

voir se plier dans tous les sens. L'instrument est introduit et appliqué sur la cloison recto-vaginale; l'anneau de la chaîne dans lequel on fait passer la tumeur est poussé avec les doigts jusque sur le pédicule.

A ce moment on met l'instrument en jeu et on opère la section. Ce procédé offre des avantages sérieux dans le cas dont il s'agit; outre qu'il met à l'abri de l'hémorrhagie, il dispense d'abaisser l'utérus et en débarrassant promptement la malade, lui évite tous les inconvénients qui peuvent résulter pour elle du séjour dans le vagin d'un corps en putréfaction. M. Chassaignac cite quatre opérations couronnées de succès qui lui sont personnelles, et dans lesquelles la section du pédicule a eu lieu en cinq minutes.

SECTION III.

DU CANCER DE L'UTÉRUS.

Le cancer de l'utérus, malgré sa grande fréquence, n'est pas une maladie dont l'histoire soit connue depuis bien longtemps. Confondue pendant de longues années avec les autres affections de l'utérus, et comprise avec elles sous la vague dénomination d'*engorgement*, on peut s'assurer, par la lecture des ouvrages publiés il y a vingt-cinq ans, qu'à l'époque de Récamier et de Lisfranc, le diagnostic du cancer de l'utérus était loin d'être arrivé à sa perfection, et que probablement on confondait bien souvent les diverses variétés d'inflammation chronique du col et du corps de cet organe avec cette lésion organique. C'est aux travaux des anatomo-pathologistes, qui ont marqué le commencement de la période scientifique au milieu de laquelle nous vivons, et notamment à ceux de MM. Andral, Cruveilhier, Louis, etc., etc., que l'on doit la connaissance bien positive des lésions anatomiques du cancer, appréciables à l'œil nu. Aussi, est-ce à partir de cette époque seulement que l'on commença à bien définir le véritable cancer de l'utérus, et à le séparer des lésions qu'on avait pu confondre avec lui.

Plus tard, il y a dix ans à peine, l'introduction des recherches

microscopiques fit penser que l'histoire du cancer en général avait fait un pas immense, et que le cancer de l'utérus en avait sa part. Les recherches de Vogel, Henle, et bien d'autres en Allemagne, celles de M. Lebert (1) et de ses nombreux élèves en France, proclamèrent l'existence d'une cellule cancéreuse, élément essentiel et spécifique du cancer et qui seule devait le caractériser. Dès lors, le diagnostic du cancer, celui de l'utérus en particulier, était considérablement simplifié. Tout se réduisait à cette simple question : *reconnaître et retrouver la cellule cancéreuse* dans la lésion organique.

Il y avait bien une petite ombre au tableau. A côté du véritable cancer il y avait le *cancroïde*, fort analogue sous beaucoup de rapports au cancer, mais qui présentait, au lieu de la cellule cancéreuse vraie, de simples cellules épithéliales, tantôt intactes, tantôt plus ou moins modifiées.

Tout marchait donc pour le mieux, on avait distingué pour le cancer de l'utérus comme pour les autres cancers un cancer vrai et un cancroïde, lorsque de l'Allemagne, d'où nous était venue la cellule cancéreuse, surgit la réaction. Quelques-uns des inventeurs mêmes de cette cellule, mais surtout Bennett en Angleterre, Vogel et Virchow en Allemagne, vinrent mettre en doute son existence et émettre l'opinion qu'elle pouvait bien n'être qu'une cellule épithéliale, quelquefois saine mais souvent aussi modifiée.

Les propagateurs de la cellule cancéreuse en France firent un peu la sourde oreille, mais il y avait des micrographes habiles qui veillaient, d'anciens athlètes, comme M. Mandl, un des vétérans actuels de la micrographie; de plus jeunes et de plus ardents comme M. Luys, interne distingué des hôpitaux, et quelques autres encore, qui étudièrent avec soin la question. L'opposition grandit donc, et maintenant on est plutôt occupé à démolir la cellule cancéreuse qu'à la constituer. On veut

(1) Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses*, 1851, 1 vol. in-8. — *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, 1857, t. I, in-fol., avec 94 pl., p. 272.

démontrer que ses éléments histologiques ne sont autres que les éléments histologiques normaux quelquefois sains, mais plus souvent modifiés, et qu'elle ne présente absolument rien de spécifique (1).

(1) Bien que cette question sorte un peu de mon sujet, je veux cependant transcrire ici une note de M. le docteur Luys, qu'il a bien voulu me remettre. Cette note est extraite d'un mémoire qui a obtenu une récompense de l'Académie de médecine. Elle est destinée à démontrer que la cellule cancéreuse n'existe pas, et que ce qu'on a décrit comme tel, n'est autre chose que la cellule épithéliale entière ou modifiée.

« Les auteurs ont tous à peu près défini ainsi les éléments cancéreux :

Un élément sans analogue dans l'économie, caractérisé par :

1° De grandes cellules, soit en raquettes, soit fusiformes, soit excavées, soit concentriques.

2° Des noyaux ovoïdes, quelquefois sphériques, de formes et de volumes moins variables que pour les cellules, de 0^{mm},012 en diamètre pour les plus petites, et pouvant aller jusqu'à 0^{mm},015 et 0^{mm},018.

