

Broussais (1) et ses adhérents, parmi lesquels il faut citer Bouillaud (2) et Maurice Treille, ont naturellement fait de cette maladie une inflammation chronique. Andral (3) et Copland regardent le cancer comme le résultat d'une altération de nutrition et de sécrétion dont l'ulcération est la terminaison.

Samuel Cooper le considère comme une affection constitutionnelle tout à fait indépendante de la circulation locale.

Les recherches microscopiques modernes sont venues jeter une vive lumière sur la question du cancer. H. Lebert est d'avis que l'on peut reconnaître au microscope les tissus cancéreux qui sont caractérisés, dit-il, par une cellule spéciale, par des noyaux et des nucléoles. La cellule cancéreuse type est une petite sphère régulière, avec un noyau elliptique excentrique, occupant la moitié au plus de l'intérieur de la cellule et renfermant un ou plusieurs nucléoles. La forme des parois de la cellule varie beaucoup, elle peut être ovale, allongée, triangulaire, à angles aigus ou obtus, fusiforme ou pointue à ses deux extrémités. Lebert considère le cancer comme une substitution et non comme une transformation de tissus, et il a admis plusieurs variétés de cancers : l'encéphaloïde, le squirrheux, le gélatiniforme ou colloïde, l'hématode ou vasculaire et le mélanique. Les deux premières variétés sont les plus communes pour l'utérus.

D'un autre côté, H. Lebert (4) lui-même, qui a affirmé et défendu la spécificité de la cellule cancéreuse, est amené par les faits à dire que *la multiformité des cellules constitue leur caractère essentiel*, et qu'enfin il peut y avoir des cellules sans paroi cellulaire, et dont les noyaux ne contiennent qu'*exceptionnellement* des nucléoles caractéristiques (cancer nucléaire).

Jones et Sieveking (5) ne sont pas du même avis que Lebert, quant aux caractères distinctifs de la cellule cancéreuse. Ils admettent que, comme structure, la cellule cancéreuse est formée par un blastème ou substance basique dont le développement fibrillaire est plus ou moins avancé et dans laquelle on trouve diverses formes de cellules.

En France et en Allemagne, un grand nombre de micrographes n'ont pas accepté la doctrine de Lebert, parmi eux nous devons citer Robin (6), Cornil (7) et Virchow (8).

Virchow pense que toutes les tumeurs cancéreuses sans exception

(1) Broussais, *Examen des doctrines médicales*. Paris, 1834, t. V, p. 25.

(2) Bouillaud, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, art. CANCER. Paris, 1830, t. IV.

(3) Andral, *Précis d'Anatomie pathologique*. Paris, 1829, t. I, p. 501. — *Clinique médicale*, t. V.

(4) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique, Traité des maladies cancéreuses*. Paris, 1800.

(5) Jones et Sieveking, *Pathological anatomy*, p. 184.

(6) Robin, *Dictionnaire de méd.*, XIII<sup>e</sup> édition. Paris, 1873.

(7) Cornil, *Du cancer (Mémoires de l'Académie de médecine)*. Paris, 1865-66, p. 301.

(8) Virchow, *Pathologie cellulaire*. Paris, 1868.

peuvent se rattacher, au moins par la nature de leurs éléments, aux types qu'on rencontre normalement dans l'organisme, et que les cellules cancéreuses n'ont rien de spécifique. Pour Virchow, la tumeur cancéreuse, que l'on ait affaire à un squirrhe ou à un encéphaloïde, est formée d'un tissu dans lequel se rencontre une trame de tissu conjonctif de nouvelle formation, circonscrivant des alvéoles, qui contiennent un suc crémeux, tenant en suspension des cellules, qui se rattachent au type épithélial.

Quant au cancroïde, il diffère, suivant lui, du carcinome par l'absence de la trame de nouvelle formation, et en ce que les cellules sont infiltrées dans les tissus de la partie malade.

M. Robin reconnaît comme Virchow la nature épithéliale des éléments qu'on a appelés cellules cancéreuses, et, prenant pour base unique de sa classification ce caractère anatomique, il n'établit pas de distinction entre le cancroïde et le carcinome, et il englobe, dans une même étude, l'encéphaloïde, le squirrhe, le cancroïde, qu'il décrit sous le nom collectif d'épithéliome.

MM. Cornil et Ranvier (1) établissent une distinction tranchée entre le carcinome, qui comprend le squirrhe et l'encéphaloïde, et l'épithéliome.

