période d'état. Cachexie. Terminaisons. — Complication de grossesse. — Diagnostic avec : métrite; papillome; polype muqueux; polype fibreux ulcéré. — Formes exceptionnelles: hypertrophie et cancer. *Sarcoma hydropicum papillare*. Myo-sarcome strio-cellulaire. Adéno-myxo-sarcome. *Fibroma papillare cartilagineum*. *Myxoma enchondromatodes arborescens*. *Adenomyxoma*. — Diagnostic de la propagation. — Pronostic. — Étiologie.

Anatomie  
pathologique.  
Histogénie.

**Anatomie pathologique.** — La grande prédisposition du col utérin aux néoplasmes malins a frappé tous les observateurs. Y a-t-il dans l'anatomie générale quelque donnée qui puisse nous expliquer ce fait? Conheim a émis l'hypothèse que les cellules embryonnaires (cellules embryoplastiques de Ch. Robin) qui n'ont pas disparu dans

la formation des organes et qu'on trouve, soit disséminées dans le tissu conjonctif, soit accumulées en îlots en certains points, sont le tissu matriculaire des *carcinomes*. Le siège de prédilection de ces nids de cellules embryonnaires serait précisément les orifices naturels où s'est faite une involution plus ou moins irrégulière des feuillets blastodermiques; le col utérin, développé relativement tard aux dépens des tubes de Müller, rentrerait dans cette sorte de régions congénitalement vulnérables. Il faut, en outre, signaler la présence, au niveau de l'orifice du museau de tanche, de deux épithéliums, et la tendance au polymorphisme plastique qui peut en résulter.

Reste toujours à connaître la cause efficiente du néoplasme; les afflux sanguins répétés, auxquels Conheim attribue tant d'importance, ne sauraient servir d'explication suffisante.

Dans l'*épithélioma* de la muqueuse, il est évident que le produit hétérologue provient des cellules épithéliales, soit du réseau de Malpighi (Klebs), soit de l'épithélium cylindrique intra-cervical pouvant avoir débordé au delà de l'orifice externe (Schröder), soit des cellules glandulaires (Ruge et Veit). Dans le *carcinome* du parenchyme, l'origine histogénique des cellules du néoplasme est enveloppée d'obscurité. Virchow le fait uniquement dériver des cellules du tissu conjonctif, ce qui cadrerait très bien avec l'hypothèse de Conheim. Les dernières recherches de Ruge et Veit iraient à l'appui de cette doctrine. Suivant eux, le cancer est le plus souvent dû à une transformation des cellules du tissu conjonctif, même lorsqu'il a la forme papillaire, en *chou-fleur*. Le tissu conjonctif vascularisé repasserait à l'état embryonnaire, et ses jeunes cellules prendraient un aspect épithélioïde. Dans des cas exceptionnels ils ont cependant vu des végétations adénomateuses, elles-mêmes produites par l'épithélium glandulaire, donner naissance au carcinome.

**Formes anatomiques.** — Au point de vue clinique, lorsqu'on peut observer le cancer à ses débuts et avant que sa propagation aux parties voisines en ait altéré l'aspect primitif, on doit établir quatre formes : 1° papillaire, 2° nodulaire, 3° cavitaire, 4° liminaire ou vaginale.

1° **Forme papillaire** (syn. : *cancroïde superficiel de la partie vaginale du col, forme végétante, en chou-fleur*). Elle débute par la partie du col située au-dessous des insertions vaginales, et reste longtemps localisée à la surface. La néoplasie prend souvent naissance dans l'épithélium cylindrique qui recouvre la surface externe du col, comme nous l'avons vu à propos des métrites. Ainsi sans doute, l'*ulcération*, d'abord bénigne, se transformerait en épithélioma. Elle prend bientôt l'apparence papillaire et fongueuse, et la lèvre envahie est recouverte d'une sorte de champignon sous lequel peuvent être ensevelis l'orifice et la lèvre saine. Longtemps l'affection