3° D'un nucléole volumineux, double, souvent avec une coloration jaune brillant.

4° On y trouve aussi souvent des granulations moléculaires, sorte de blastème qui relie entre eux tous les éléments, et des granulations graisseuses en quantité assez notable pour qu'elle aient été appelées, par M. Lebert, *élément gras du cancer*; quelquefois elles sont accompagnées de courtes aiguilles ou bâtonnets de stéarine cristallisée.

Ces caractères sont-ils spécifiques et permettent-ils de classer et de délimiter le tissu cancéreux? Sont-ils la caractéristique qui fait que tel tissu qui renferme de ces éléments est dit cancéreux, et tel autre qui n'en contient pas est rejeté de cette classification? Nous ne le pensons pas, et voici pourquoi :

Remarquons d'abord ce fait, c'est qu'à mesure qu'on a plus étudié ces prétendus éléments sans pareils, on a reculé de plus en plus leur signe pathognomonique.

1° D'abord, a-t-on dit, c'est la *masse de la cellule* qui, par l'étendue de ses diamètres et l'irrégularité de ses contours, peut seule servir au diagnostic.

Il suffit d'avoir vu quelques cellules épithéliales pour être convaincu des variétés qu'elles présentent dans leurs formes; qu'on examine, en outre, quelques gouttes de ce liquide blanchâtre, puriforme, qu'à l'état normal on trouve toujours dans les bassinets et les urètres, on y rencontrera toutes les variétés possibles de formes des cellules, il y en a d'arrondies, de fusiformes, de caudiformes, il y a même des plaques à noyaux multiples.

2° Forcée d'abandonner la spécificité de formes pour la masse de la cellule, l'école de M. Lebert s'est réfugiée sur les *noyaux*. C'est là, ont-ils dit, que l'on trouvait

J'avais besoin de faire connaître l'état de la question pour qu'on pût bien comprendre l'histoire anatomo-pathologique que je vais donner du cancer de l'utérus. Imbu, je l'avoue, des idées

l'élément spécifique, le signe pathognomonique du cancer. Ils ont donné des diamètres, décrit des apparences de forme *tout à fait spéciale*, etc., etc.

Nous répéterons pour les noyaux ce que nous avons dit pour les cellules : l'examen du liquide de l'uretère nous a fait voir des noyaux de toutes les apparences; il y en a de petits, d'isolés, d'agglomérés, portant un ou plusieurs *nucléoles*, en un mot on peut suivre une série de développements, depuis le noyau épithélial dans toute sa simplicité, jusqu'au *noyau cancéreux* développé et complet.

3° Restait le *nucléole*.

Dans les éléments cancéreux, a-t-on répété, le nucléole est unique ou multiple, il est de plus très *volumineux*, il est brillant, jaunâtre, etc.

Voyons ce que cela signifie : Lorsque les épithéliums sont plongés au milieu des tissus, ils entrent comme partout en échange endosmotique avec les liquides ambiants; lorsqu'il y a de la graisse autour d'eux, ils absorbent les corps gras et deviennent volumineux et turgides; le nucléole, qui n'est qu'une vésicule à parois minces, absorbe d'autant plus et devient ainsi rapidement turgide et gras, il en est de même des noyaux.

Partout, en effet, où nous avons rencontré les éléments *dits cancéreux*, nous avons toujours rencontré ou bien, 1° des granulations graisseuses libres en très grande abondance, 2° ou bien des granulations graisseuses envahissant la masse cellulaire quelquefois sous forme de gouttes huileuses; et quoi d'étonnant si dans les mamelles, où les corps gras sont en grande abondance, on les trouve si abondamment; et quoi d'étonnant encore que dans d'autres organes, dans l'utérus par exemple, qui ne renferme qu'accidentellement de la graisse, ils soient si rares? Sur 22 cas dont nous avons fait l'analyse, nous n'avons trouvé que deux fois les cellules en question, et encore dans ces deux cas il y avait des corps granuleux jaunâtres en quantité considérable.

Si, d'un autre côté, on examine certaines formes d'hypertrophie glandulaire de la mamelle, on assistera pour ainsi dire à toutes les transitions intermédiaires qui séparent un épithélium pavimenteux et un épithélium qui commence à s'engraisser; dans certains culs-de-sac glandulaires on voit en effet les épithéliums avec leur aspect et leur physionomie normale; dans d'autres ils sont déjà plus volumineux, et leurs nucléoles, déjà plus brillants, plus gros, *tirent les yeux*.

Enfin, il suffit d'étudier la substance grise des centres nerveux si abondamment remplie de granulations graisseuses chez les vieillards, et l'on y trouvera très nets et très marqués des noyaux (types des auteurs) appartenant aux cellules cérébrales. Ils sont ovoïdes, granités, présentent un nucléole jaune brillant et sont en tout semblables aux noyaux cancéreux. Nous allons même jusqu'à dire qu'un noyau de

microscopiques nouvelles, j'ai voulu présenter un travail original. M. Luys, alors mon interne, et dont les travaux sur le microscope ont été couronnés par l'Académie de médecine, m'a offert vingt-sept cas de cancers de l'utérus qu'il avait observés à l'hôpital de la Salpêtrière, et dont les dessins micrographiques avaient été faits par lui avec le plus grand soin. J'ai fait graver les types les plus saillants dans les planches XI, XII, XIII, XIV qui se trouvent à la fin de ce volume, et, m'appuyant sur l'état actuel de la science relativement à l'histoire du cancer de l'utérus et en éclairant les points anatomiques obscurs par les re-

cette nature étant mis à côté d'un noyau cancéreux, le diagnostic différentiel sera bien difficile à faire.