Si cette distinction peut être faite au point de vue anatomique, il ne saurait en être de même au point de vue clinique, et l'on doit comprendre, sous le nom de cancer, non seulement le carcinome représenté par le squirrhe, l'encéphaloïde, le colloïde, mais aussi le cancroïde.

On doit aujourd'hui diviser le cancer de l'utérus en *cancer vrai*, qui comprend le squirrhe, l'encéphaloïde, le cancer colloïde, et en *cancroïde*, qui comprend le cancroïde végétant et le cancroïde ulcéreux ou ulcère rongéant.

## ARTICLE PREMIER

### CANCER VRAI DE L'UTÉRUS

Le cancer vrai que nous décrirons tout d'abord comprend trois variétés principales : 1<sup>o</sup> le squirrhe ; 2<sup>o</sup> l'encéphaloïde ; 3<sup>o</sup> le colloïde.

#### § I. — Fréquence.

Cette affection est très fréquente (2), on en a cependant exagéré la

(1) Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique*. Paris, 1869.

(2) M. S. Tanchou, *Recherches statistiques sur les maladies des femmes*, in *Journal des connaissances médicales*, novembre 1836, n<sup>o</sup> 2, a publié les résultats de ses recherches sur la fréquence du cancer. Les sources auxquelles il a puisé sont les registres

fréquence, et souvent on se hâte trop de regarder comme cancéreuses des ulcérations plus ou moins végétantes.

*Age.* — Le cancer attaque rarement les jeunes femmes, il y en a cependant des exemples. Il est plus commun vers l'âge critique, soit avant, soit aussitôt après la suppression des règles.

Dionis (1) rapporte que sur 20 cas observés par lui, il y en avait 15 entre quarante et quarante-cinq ans.

Sur 409 cas de cancer de l'utérus qui ont été réunis par Boivin et Dugès, il y en avait :

Au-dessous de 20 ans.....	12 cas.	De 45 à 50 ans.....	95 cas.
De 20 à 30.....	83	De 50 à 60.....	7
De 30 à 40.....	102	De 60 à 71.....	4
De 40 à 45.....	106		

Selon J. C. Lever (2), le maximum de fréquence serait d'abord de 40 à 50 ans, puis de 50 à 60, puis de 30 à 40, puis de 25 à 30, puis de 60 à 70.

Carmichael (3) cite l'exemple d'une jeune fille qui mourut d'un cancer utérin à vingt et un ans.

Wigand a rencontré un squirrhe de l'utérus chez une jeune fille de quatorze ans. Nous avons vu nous-mêmes un cas de mort par un cancer utérin chez une jeune femme qui n'avait pas vingt-cinq ans.

Lebert a indiqué les âges des malades dans 50 cas différents :

5 malades avaient de 25 à 30 ans.	3 malades avaient de 50 à 55 ans.
5 ..... de 30 à 35	5 ..... de 55 à 60
9 ..... de 35 à 40	3 ..... de 60 à 65
8 ..... de 40 à 45	3 ..... de 65 à 70
8 ..... de 45 à 50	1 ..... de 70 à 80

*Grossesse.* — On a dit que les filles vierges ou les femmes qui n'avaient pas eu d'enfants étaient plus exposées que les autres au cancer de la matrice. Ce fait paraît douteux; il n'est pas du moins en accord avec les recherches de Lebert (4).

mortuaires de Paris et de la banlieue, et il trouve que, en 1830, il y a eu 351 cas de mort par maladies des organes génitaux, dont 183 cas de cancer de l'utérus.

En 1831.....	379 morts par même cause,	246 par cancer.
1832.....	396	230
1833.....	498	250
1834.....	436	304
1835.....	508	285

(1) Dionis, *Cours d'opérations de chirurgie*, Paris, 1782.

(2) Lever, *Statistical Notices of one hundred and twenty cases of carcinoma uteri* (*Medico-chir. Transactions*, London, 1839, t. XIII, ou 2<sup>e</sup> série, t. IV, p. 267, et *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1840, t. VII, p. 244).

(3) Carmichael, *Essay on the origin and nature of tubercular and cancerous diseases*.

(4) Comparez Scanzoni, *Traité des maladies des organes sexuels*, Paris, 1858, p. 245 — West, *Lect. on the Diseases of women*, 2<sup>e</sup> édition, p. 370. — Sibley, *Méd. chir.*

Sur 37 femmes, 3 n'avaient pas eu d'enfants.