Formes  
anatomiques.

peut évoluer *in situ*; mais il arrive un moment où elle atteint le cul-de-sac vaginal, l'envahit superficiellement et profondément, et de

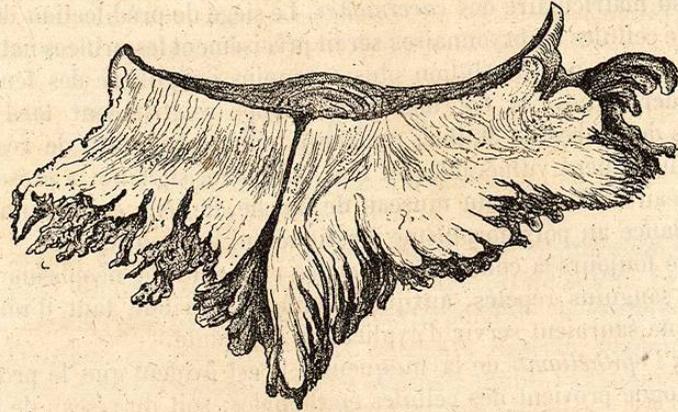


Fig. 173. — Cancer du col, forme papillaire. Épithélioma pavimenteux du museau de tanche. (Coupe, grandeur naturelle.)

là se propage aux tissus péri-utérins. Plus rarement la propagation se fait dans l'intérieur du canal cervical.

Il est toutefois une lésion concomitante de la muqueuse du corps utérin qui serait très fréquente d'après les recherches de K. Abel<sup>1</sup>, élève de Landau, et qui enlèverait à cette forme le caractère d'affection exclusivement cervicale que Schröder s'était plu à lui réserver. Abel, dans sept cas appartenant à cette catégorie, étudiés à la clinique de Landau, aurait trois fois trouvé une dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse du corps, et dans deux autres cas des lésions d'endométrite interstitielle douteuse, paraissant évoluer vers le sarcome. D'après lui, la dégéné-

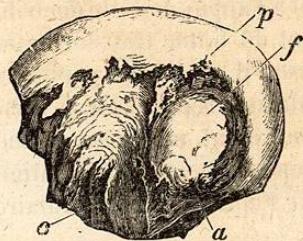


Fig. 174. — Cancer du col, forme nodulaire.

p, zone épithéliale pavimenteuse intacte; f, nodule cancéreux; a, orifice externe du col; c, col.

rescence maligne se produirait alors d'une façon concomitante, quoique sous des formes histologiques différentes, dans le col et

<sup>1</sup> K. ABEL. Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio vaginalis (Arch. f. Gyn., 1888, Bd. XXXII, Heft 2, p. 271). — LANDAU et ABEL. Beiträge zur pathologischen Anatomie des Endometrium (Arch. f. Gyn., 1889, Bd. XXXIV, Heft 2, p. 165). — K. ABEL et LANDAU. Ueber das Verhalten, etc. (Arch. f. Gyn., 1889, Bd. XXXV, Heft 2, p. 214). — Eigenartige interstitielle Endometritis oder sarkomatöse Degeneration der Uterusschleimhaut (Centr. f. Gyn., 1890, n° 38, p. 673). — L. LANDAU. Zur microscopischen Diagnose des Gebärmutterkrebses (Ibid., p. 675). — ABEL et LANDAU. Sarkoma Endometrii und Stückchendiagnose (Ibid., p. 845). Discussion: WALDEYER (Ibid., p. 849) et HOFMEIER (Ibid., p. 850).

dans le corps. Je dois dire que ces assertions d'Abel ont été fortement controversées et sont encore loin d'être généralement admises<sup>1</sup>.