Ainsi donc, sous le point de vue histologique, nous ne partageons pas les idées dont M. Lebert a été, en France, pendant quelque temps le défenseur. Plus, nous avons l'appui de plusieurs anatomo-pathologistes célèbres à l'étranger, et du plus célèbre de tous, de l'illustre professeur Virchow; de M. Delafond, en France, etc.

Nous répéterons donc en résumé ce que nous venons de développer.

Ce sont les conditions de topographie qui modifient l'état des éléments anatomiques normaux; ils se déforment, ils s'engraissent où il y a de la graisse; et nous traduisons cette apparence nouvelle en disant que c'est la *polysarcie* des éléments normaux.

Les éléments cancéreux, cellules, noyaux, nucléoles, tels qu'ils ont été définis, ne sont pas spécifiques, ils ne se trouvent pas dans les tumeurs qui se comportent comme des cancers, qui répullulent et se généralisent.

Ils se rencontrent là où il n'y a pas de cancer, dans les épithéliums du bassin, de l'uretère, et la substance grise des centres nerveux.

Mais s'ensuit-il, de ce que les premiers investigateurs qui se sont mis à la recherche de l'élément caractéristique du cancer ont été abusés, qu'à jamais cette étude soit frappée de stérilité?

Tout n'est pas encore dit heureusement sur cette importante et grande question. L'éveil a été donné, les recherches appellent les recherches, et il est permis de croire que le tissu cancéreux, véritable Protée aux mille formes, pourra enfin être saisi dans son début, suivi pas à pas dans son évolution, étudié dans toutes ses métamorphoses; car, il est un fait bien certain, c'est que la lésion connue de tous les cliniciens sous le nom de *cancer* est quelque chose de bien net et bien défini: on a cru d'abord trouver dans les cellules signalées par M. Lebert la caractéristique de ce tissu, et on a refusé ensuite à leur présence un caractère diagnostique valable, tel est à l'heure qu'il est l'état de la science. »

D^r J. Luys.

cherches microscopiques de M. Luys, j'ai essayé de tracer l'histoire du cancer de l'utérus.

ARTICLE I. — Anatomie pathologique du cancer de l'utérus.

Le cancer de l'utérus se présente sous trois formes bien définies, et sur lesquelles il ne saurait y avoir aucune contestation. Ces trois formes, admises par tous les observateurs, sont les suivantes: le *tissu squirreux*, le *tissu encéphaloïde*, le *tissu colloïde*. Ces trois variétés, bien étudiées par M. Lebert, ont pour caractère essentiel, d'après ce micrographe distingué, la présence de la cellule cancéreuse qui s'y montre, soit sous ses caractères les plus habituels, soit sous forme de noyaux.

A côté de ces cancers véritables, on admettait les *cancroïdes* qui présentaient avec eux de grandes analogies, mais qui en différaient par un caractère fondamental, l'absence de la cellule cancéreuse et la présence de cellules épithéliales nombreuses et variées.

Cette division, toute simple et toute naturelle, semblait porter à peu de controverse; on avait peu songé à vérifier ces résultats, surtout pour cet organe, et on avait admis sur parole les faits annoncés par M. Lebert; l'édifice du cancer utérin semblait ainsi bien établi.

La réaction qui commençait à se faire pour les cancers des autres organes engagea M. Luys à faire une étude particulière du cancer utérin. Ses recherches microscopiques, que je rapprocherai de mes observations personnelles, me permettront, je le pense, d'exposer complètement l'état de la question. Nous renverrons l'étude des cancroïdes après celle des variétés les plus communes du cancer, et nous démontrerons qu'il ne saurait plus être admis comme une variété à part.

§ 1. Siège du cancer de l'utérus.

Le cancer de l'utérus occupe toujours primitivement le col; c'est en raison de sa marche envahissante et de ses progrès qu'il s'étend au corps même de l'organe.

Le cancer du corps n'est donc jamais ou presque jamais primitif. Le siège primitif du cancer est dans le tissu cellulaire situé entre la membrane muqueuse et le tissu propre de l'utérus, ou dans le tissu cellulaire interposé entre les fibres musculaires elles-mêmes de cet organe.

M. Lebert pense que le cancer peut aussi commencer quelquefois par les follicules du col de l'utérus ; d'après lui ces organes s'hypertrophient, grossissent, et se remplissent d'une matière jaunâtre et granuleuse, autour de laquelle se fait l'infiltration cancéreuse ; ce sont ces follicules remplis de matière jaune, grumeleuse, qu'on a pris quelquefois pour des tubercules du col utérin.