5 en avaient eu.....	1	1 en avait eu.....	7
7 .....	2	1 .....	8
4 .....	3	1 .....	9
4 .....	4	1 .....	11
2 .....	5	1 .....	13
4 .....	6		

*Tempérament.* — Les femmes lymphatiques semblent plus exposées que les autres. Sur 44 malades atteintes de cancer, Breschet et Ferrus (1) ont constaté 33 fois la coïncidence d'une constitution lymphatique.

## § II. — Causes.

On ne peut mettre en doute que la maladie ne soit héréditaire. Sans cesse on voit des exemples de mères et de filles qui succombent à des lésions semblables (2). Cependant, tout en acceptant la transmission évidente de la diathèse cancéreuse, on ne peut prévoir quel sera l'organe frappé.

Il est encore très sûr que les cancers se développent beaucoup plus souvent à l'époque de la ménopause qu'à tout autre moment; les modifications anatomiques aussi bien que la facilité aux hémorrhagies qui se produisent alors, sont des conditions évidemment favorables au développement du cancer.

Les inquiétudes, les passions déprimantes, la mauvaise nourriture, l'épuisement par excès de travail, l'habitation dans des lieux malsains, tout cela rentre encore dans les causes prédisposantes. Leake (3) a mentionné les violences extérieures comme pouvant donner lieu au cancer, mais cette assertion est douteuse. Les violences exercées sur l'utérus même ont été signalées comme cause productrice, et cela avec beaucoup plus de probabilités. Mais encore, contre cette donnée, il y a un fait sans réplique, c'est que la maladie attaque les vierges et les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, et qu'elle se rencontre aussi bien à un âge où ces organes ont ordinairement cessé d'être exposés à aucune violence. Quelques auteurs français ont pensé que la maladie pouvait bien avoir sa source dans un principe syphilitique constitutionnel. C'est l'opinion de Lisfranc (4), de Boivin et Dugès. Mais ce fait n'est pas

*Trans.*, t. XLIII. — T. H. Tanner, *A Clinical Report on cancer of the female sexual organs*. London, 1863.

(1) Breschet et Ferrus, *Dictionnaire de médecine en 21 volumes*, art. CANCER.

(2) Voyez Portal, *Considérations sur la nature des maladies de famille*. Paris, 1814, p. 90. — Rouzet, *Recherches et observations sur le cancer*. Paris, 1818, p. 312. — Lisfranc, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, février 1834, t. V, p. 86. — Lafond, *Thèse*, 1856. — Paget, *On the hereditary transmission of tendencies to cancerous Tumours* (*Medical Times*, 22 août 1857).

(3) Leake, *On Diseases of women*, vol. I, p. 111.

(4) Lisfranc, *Maladies de l'utérus*, Paris, 1836.

du tout établi. Parent-Duchatelet (1) et Vidal (de Cassis) prétendent n'avoir jamais pu trouver un rapport, même éloigné, entre le cancer et la syphilis.

### § III. — Anatomie pathologique.

Le cancer vrai est une tumeur formée par une trame de tissu conjonctif, circonscrivant des alvéoles plus ou moins remplies de cellules, qui se présentent avec des formes variées. L'abondance du tissu conjonctif varie considérablement; d'où l'aspect différent des diverses tumeurs cancéreuses. Quand le tissu conjonctif est abondant et que les cellules sont en petit nombre, le tissu est dur, criant sous le scalpel, mat ou grisâtre; il porte le nom de *squirrhe*. Quand au contraire les cellules sont nombreuses, les vaisseaux plus développés, et le tissu cellulaire moins abondant, la tumeur, qui prend le nom d'*encéphaloïde*, est de couleur blanchâtre ou rosée, de consistance caséuse, et ressemble à la substance cérébrale.

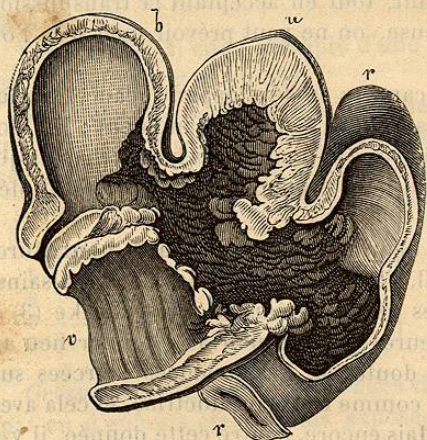


Fig. 145. — Cancer du col étendu à la vessie et au rectum et à la partie supérieure du vagin (\*).

Telles sont les deux formes qui se rencontrent le plus communément; mais quelquefois le tissu s'infiltré d'une matière amorphe, semi-transparente, qui le fait ressembler à une gelée, d'où le nom de cancer colloïde qui est alors donné à la tumeur.