2°) **Forme nodulaire** (syn. : *forme parenchymateuse, carcinome du col, nodosités cancéreuses, circonscrites ou infiltrées*). Elle débute par un ou plusieurs noyaux, situés sous la muqueuse du col, soit à sa surface externe, soit à sa surface interne, n'arrivant que tard à l'ulcération; des îlots méconnus peuvent exister au loin, alors même que la lésion paraît très limitée.

Par le progrès du mal, le nodule détruit la muqueuse et l'ulcération cancéreuse est constituée. Des noyaux semblables, formés dans le col et dans le corps, se fusionnent avec le premier, et bientôt tout l'organe et les tissus avoisinants se trouvent parfois envahis.

3°) **Forme cavitaire** (syn. : *cancer de la muqueuse du col, cancer térébrant*). Elle se développe d'emblée dans la muqueuse du canal cervical, ou immédiatement au-dessous d'elle, par une infiltration qui s'ulcère bientôt et amène la destruction lente du col par une sorte d'érosion; il est des cas où le col, dévoré ainsi par sa surface interne, a presque disparu. Il y a là quelque chose d'analogue à la rétraction du mamelon dans le cancer du sein. Le corps de l'utérus se prend très vite dans cette forme de cancer qui détruit ensuite le tissu conjonctif péri-utérin et, très tardivement, le vagin, souvent même pas du tout.

4°) **Forme liminaire** (de *limen*, seuil) ou **vaginale**. — Elle est infiniment plus rare que les précédentes, mais on ne saurait la méconnaître. Le mal prend naissance dans le cul-de-sac postérieur, de même qu'on voit certains cancers de la langue avoir leur point de départ dans le plancher de la bouche. Elle envahit dans sa marche à la fois le col et les parties voisines du vagin, où elle provoque des ulcérations très étendues.

**Variétés histologiques.** — Les trois espèces histologiques qu'on trouve le plus fréquemment sont : 1° l'épithélioma pavimenteux, soit tubulé, soit lobulé; 2° l'épithélioma cylindrique; 3° le carcinome ou épithélioma atypique. En France, depuis les travaux de Ch. Robin, de Lancereaux,

<sup>1</sup> E. FRAENKEL. Arch. f. Gyn., 1888, Bd. XXXIII, Heft 1, p. 146. — ECKARDT (cité par LANDAU et ABEL), loc. cit., p. 173. — E. SAURENHAUS. Das Verhalten des Endometrium bei Carcinom der Portio vaginalis oder des Cervix (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1890, Bd. XVIII, p. 9).

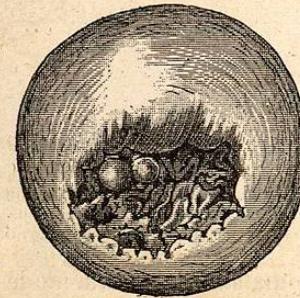


Fig. 175. — Cancer du col, forme cavitaire, au début.

de Cornil et de Malassez, la doctrine épithéliale du cancer est la plus en faveur, et le carcinome lui-même est considéré comme un épithé-

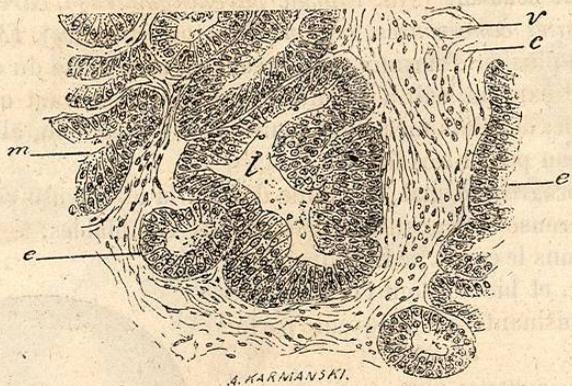


Fig. 176. — Épipithélioma cylindrique ayant débuté par la partie supérieure du col de l'utérus et ayant envahi le corps (grossissement de 150 diamètres).