Considérée sous le rapport de ses caractères cliniques, la première question qu'on peut se poser est celle-ci : Quelle est l'espèce de cancer qu'on observe le plus souvent, sinon toujours, dans le col utérin ? Le tissu squirrheux est manifestement celui qui s'y présente le plus fréquemment ; mais il n'a pas tout à fait les caractères francs et nets qu'il offre la plupart du temps dans les autres organes. L'élément fibroïde y paraît être en moins grande proportion ; il semble qu'il y ait fusion du tissu squirrheux et du tissu encéphaloïde, et qu'il en résulte un tissu intermédiaire à ces deux espèces. D'après Scanzoni, le tissu encéphaloïde se montrerait dans l'utérus plus fréquemment que le tissu squirrheux. Ce dernier y aurait moins de tendance à se ramollir et à se décomposer, et ne se communiquerait qu'au bout d'un temps plus long aux organes voisins. Il était difficile que cet auteur arrivât à une autre conclusion, en admettant comme il le fait que le tissu squirrheux avant de se ramollir doit passer par l'état encéphaloïde. Quoi qu'il en soit, ce tissu a pour caractère de s'ulcérer avec une rapidité telle, qu'on est bien peu souvent consulté pour le cancer utérin à sa période de crudité. Néanmoins, on peut observer quelquefois cette première période du cancer. J'ai pu l'étudier dans plusieurs circonstances, et tout récemment encore j'ai constaté l'existence de cette affection chez deux femmes dont je parlerai

tout à l'heure. Quant à la question de savoir si l'on a observé le tissu squirrheux, le tissu encéphaloïde ou le tissu colloïde avec leurs caractères classiques dans le col de l'utérus, c'est une question tout à fait sans intérêt en présence des résultats microscopiques que nous allons donner.

1^{re} PÉRIODE. — *Cancer non ulcéré.* — M. Bennett, ainsi que j'ai déjà eu occasion de le dire, a fait de nombreuses études sur cette question, et est arrivé à conclure que l'on n'a jamais vu le cancer à sa première période ; il préjuge seulement qu'il doit être constitué par les altérations suivantes : des indurations pâles, indolentes, semblables à des grains de plomb, peu sensibles à la pression, disséminées à la surface du col, ou une tumeur véritable, dure, régulière, offrant les mêmes caractères et développée à sa surface.

Je serais assez porté à être de l'avis de M. Bennet. Voici cependant ce que j'ai observé dans les deux cas dont je parlais, il y a un instant. L'utérus et son col avaient, chez les deux malades, conservé leur mobilité et le corps de l'organe était sain. Chez la première, le col utérin manifestement plus gros, présentait trois bosselures : une du volume d'une demi-noisette, les deux autres plus petites ; toutes trois sur la lèvre postérieure du col. Ces trois bosselures étaient dures, résistantes au doigt, tout à fait insensibles au toucher. Le reste du col avait sa consistance habituelle. Ces trois bosselures se touchaient presque ; au spéculum, elles présentaient une teinte rouge violacée qui tranchait d'une manière notable sur la teinte rosée du reste du col.

La seconde malade ne présentait qu'une seule bosselure sur la lèvre antérieure. Je l'ai fait dessiner dans la pl. VI, fig. 3.

Voici du reste les caractères que les auteurs assignent généralement à la première période du cancer de l'utérus : cet organe est plus gros, plus dur, hypertrophié, et présente un mélange assez confus de mollesse et de dureté, de bosselures et de dépressions. Quelquefois on y observe des petites masses saillantes qui ont une certaine apparence de petits tubercules, et qui ne sont autres que des cellules infiltrées de graisse et hypertrophiées.

2° PÉRIODE. — *Cancer ulcéré.* — Le caractère essentiel de l'ulcère cancéreux est la marche envahissante; il tend sans cesse à s'étendre en profondeur et en surface. Ces ulcérations peuvent se présenter sous trois formes bien distinctes: 1° La forme *rongeante simple*; 2° la forme *végétante*; 3° la forme simultanément *rongeante et végétante*.

Le caractère des ulcères cancéreux, dits essentiellement *rongeants*, est l'inégalité de leur fond. Ce fond est constitué par une série de bosselures et de dépressions. Les bords sont calleux, taillés à pic et souvent assez profonds; quelquefois ce fond et ces bords sont couverts d'un putrilage verdâtre ou grisâtre, à odeur fétide et gangréneuse; d'autre fois on trouve à la surface de ces ulcères cancéreux et y adhérant plus ou moins, une substance grise, jaunâtre et mollasse, qui est analogue, soit à une fausse membrane, soit à une eschare en partie détachée qu'elle représente assez bien.

D'après M. Lebert, il y aurait des ulcères cancéreux dans lesquels toute trace de matière cancéreuse aurait disparu, et il ne resterait plus autour de l'ulcère que les traces de l'inflammation chronique qui les entretient. Le fait est possible, mais au moins fort rare, et on ne l'a pas encore démontré d'une manière positive. Quant à nous, nous aimons mieux croire que, si on ne trouve plus la cellule cancéreuse, c'est qu'elle n'y a jamais existé; et, soit dit en passant, il est curieux de voir combien cette fameuse cellule caractéristique, si importante autrefois et qui devait servir à différencier des maladies de nature bien distincte, est devenue rare de nos jours, depuis qu'on la recherche avec quelque attention. Aurait-elle jamais existé ailleurs que dans l'imagination de ceux qui l'ont décrite? Il est probable que les ulcères décrits ainsi par M. Lebert sont une des variétés des ulcères appelés *cancroïdes*, et que nous étudierons plus tard. Ils ne sont en somme qu'une des variétés du cancer.