Les caractères précédents sont ceux que l'on rencontre dans une première période de la maladie, ou *période d'induration*, alors que la tumeur n'a pas encore fait de grands progrès et ne s'est point encore ulcérée; mais il est rare qu'on ait l'occasion d'observer cette période; la mort n'arrivant en général que plus tard, quand la tumeur s'est ramollie et ulcérée et quand les tissus voisins ont été envahis et plus ou moins détruits.

Dans cette seconde période de la maladie que l'on pourrait appeler *période d'ulcération*, la surface de la tumeur est ulcérée, les bords de

(1) Parent-Duchatelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3<sup>e</sup> édition. Paris, 1857, t. I, p. 237.

(\*) Communication établie par l'ulcération entre le vagin, la vessie et le rectum: u, utérus; v, vagin; r, rectum; b, vessie (COURTY).

l'ulcération sont décollés, végétants, irréguliers. Le fond de l'ulcère est fongueux, grisâtre, et constitué par des débris provenant du tissu dégénéré. Le tissu sous-jacent est mou dans certains points, dur dans d'autres et saigne au moindre contact. A cette période il est difficile de distinguer à quelle variété l'on a affaire, le squirrhe et l'encéphaloïde se confondant alors. C'est dans cette seconde période de la maladie que les tissus voisins sont envahis, tout d'abord les insertions vaginales, puis le tissu cellulaire péri-utérin sont infiltrés par la matière cancéreuse; plus tard, l'ulcération envahissant toujours, la destruction des parties devient plus considérable. Il n'est pas rare alors de voir la vessie et le rectum participer à la dégénérescence; d'où résulte la perforation de ces cavités et l'écoulement des matières contenues dans ces organes; il se forme alors, dans le petit bassin, un vaste cloaque qui communique d'une part avec l'utérus, et d'autre part avec la vessie et le rectum (fig. 145).

La maladie débute ordinairement par le col de l'utérus, mais elle envahit assez rapidement le corps de l'organe, qui est rarement primitivement atteint.

Les ganglions lymphatiques du bassin et ceux de l'aîne sont volumineux, durs et infiltrés de matière cancéreuse.

### § IV. — Symptômes.

Les symptômes peuvent être divisés en :

1<sup>o</sup> *Symptômes mécaniques*, c'est-à-dire ceux qui tiennent à la présence même de la tumeur;

2<sup>o</sup> *Symptômes physiologiques*, ou ceux qui tiennent à la perturbation des fonctions de l'organe; et enfin en :

3<sup>o</sup> *Symptômes pathologiques*, c'est-à-dire ceux qui se rapportent à la structure morbide de la tumeur, à l'action produite par la maladie sur l'organe lui-même et sur les régions voisines.

Les deux premières espèces de symptômes appartiennent à la période d'induration; les trois espèces de symptômes, mais principalement la troisième, se retrouvent dans la période d'ulcération. Les symptômes mécaniques prédominent aussi longtemps que le cancer forme une tumeur distincte.

Nous étudierons à part les deux périodes de la maladie.

I. *Période d'induration*. — Les symptômes sont au début fort peu accusés et n'entraînent même aucun phénomène pathologique, en sorte qu'assez généralement la maladie est fort avancée avant qu'on en ait découvert la véritable nature. Très souvent, de l'irrégularité dans la menstruation, une hémorrhagie accidentelle en sont les premières manifestations; dans beaucoup de cas la menstruation reste régulière, dans d'autres elle cesse spontanément. La malade éprouve du malaise,

soit qu'elle marche, soit qu'elle reste debout; elle accuse sur le périnée une sensation de pesanteur, comme si la matrice tendait à tomber en prolapsus. Quelquefois c'est une gêne que l'on éprouve en se couchant d'un côté ou de l'autre. A mesure que la tumeur augmente, les symptômes mécaniques augmentent, en même temps la pesanteur sur le fondement devient insupportable et fait supposer à la malade qu'elle est atteinte d'hémorroïdes; la pression de la matrice sur la vessie donne lieu à des envies continuelles d'uriner, mais rarement à