*m, e*, glandes du corps de l'utérus hypertrophiées semblables à celles qu'on observe dans l'endométrite chronique; *t*, cavité glandulaire agrandie; les parois de la glande montrent plusieurs couches d'épithélium; *e* paroi d'une glande analogue, avec plusieurs couches de cellules; *v*, vaisseau; *c*, tissu conjonctif. (Cornil.)

lioma alvéolaire, un mode particulier, un stade évolutif de l'épithé-

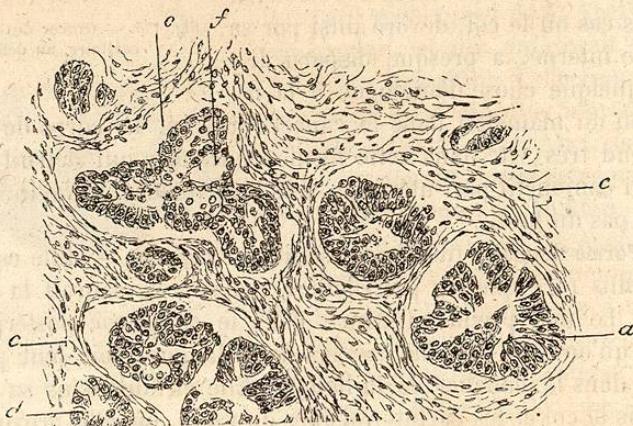


Fig. 177. — Épipithélioma cylindrique du corps de l'utérus ayant débuté par le col (Grossissement de 150 diamètres.)

*c, c*, tissu conjonctif. — *a*, cavité remplie de cellules dont les plus externes sont cylindriques. Ces cellules ont de la tendance à se détacher de la paroi. Cette séparation est très nette en *c*, au milieu des îlots d'épithélium; on constate souvent des cavités *f*, remplies de cellules muqueuses ou de grandes cellules en dégénérescence muqueuse. (Cornil.)

lioma, et non pas comme un néoplasme primitivement développé aux dépens des cellules du tissu conjonctif<sup>1</sup>. Je parlerai, à propos

<sup>1</sup> Voir pour les détails histologiques : CORNIL, *Histologie de l'épithélioma du col de l'utérus* (Journ. des conn. méd., 1889, p. 44). — BARRAUD, Thèse de Paris, 1889, p. 20-27.

du diagnostic, d'une rare variété histologique du cancer du col, le sarcome.

L'épithélioma pavimenteux, lobulé et tubulé, se généralise rarement; Virchow en a pourtant observé des exemples. Quant à l'épithélioma cylindrique, sa généralisation est plus fréquente.

L'épithélioma pavimenteux se rencontre surtout dans les formes superficielles (papillaire et vaginale). La variété, dite lobulée, est formée par des agglomérations cellulaires que séparent des travées fibro-musculaires encore très reconnaissables : ces cellules peuvent subir la dégénérescence colloïde ou former des globes épidermiques

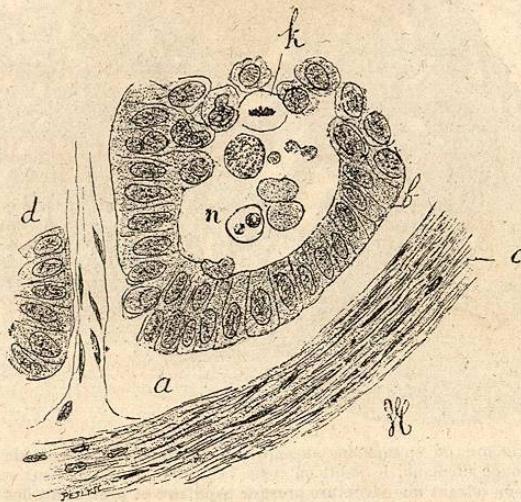


Fig. 178. — Épipithélioma cylindrique du corps de l'utérus, ayant débuté par le col. (Grossissement de 400 diamètres.)