On peut toujours reconnaître la nature cancéreuse du col non ulcéré et du col ulcéré. Cependant, voici deux circonstances signalées par M. Lebert, et dans lesquelles on a pu croire à un cancer du col, qui n'existait pas.

Il existe un certain nombre de tumeurs, développées primitivement dans l'utérus, et spécialement dans le corps de l'organe, qui viennent faire saillie, soit dans le col, soit à sa surface interne, soit autour de lui. Ces tumeurs, qui ne sont pas extrêmement rares, ont certainement pu en imposer, et être considérées pendant la vie comme des tumeurs cancéreuses du col de l'utérus; on a encore pu prendre pour un cancer du col, de petites tumeurs papillaires séparées les unes des autres, molles et saillantes, qui sont constituées par de petits mamelons de la membrane muqueuse augmentés de volume et de vascularité. Il y a enfin des hypertrophies isolées du tissu cellulaire de la cloison vaginale et utéro-rectale qui viennent faire saillie dans le vagin et en imposer quelquefois même pour des tumeurs cancéreuses du col.

Le cancer du col s'étendant au corps de l'utérus détermine, dans cette dernière partie de l'organe, un certain nombre de modifications que nous allons essayer d'expliquer.

Augmentation de volume du corps de l'utérus. — Cette augmentation de volume est un fait contesté. Ainsi M. Lebert ne pense pas que le cancer utérin ayant envahi le corps de l'organe, puisse déterminer son augmentation de volume sans que le cancer s'y soit également propagé; il peut se faire, suivant lui, que cette augmentation de volume soit due à un des deux états suivants:

1° Des tumeurs fibreuses plus ou moins nombreuses mélangées au cancer et saillantes à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organe.

2° La variété de cancer appelée par M. Cruveilhier *cancer aréolaire pultacé*. Cette variété du cancer serait due à un cancer du corps avec infiltration très abondante et écartement aréolaire des éléments charnus de l'utérus.

Malgré l'opinion de M. Lebert, je suis convaincu que le cancer du corps de l'utérus est accompagné, dans la plupart des cas, d'une augmentation de volume du corps de l'organe. Cela est d'autant plus réel, qu'un fait à constater et qui n'est nié par

personne, pas même par cet auteur, c'est l'agrandissement de la cavité du corps de l'utérus, qui ne peut avoir lieu sans que le volume total de l'organe soit augmenté; cette cavité agrandie présente des débris cancéreux, sanguins, purulents et gangréneux, dont le mélange peut se montrer sous des formes très variées.

§ 2. Description microscopique du cancer de l'utérus.

M. le docteur Luys a observé, à l'hôpital de la Salpêtrière, vingt-sept cas de cancer de l'utérus qu'il a examinés au microscope et qu'il a dessinés avec le plus grand soin. Ces vingt-sept cancers étaient tous ulcérés, et ils présentaient à l'observateur les caractères cliniques habituels de ce genre de maladie. Nous avons choisi, dans les dessins qu'il a bien voulu nous donner, huit figures microscopiques que nous présentons à titre de spécimen dans les planches 11, 12, 13, 14. Dans tous ces cas, que le cancer siègeât sur le col de l'utérus exclusivement ou qu'il se fût propagé dans certains points, soit au corps de la matrice, soit au vagin ou aux organes environnants; qu'il fût à l'état isolé ou que d'autres organes renfermassent des productions semblables; qu'il se présentât sous l'aspect de tumeur parfaitement dure, enkystée, squirrheuse, ou sous celui de champignon fongueux, végétant, d'apparence encéphaloïde; qu'il donnât ou non par la pression un suc dit cancéreux, blanc laiteux, miscible à l'eau: jamais ce tissu n'a présenté la cellule cancéreuse décrite par M. Lebert, comme type appartenant au cancer véritable; jamais, disons-nous, sauf peut-être une seule exception bien peu importante, puisque, sur une seule des nombreuses préparations faites sur la même tumeur (pl. II, fig. 2), on a cru voir une seule et unique cellule contenant un nucléole volumineux et offrant l'aspect dit cancéreux. Dans les vingt-six autres cas, quel que soit le nombre de recherches faites sur les divers points de la même pièce, pas une seule fois l'on n'a rencontré la cellule cancéreuse. Toujours le fond de la préparation a été rempli de cellules épithéliales, en plus ou moins grande

abondance. Ces cellules étaient généralement plus ou moins déformées, mais elles se rapprochaient de préférence, soit de la forme pavimenteuse, soit de l'apparence fusiforme. Ces cellules tantôt agglomérées, le plus souvent isolées, contenaient d'habitude un ou plusieurs noyaux. Quelques-unes d'entre elles plus grandes, renfermaient, au lieu de simples noyaux, de véritables cellules plus petites. Ces noyaux présentaient eux-mêmes trois ou quatre granulations à leur intérieur et n'étaient pas exclusivement renfermés dans les cellules; on les trouvait souvent libres, soit isolés, soit agglomérés par groupes. Entre ces cellules épithéliales et ces noyaux, qui sont la base principale de toutes les tumeurs cancéreuses de l'utérus, on rencontrait souvent de nombreuses granulations grisâtres et graisseuses, puis des masses d'une matière amorphe, grisâtre ou jaunâtre, des fibres fusiformes et celluleuses, et enfin quelquefois des globes épidermiques isolés.