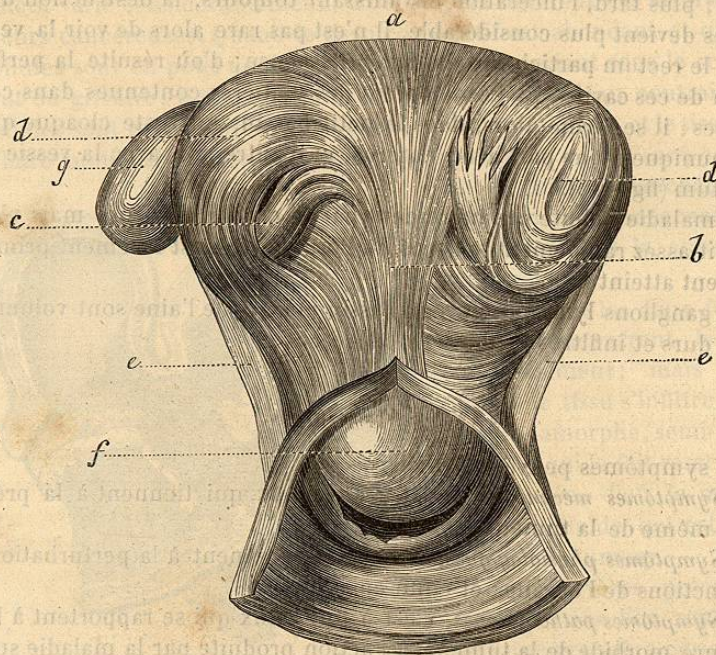


Fig. 146. — Tuméfaction squirrheuse de la lèvre postérieure du museau de tanche à la suite d'un avortement (\*).

de la dysurie. Souvent il se fait par la vessie un écoulement muqueux. La pesanteur de l'utérus hypertrophié fait que l'organe descend dans le bassin au-dessous du niveau normal; jusque-là, cependant, il n'y a que peu de douleurs. La malade éprouve bien sans doute de temps en temps quelques douleurs lancinantes dans le bassin; mais, tant que l'ulcération ne s'est pas produite, ces élancements sont rares. L'écoulement vaginal est à peine augmenté tant que la membrane muqueuse utérine ne participe pas à la maladie, mais plus tard il survient des pertes qui n'ont rien de commun avec l'écoulement fétide et âcre qui a lieu quand les surfaces sont ulcérées. De temps en temps ces pertes

(\*) a, fond de l'utérus; b, disposition palmées des fibres utérines pendant la grossesse; c, trompes; d, ovaires; e, lèvre postérieure; f, tumeur hydatiforme. (Boivin et Ducès, Atlas, pl. XXIII, fig. 1.)

sont mélangées de stries sanguinolentes, et cela dans l'intervalle de deux époques. Si la tuméfaction de l'utérus est très considérable, les jambes peuvent devenir œdémateuses et la tumeur peut être sentie par l'hypogastre.

A l'examen vaginal, on découvre de suite à quelle période on en est de la maladie. Le plus ordinairement on trouve l'utérus affecté dans toutes ses parties. Le col et tout ce que l'on peut sentir du corps est tuméfié et induré; les bords du museau de tanche, au lieu d'être souples, présentent une, deux ou trois encoches profondes, sans ulcération à la surface (fig. 146). L'orifice utérin est plus entr'ouvert que de coutume, mais les lèvres sont rigides et,

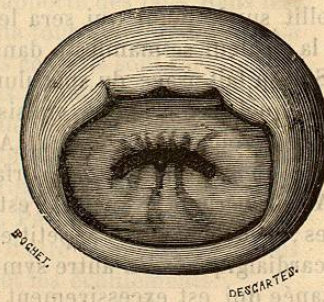


Fig. 147. — Museau de tanche squirrheux (\*).

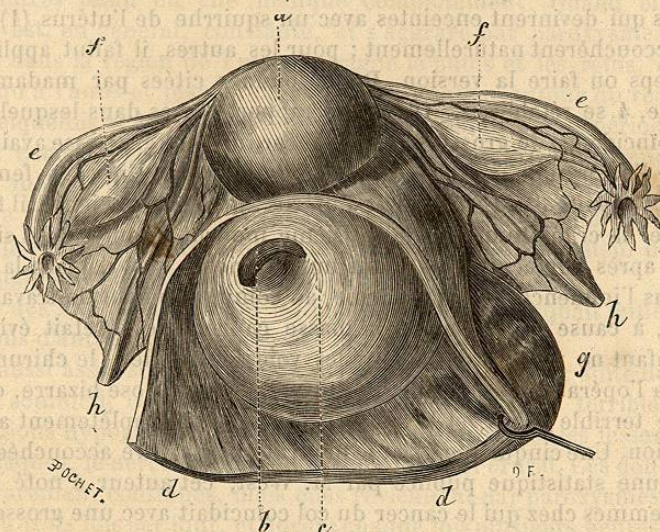


Fig. 148. — Dégénérescence squirrheuse de la lèvre antérieure du museau de tanche. — Hypertrophie énorme. — Utérus vu par la paroi postérieure (\*\*).