*b*, revêtement épithélial formé d'une couche unique de cellules cylindriques. — *k*, cellules en karyokinèse. — *n*, cellule libre en dégénérescence. — *c*, tissu conjonctif. — *d*, cellules cylindriques, appartenant à un alvéole voisin (Cornil.)

cornés. La variété tubulée est constituée par des trainées ou cylindres farcis de cellules épithéliales, anastomosés et infiltrés entre les espaces fibro-musculaires qui résistent encore à l'envahissement. Sur les coupes, on voit dans la lumière des tubes les cellules épithéliales se déformer par la pression et, de pavimenteuses, devenir cubiques.

L'épithélioma cylindrique correspond ordinairement à la forme de cancer utérin qui débute par la cavité du col et ressemble, par suite, beaucoup à celui du corps de l'utérus (fig. 176, 177, 178). Il commence par une prolifération glandulaire typique (adénome) pour aboutir à une prolifération atypique (adénome malin, qui n'est que de l'épithélioma). Cornil a insisté sur les grandes ressemblances histologiques de la métrite glandulaire et de certains stades du développement de l'épithélioma cylindrique.

L'épithélioma atypique, ou carcinome de la plupart des auteurs allemands, ne se distingue pas bien nettement de certaines formes d'épithélioma pavimenteux tubulé. Il serait caractérisé à la fois par le polymorphisme des cellules, qui ne rappellent plus ni les cellules de revêtement, ni les cellules glandulaires, et par leur disposition sous forme d'amas, dans des alvéoles dont les parois sont formées de travées conjonctives anastomosées (fig. 179). Quand la trame fibreuse

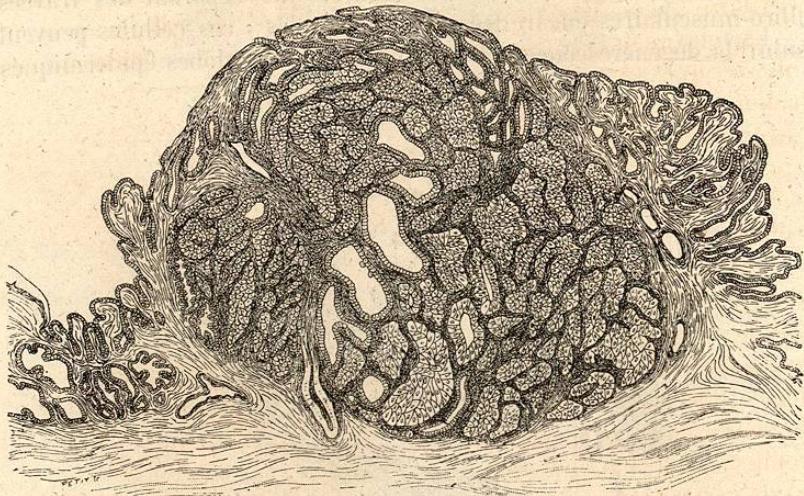


Fig. 179. — Carcinome, ou épithéliome atypique. (Coupe d'un des nodules de la figure 174.) On voit, sur la coupe médiane, le point où cesse l'épithélium pavimenteux et où il est remplacé par une érosion offrant une structure presque papillaire et présentant des glandes plus ou moins ramifiées. Le stroma du néoplasme est formé de travées fibreuses qui le divisent en alvéoles de diverses grosseurs, subdivisés encore par d'autres cloisons conjonctives secondaires. Ces alvéoles sont remplis par des éléments cellulaires polymorphes; l'origine exacte de ces nids d'éléments cancéreux est difficile à déterminer: il semble cependant qu'ils proviennent de cavités glandulaires distinctement reconnaissables, dont quelques-unes sont tapissées par une couche unique d'épithélium cylindrique. Ces cavités, par la prolifération des masses épithéliales, ont été transformées en cordons pleins. Les glandes normales sont bien conservées à la surface, on peut les suivre jusqu'au milieu du nodule cancéreux (Wyder).

est lâche, l'élément cellulaire prédominant et chargé de suc, la tumeur est dite *encéphaloïde* (fig. 182); si elle est dure et sèche, c'est un *squïrrhe*. Ce dernier constitue la plupart des cancers nodulaires (fig. 174).