Nous venons de décrire le cancer siégeant d'abord dans le col et s'y montrant à ses deux degrés, cancer *non ulcéré* et cancer *ulcéré*. Nous l'avons vu se propager au corps où également il se montre à l'état d'induration et d'ulcération; mais là ne se bornent pas les altérations qu'il détermine: il peut se propager aux tissus voisins, ou bien retentir dans des organes éloignés du point où il s'était primitivement développé.

§ 3. Propagation du cancer de l'utérus aux organes voisins et éloignés.

Le cancer du col et du corps de l'utérus se propage aux organes voisins de la manière suivante: des adhérences commencent d'abord par s'établir, augmentent d'épaisseur, s'hypertrophient et finissent par s'infiltrer elles-mêmes de matière cancéreuse. Une fois le dépôt cancéreux effectué, si la malade toutefois n'a succombé avant, l'ulcération finit par envahir peu à peu ces parties, et de vastes ulcères, des clapiers plus ou moins étendus, des cloaques plus ou moins vastes peuvent ainsi prendre naissance.

Ces adhérences et ces infiltrations cancéreuses se forment particulièrement dans les points suivants : dans le vagin à sa partie supérieure et dans le cul-de-sac postérieur ; entre la vessie, le col et le corps de l'utérus ; entre l'utérus et le rectum ; entre l'utérus et les ovaires ; entre plusieurs points de l'utérus et le péritoine ; entre l'utérus et les intestins grêles.

Les perforations peuvent avoir lieu dans la vessie, le rectum, le péritoine et les intestins grêles. C'est à la destruction des parois utéro-vésicales et utéro-rectales qu'est due la formation de ces cloaques immondes qu'on trouve si souvent à la suite du cancer de l'utérus.

Nous allons maintenant étudier d'une manière plus particulière quelques-unes de ces altérations, résultat de l'envahissement cancéreux de l'utérus, relativement aux parties avec lesquelles il est en contact.

Vagin. — La hauteur du vagin est diminuée ; sa membrane muqueuse, rarement normale, est en général ramollie et quelquefois épaissie ; le tissu cellulaire sous-muqueux est le siège d'une induration inflammatoire et hypertrophique ; autour du col, la muqueuse est ulcérée et ce travail d'ulcération s'étend quelquefois jusqu'à la vulve. Le vagin peut, non-seulement être le siège de l'inflammation chronique que nous venons de décrire, mais encore d'une véritable dégénérescence cancéreuse qui lui est consécutive ; cette participation se traduit, tantôt sous la forme d'infiltration sous-muqueuse, tantôt sous celle de petites tumeurs isolées.

Vessie. — On trouve souvent dans la vessie des femmes, atteintes de cancer de l'utérus, des lésions dont il faut tenir compte dans l'appréciation des symptômes ; ces lésions se rattachent à trois groupes bien distincts.

1° Des lésions phlegmasiques aiguës et chroniques ; c'est ainsi que l'existence d'une cystite aiguë ou d'une cystite chronique n'est pas rare.

2° Des dépôts cancéreux dus à une infiltration partielle ou générale du tissu cellulaire sous-muqueux.

3° Des solutions de continuité et des perforations, conséquences de l'extension de l'ulcération du cancer de l'utérus à la vessie.

Ovaires. — Les ovaires sont en général petits, ratatinés ; il est rare qu'ils participent à la dégénérescence cancéreuse, qui cependant, gagne quelquefois en envahissant jusqu'à eux.

Reins. — Les reins sont souvent altérés, quoique rarement cancéreux. L'altération, que l'on a signalée assez souvent, consiste dans une dilatation plus ou moins considérable des uretères. Cette dilatation n'est qu'indirectement le résultat de l'état cancéreux ; elle est tout simplement due à la gêne apportée à la circulation et à la sortie des urines lorsque le cancer utérin a envahi la vessie.

Ganglions lymphatiques. — Les ganglions lymphatiques du bassin et surtout ceux qui entourent l'utérus, sont fréquemment le siège de la dégénérescence cancéreuse. Celle-ci commence par les ganglions les plus voisins de l'utérus ; quelquefois ces ganglions sont envahis de proche en proche ; ils s'étendent en montant le long du sacrum et des vertèbres lombaires, et en suivant ainsi le trajet des gros vaisseaux qu'ils peuvent même quelquefois envahir, comprimer et ulcérer. Il se forme donc ainsi un chapelet de ganglions cancéreux qui se prolonge le long de la colonne vertébrale.

Quelquefois les ganglions inguinaux deviennent cancéreux ; c'est en particulier ce qui arrive lorsque le cancer a envahi le vagin et surtout quand il est arrivé jusqu'à la vulve. Dans ce dernier cas, ce sont seulement les ganglions superficiels qui ont subi la dégénérescence cancéreuse.

On peut établir en règle générale que, dans le cancer de l'utérus, les ganglions lymphatiques sont le plus fréquemment le siège des tumeurs cancéreuses secondaires.