vers la fin de la première période, le col devient douloureux au toucher; c'est à cette époque que l'on voit la maladie s'étendre à tous les organes pelviens. Jusqu'alors, la lésion est encore limitée à l'utérus qui, par conséquent, est aussi mobile que son volume peut le permettre (fig. 147). A mesure que les dépôts morbides augmentent, cette

(\*) Orifice largement ouvert, bords minces, durs, découpés. (Boivin et Ducès, Atlas, pl. XXIII, fig. 2.)  
(\*\*) a, corps de l'utérus très hypertrophié; b, lèvre postérieure; c, lèvre antérieure; d, vagin très développé; e, e, trompes de Fallope; f, f, ovaires; g, portion de la vessie; h, h, ligament rond. (Boivin et Ducès, pl. XXI.)

mobilité va en diminuant et jusqu'à la seconde période pendant laquelle l'utérus devient tout à fait fixe (fig. 148). Il faut aussi mentionner qu'au moment où l'ulcération va se produire, l'organe tuméfié se ramollit sur le point qui sera le premier attaqué, et en même temps de la douleur se manifeste dans cette région.

Si l'on fait usage du spéculum, le col apparaît tuméfié, tendu, luisant, quelquefois d'une consistance spongieuse et d'une coloration marbrée rouge ou brunâtre. A la pression, il se produit quelquefois un écoulement de toute la surface de ce col.

A une période avancée, l'estomac ressent des troubles sympathiques ; la malade perd l'appétit et accuse des phénomènes dyspeptiques et cardialgiques. Un autre symptôme très ordinaire est une éruption cutanée qui est excessivement désagréable : généralement c'est de l'urticaire. Sir Clarke l'attribue à la présence d'un acide dans l'estomac.

Il est fort remarquable qu'une maladie aussi grave n'empêche pas absolument la conception. Les auteurs ont cité un certain nombre de femmes qui devinrent enceintes avec un squirrhe de l'utérus (1). Les unes accouchèrent naturellement ; pour les autres, il fallut appliquer le forceps ou faire la version. Des 7 femmes citées par madame La Chapelle, 4 se rétablirent. Oldham a rapporté 5 cas dans lesquels il y avait coïncidence de grossesse et de cancer, mais la grossesse avait-elle précédé l'ulcération, c'est ce que l'on ne sait pas. Une des femmes mourut par suite de la rupture de l'utérus ; pour la deuxième, il fallut pratiquer la craniotomie ; et la troisième mourut d'épuisement six semaines après être accouchée. Dans un quatrième cas, il plaça la malade sous l'influence du chloroforme, au commencement du travail, et comme, à cause du volume de la masse cancéreuse, il était évident que l'enfant ne pourrait sortir par les voies naturelles, le chirurgien pratiqua l'opération césarienne, et sauva l'enfant. Chose bizarre, cette blessure terrible guérit, et la malade se rétablit complètement après l'opération. Une cinquième malade mourut avant d'être accouchée (2).

Dans une statistique publiée par M. West, cet auteur a noté que, sur 75 femmes chez qui le cancer du col coïncidait avec une grossesse, 41 ont succombé aussitôt après l'accouchement, et que, sur 72 enfants, 47 sont morts pendant le travail.

II. *Période d'ulcération.* — Combien de temps la première période peut-elle durer ? c'est ce qu'il est impossible de déterminer. Chez quelques malades, cette période peut durer des années ; chez d'autres, elle

(1) Zeppenfeld, *Diss. sistens casum carcinomatis uteri cum graviditate conjuncti*. Berolini, 1828. — J. Siebold, *De scirrho et carcinomate uteri, adjectis tribus totius uteri extirpationis observationibus*. Berolini, 1826. — Madame La Chapelle, *Pratique des accouchements*, vol. III, p. 368-31. — *Lancette française*, décembre 1836. — Lambreis, *American Journ. of Med. science*, vol. V, p. 233.

(2) Oldham, *Guy's Hospital Reports*, vol. VII, part. II, p. 426.

est beaucoup plus courte. Cette différence tient sans doute à la constitution des malades et à certaines causes qui ont déjà été énumérées. Montgomery et Simpson ont tous les deux rapporté des faits dans lesquels il y avait eu une singulière absence de tout symptôme jusqu'à une période très avancée de la maladie ; mais ces faits sont rares. Nous avons vu nous-même une malade qui, depuis le début de la maladie jusqu'à sa mort, n'avait éprouvé aucune douleur (1).