Voies  
d'extension.

**Voies d'extension.** — A la période ultime de la maladie, les caractères propres à chaque forme s'effacent au milieu des énormes lésions auxquelles aboutit le cancer par son extension. Celle-ci se fait dans plusieurs directions: 1° le vagin, 2° le corps, 3° le tissu conjonctif pelvien et les ligaments larges, 4° les uretères et la vessie, 5° le rectum, 6° le péritoine, 7° les ganglions.

Vagin.

L'extension au vagin se fait, pour ainsi dire, d'emblée dans la forme

que j'ai appelée *liminaire*; elle est très rapide dans la forme papillaire; on peut voir l'épithélioma descendre alors jusque près de la vulve (fig. 180).

L'envahissement du corps paraît plus tardif dans la forme papillaire; mais il ne faut pas oublier que sa muqueuse peut alors subir, sinon une dégénérescence (Abel), tout au moins une prolifération inflammatoire intense qui la met en état d'*imminence morbide*, au point de vue de la propagation. Le corps est très vite atteint dans la forme cavitaire: il peut l'être d'emblée dans la forme nodulaire.

Parfois, quand on examine un corps envahi par le cancer du col, on voit une ligne de démarcation<sup>1</sup> très nette au niveau du tissu morbide, lors même que celui-ci n'a laissé au-dessus de lui qu'une courte calotte de parenchyme utérin.

Le tissu conjonctif pelvien peut être atteint par propagation venue des culs-de-sac vaginaux du col ou de l'utérus; l'organe est alors emprisonné dans une gangue, comme si une matière solidifiable avait été coulée autour de lui: les ligaments larges sont épaissis et raccourcis, ce

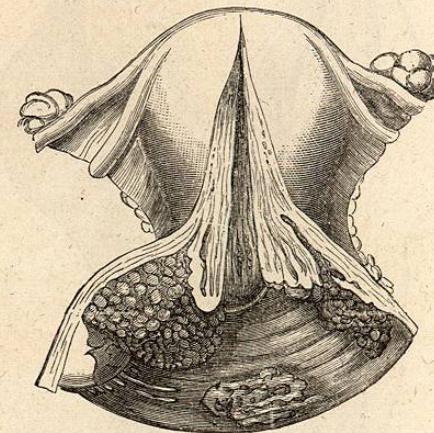


Fig. 180. — Épithélioma du col, forme papillaire, propagé au vagin.

qui les rend tout à fait inextensibles. Les vaisseaux et nerfs qui traversent le tissu cellulaire du petit bassin, et notamment les branches d'origine des nerfs sciatiques, peuvent aussi être atteints, d'où les œdèmes et les douleurs intolérables qu'on observe à la période ultime.

Les uretères, à cause de leur voisinage, sont très vite comprimés par le développement du cancer. En effet, au lieu de les refouler simplement, comme le fait un corps fibreux, la néoplasie maligne s'assimile, pour ainsi dire, les tissus de proche en proche. La paroi de ces conduits est rarement ulcérée et une fistule urétérale produite. Le plus souvent, c'est d'un rétrécissement qu'il s'agit: le calibre des uretères étant diminué, près de leur embouchure, ces canaux se distendent jusqu'aux bassinets par une accumulation constante d'urine, soumise à une haute pression.

<sup>1</sup> Sur un utérus que j'ai enlevé, par la voie vaginale, il y avait coexistence d'épithélioma cylindrique du corps et d'épithélioma pavimenteux du col; à l'œil nu on apercevait nettement une large bande de tissu sain qui séparait les deux néoplasies. CHARRIER. *Bull. Soc. anat.*, oct. 1890, p. 431.