Péritoine. — Le péritoine est souvent atteint dans le cancer de l'utérus envahissant. On observe alors des péritonites rarement générales, le plus souvent partielles. Ces péritonites, quelquefois aiguës, sont le plus souvent chroniques. On voit

alors des fausses membranes se former, spécialement autour des parties atteintes primitivement ou secondairement de la dégénérescence cancéreuse.

Tube digestif. — Le tube digestif ne présente aucune altération propre au cancer de l'utérus. M. Lebert a cherché à établir, dans son chapitre sur le cancer de l'utérus, que l'on avait observé dans le tube digestif les altérations suivantes dans un grand nombre de cas :

- 1° Une exsudation pultacée de la bouche et du pharynx.
- 2° Un ramollissement ou un état mamelonné de la muqueuse gastrique.
- 3° Des phlegmasies chroniques (ramollissement blanc et rouge) de la muqueuse des intestins grêles.
- 4° Une inflammation chronique de la muqueuse du côlon ou de celle du rectum.

Tout cela est vrai ; mais en analysant les observations de morts survenues dans tout autre cancer ou même dans toute autre maladie chronique, on serait arrivé absolument aux mêmes résultats ; c'est ce que l'on trouve dans la période ultime de toutes les maladies chroniques qui se terminent d'une manière fatale.

Foie. — Il n'a présenté, en général, aucune altération spéciale, il est petit, peu volumineux, et rarement le siège de tumeurs secondaires.

Rate. — La rate est en général saine.

Poumons. — On y trouve souvent des signes de pneumonie aiguë et même chronique, des lésions tuberculeuses, des signes d'emphysème pulmonaire. Ce sont encore là des lésions propres à la période ultime des maladies chroniques ; et, sous ce rapport, le cancer de l'utérus n'échappe pas à la loi commune.

Cœur. — Le cœur et les gros vaisseaux ne présentent aucune altération spéciale.

Crâne. — M. Lebert insiste, après M. Lonis, sur un amincissement avec fragilité des os du crâne qu'on observerait d'une manière particulière chez les femmes atteintes de cancer de

l'utérus. C'est possible, je ne le nie pas ; mais je ne vois pas bien quel aurait pu être le rôle du cancer de l'utérus dans cette lésion ; n'y aurait-il pas eu simple coïncidence et pas autre chose ?

§ 4. Dissémination des tumeurs cancéreuses dans les appareils autres que l'utérus, siège primitif du cancer.

J'emprunte à M. Lebert le tableau suivant, qui résulte de l'analyse de quinze cas de cancer utérin ayant déterminé une infection générale :

Cancer propagé au vagin.....	13 fois.
— à la vessie.....	6 —
— aux glandes lymphatiques du bassin.....	6 —
Cancer multiple.....	8 —
Cancer des glandes lymphatiques bronchiques, mésentériques, cervicales.....	1 fois chaque.
Cancer des ovaires.....	2
— de la rate.....	2
— du foie.....	2
— du poumon.....	2
— du péritoine.....	1
— des reins.....	1

Il est bon de rapprocher de ce tableau le résultat suivant du relevé des vingt-sept autopsies pratiquées par M. Luys.

Vagin envahi, dont 7 avec perforation.....	20 fois.
Vessie perforée.....	14
Vessie simplement enflammée.....	7
Rectum perforé.....	2
Rectum enflammé et ayant contracté des adhérences avec le tissu cancéreux.....	4
Tissu cellulaire péri-utérin infiltré ou perforé.....	15
Ganglions lombaires cancéreux.....	13
Propagation du cancer aux autres viscères.....	3 fois seulement.
De ces 3 cas : Le foie est atteint.....	1 fois.
Les reins.....	1
L'épiploon.....	1

ARTICLE II. — Étiologie du cancer de l'utérus.

Les questions qui se rattachent à l'étiologie du cancer sont des plus difficiles à traiter, et, on peut le dire, des plus obscures. On manque à peu près de chiffres statistiques pour élucider ces questions diverses, et pour les points particuliers sur lesquels on en possède, elles ne reposent que sur une statistique peu nombreuse et tout à fait insuffisante.

Pour montrer le peu que nous savons relativement à l'étiologie du cancer considéré d'une manière générale, je ne puis mieux faire que de rapporter les paroles de M. Cruveilhier :

« Vainement ai-je interrogé les antécédents de la vie des » malades, pour y découvrir au moins quelque cause éloignée » de cette terrible maladie. La vie la plus irréprochable comme » la plus dissolue ; la stérilité comme la fécondité, les gros- » sesses et les accouchements les plus heureux comme aussi les » plus malheureux, l'allaitement comme le défaut d'allaitement, » la menstruation la plus régulière comme la plus irrégulière, » l'avortement ou le défaut d'avortement ; une vie active, labo- » rieuse, comme aussi la vie la plus inoccupée ; l'hérédité, le » tempérament ; les scrofules, la syphilis, les fleurs blanches, » les polypes utérins, les tumeurs fibreuses ; aucune circon- » stance appréciable, en un mot, ne paraît exercer la moindre » influence sur le développement du cancer utérin. »

Malgré cette incertitude, on possède cependant quelques documents que nous devons essayer de mettre en ordre pour élucider les causes de cette terrible affection.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — *Age.* — On peut établir d'une manière générale, que c'est pendant ou immédiatement après l'âge critique que se développe le cancer de l'utérus. C'est une maladie qui, sans être absolument exclusive à cette période, s'y montre cependant avec une fréquence infiniment plus grande qu'à toute autre.