Le changement pathologique qui se produit dans la tumeur au moment de l'ulcération n'a rien de plus remarquable que l'aggravation généralement observée dans les symptômes. Parmi les accidents nouveaux qui se développent, ceux qui méritent d'être étudiés avec le plus de soin sont : la douleur, les hémorrhagies et les écoulements.

1° *Douleur.* — Le caractère spécial de cette douleur, qui est toujours vive, est d'être lancinante comme le serait une douleur produite par des coups de canif. Il y a des cas, cependant, où cette douleur devient brûlante, d'autres où elle n'est ni lancinante ni même bien accusée, d'autres enfin où elle manque complètement. Quand elle existe, elle est, en général, constante, et s'aggrave par paroxysmes ; elle débute dans la région de l'utérus, gagne le pubis et les reins, et s'étend jusqu'à l'anus et jusqu'aux cuisses. La douleur autour du rectum est quelquefois si limitée qu'on voit des malades, à une période avancée du cancer, venir consulter croyant être atteintes d'hémorrhoides. A mesure que la maladie fait des progrès, cette sensation douloureuse augmente autour du rectum, et quelquefois elle est le symptôme prédominant vers la fin de la vie. En général, la chaleur du lit paraît augmenter l'intensité des douleurs.

On a cité des cas dans lesquels la douleur utérine manquait entièrement ; dans d'autres, il n'y a que des douleurs réflexes.

Il arrive aussi assez souvent que les malades s'épuisent par suite du manque de sommeil, ce qui tient à l'existence de douleurs terribles dans les régions hypogastrique ou sacrée ou dans les reins, les fesses, les fosses iliaques, le nerf sciatique ou le long du nerf crural. Ces douleurs sont rarement continues, mais elles reviennent par paroxysmes, une, deux ou trois fois par jour, et durent chaque fois plusieurs heures. Ces douleurs sont quelquefois si aiguës, suivant Bayle et Cayol, qu'on a vu des femmes mourir dans les convulsions ou dans le délire, au milieu d'une fièvre cérébrale (2).

2° *Hémorrhagies.* — Cet accident survient peu de temps après le dé-

(1) Montgomery donne comme un signe de cancer utérin au début l'aspect qu'offrent à cette période les glandules (œufs de Naboth). Le produit morbide semble s'y être déposé : il en a augmenté le volume et la consistance : le col utérin paraît comme incrusté de grains de sable.

(2) Bayle et Cayol, *Dict. des sciences médicales*, Paris, 1812, art. CANCER. — Voyez aussi Boivin et Dugès, *Traité pratique des malad. de l'utérus*. Paris, 1813, t. II, p. 14. Montgomery, *Dublin Hospital Reports*, janv. 1842, vol. V, case 4.

but de l'ulcération, souvent même il la précède, et c'est le premier phénomène qui fasse naître de l'inquiétude dans l'esprit des malades. Lebert dit que l'hémorrhagie est souvent le premier symptôme du cancer; 28 fois sur 40, il l'a vue exister dès le début. Souvent on prend ces hémorrhagies pour un retour des règles chez les femmes qui, depuis plusieurs années, n'avaient plus été réglées, et nous avons vu ces cas être traités comme des métrorrhagies ordinaires. Nous mentionnons ce fait pour démontrer la nécessité absolue de faire un examen vaginal toutes les fois que le sang reparait ainsi par le vagin, avant d'adopter aucun mode de traitement. La quantité de sang perdu varie beaucoup suivant les personnes, parfois elle est très considérable. Le nombre des hémorrhagies successives est aussi variable; un fait que l'on a noté presque toujours, c'est que les hémorrhagies abondantes correspondent à une période peu avancée de l'ulcération, et que plus tard, à chaque nouvelle hémorrhagie la quantité de sang diminue et les intervalles augmentent. Après chaque perte de sang, les douleurs sont moins vives pour un moment, et les progrès de l'ulcération paraissent être arrêtés; si quelque amélioration était ainsi apportée à l'état de la malade, elle serait plus que contre-balancée par l'état de faiblesse dans lequel ces hémorrhagies la jettent.

3° *Écoulement.* — Jusqu'au moment où débute l'ulcération, le caractère de l'écoulement ne diffère pas de celui d'une sécrétion vaginale ordinaire; il est seulement plus abondant. Mais, dès que la destruction organique commence, il se produit un changement complet. La sécrétion devient d'une fétidité presque insupportable, au point d'être, pour la malade, la cause d'une gêne extrême. Elle entraîne encore de nouveaux ennuis en privant la malade des soins affectueux qui sont une si grande consolation. La coloration de l'écoulement varie depuis une teinte d'un blanc sale jusqu'à un brun foncé verdâtre ou tout à fait noir. De temps en temps il se mêle à l'écoulement une petite quantité de sang; le plus généralement c'est un liquide épais et sanieux sécrété en grande abondance et qui renferme des flocons de lymphe ou de fibrine coagulée. Cet écoulement est plus ou moins âcre et peut excorier les grandes lèvres, l'orifice du vagin, l'anus même et quelquefois le haut des cuisses. De là des démangeaisons incessantes à la vulve et par suite une aggravation dans la position de la malade. Par suite de la même cause, la vulve devient œdémateuse, se tuméfie ou présente une rougeur érysipélateuse.

Après que la maladie a persisté pendant un temps, des douleurs sympathiques se produisent dans la vessie; les urines laissent déposer un enduit muqueux, il y a de la dysurie, ce qui tient à l'épaississement de l'urètre et du méat urinaire; la difficulté devient quelquefois si grande qu'il faut recourir au cathétérisme, opération qui exige de la part du médecin une grande délicatesse. A une période plus avancée, l'ulcéra-

tion gagne soit la vessie, soit le rectum, rarement les deux organes à la fois. Pendant les quelques jours qui précèdent la perforation de la vessie, il se produit une rétention d'urine plus ou moins complète, les uretères se dilatent et à l'autopsie on les trouve minces, distendus et diaphanes. L'urètre devenu inutile diminue de calibre une fois que la vessie est perforée. La vessie paraît être plus souvent atteinte que le rectum, ce qui tient à ce qu'elle est plus voisine de l'utérus, et à ce qu'il y a moins de tissu cellulaire interposé entre les deux organes. La sortie des matières contenues dans l'un ou l'autre des organes perforés devient pour les parties déjà irritées la source d'une nouvelle irritation, et pour la malade comme pour ceux qui l'entourent, une nouvelle cause de misères. La sortie involontaire de l'urine est peut-être l'accident le plus triste; le liquide coule sans cesse sur les cuisses et les fesses et donne lieu à des excoriations et à des ulcérations de ces régions.

Avant que les parois utérines soient détruites, la malade souffre de grandes douleurs pour aller à la garde-robe; douleurs qui sont en partie dues à la pression exercée par les organes abdominaux sur la tumeur, et en partie aussi à la pression des fèces pendant leur passage à travers le rectum.

Le résultat que l'on obtient par l'examen vaginal varie suivant l'époque à laquelle on le pratique. On trouve une masse dure, irrégulière, immobile au milieu du bassin, et à peu près au centre de cette humeur un orifice qui est l'ouverture de l'utérus. Cet orifice est plus entr'ouvert qu'à l'état normal et ses bords sont durs et épaissis. L'ulcération s'aperçoit facilement, elle peut détruire complètement tout le col (fig. 149), ou bien seulement l'une des lèvres, et en même temps la vessie ou le rectum. La surface ulcérée est rude, inégale, sensible à la pression, et, si on la touche avec le doigt, on le retire couvert d'une

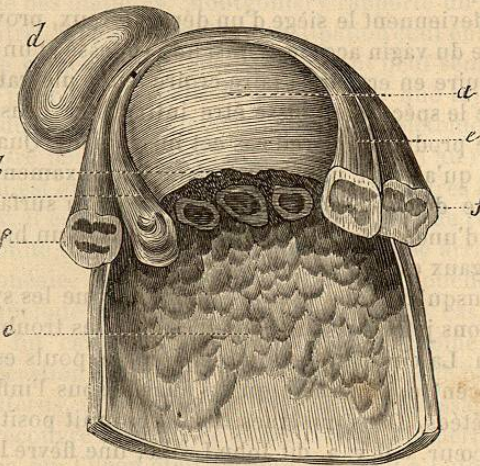


Fig. 149. — Dégénérescence cancéreuse de l'utérus. — Destruction totale du col, d'une portion des trompes et des ovaires (\*).

(\*) a, corps de l'utérus sans trace de cavité ni d'orifice; b, portion ulcérée; c, concrétions mélangées de gris sale et de jaune à la surface du vagin; d, tumeur graisseuse; e, ligaments des ovaires ulcérés; f, trompes également ulcérées. (BOVIN et DUGÈS, Atlas, pl. XXX, fig. 2.)