Voici quelques chiffres statistiques qui le démontrent :

D'après Valleix, c'est d'abord de 40 à 50 ans qu'on observe

le cancer ; puis vient l'âge de 30 à 40 ; ensuite de 20 à 30 ; enfin de 50 à 60.

Les chiffres donnés par M. Lebert ne conduisent pas tout à fait aux mêmes résultats. C'est d'abord de 35 à 50 ; puis de 25 à 35 ; puis ensuite de 50 à 70. La période de 50 à 70 contient à peu près le tiers du nombre total des cas de cancer de l'utérus, ainsi que le fait observer cet auteur. Ce nombre du tiers de la totalité est encore considérable, car de 50 à 70 ans, il est beaucoup moins de femmes vivantes que de 40 à 50 ; ce qui fait que ce chiffre, rapporté au nombre total de femmes restant à cette époque, atteintes de cancer de l'utérus, est encore très considérable.

Sur vingt-six cas relevés par M. Luys, les âges extrêmes ont été de 30 et 70 ans ; mais on ne l'a vu exister qu'une seule fois à 30 ans.

En résumé, de 30 à 40 ans on l'a rencontré.....	3 fois.
de 40 à 50 ans.....	12
de 50 à 60 ans.....	8
de 60 à 70 ans.....	3

Il est bon de faire remarquer que ces chiffres indiquent l'âge des malades au moment de l'observation, à une époque très rapprochée de la mort et non au début de la maladie qui, d'une manière générale, a eu le plus souvent lieu de 40 à 55 ans.

Scanzoni, sur 108 cas de cancers de l'utérus, a trouvé les âges suivants :

4 avaient de 20 à 25 ans.	45 avaient de 40 à 45 ans.
4 — 25 à 30	15 — 45 à 50
17 — 30 à 35	4 — 50 à 55
18 — 35 à 40	1 — 55 à 60

Le seul fait important qui ressort de cette discussion, c'est la fréquence beaucoup plus grande du cancer de l'utérus à l'époque critique, et dans la première période qui la suit.

Constitution, tempérament. — Toutes les constitutions, tous les tempéraments, sont également prédisposés au développement du cancer de l'utérus.

Hérédité. — L'hérédité du cancer de l'utérus est un fait que personne ne voudrait et ne pourrait mettre en doute actuellement. N'est-il pas étonnant malgré cela, que l'on manque complètement de chiffres statistiques pour appuyer cette proposition sur des résultats positifs ! Sur vingt-six cas observés par M. Luys, six fois les mères des malades étaient mortes d'accidents semblables, désignés par les malades quatre fois du nom d'ulcères à la matrice : deux fois de celui de suites de couches éloignées ; dans un de ces six cas, une sœur de la malade avait, comme sa mère, présenté une semblable affection. Dans deux autres cas, les sœurs ont été atteintes sans qu'on ait pu avoir des renseignements précis au sujet des mères.

En résumé, nous pouvons constater l'influence héréditaire d'une façon irrécusable, dans huit cas sur vingt-six.

Professions. — Pour beaucoup d'auteurs, les filles publiques seraient beaucoup plus exposées au cancer de l'utérus que les femmes de toute autre profession. C'est aux excès du coït et à la nature même de leur état qu'on serait en droit d'attribuer une telle conséquence : d'après les recherches de Parent-Duchâtelet, il n'y aurait pas lieu d'admettre une semblable conclusion, et les filles publiques ne seraient pas plus sujettes au cancer de l'utérus que d'autres femmes.

Conditions hygiéniques. — Les conditions hygiéniques bonnes ou mauvaises ne semblent exercer aucune influence sur la production du cancer de l'utérus, que l'on observe chez les femmes de toutes les classes de la société.

Habitation. — D'après Scanzoni, l'habitation des villes semble prédisposer au cancer de l'utérus. Sur 108 femmes atteintes de cancer de l'utérus observées par Scanzoni, 78 habitaient les villes et 30 la campagne.

Chagrins. — Il est généralement admis que les passions tristes, les chagrins, prédisposent singulièrement les femmes

au cancer de l'utérus. Les médecins français n'ont pas donné de chiffres statistiques qui puissent faire admettre la réalité d'une semblable influence.

Scanzoni a observé que sur 108 femmes atteintes de cancer de l'utérus, 84 fois la maladie avait été la suite de chagrins profonds, de peines morales prolongées et de grandes afflictions.

Accouchements antérieurs. — On a admis deux sortes d'influences qui sont les suivantes :

1° Le nombre trop considérable d'enfants, ou un nombre d'accouchements trop considérable.

2° Des accouchements répétés à des intervalles trop rapprochés.

Voici quelques résultats statistiques à cet égard :

Sur vingt-six femmes dont nous avons dépouillé les observations, deux seulement n'ont pas eu d'enfants, tandis que deux en ont eu jusqu'à neuf, et le plus grand nombre de trois à six et même huit.

D'après Scanzoni, sur 108 femmes atteintes de cancer de l'utérus, 90 étaient mariées, 18 étaient filles. D'après le même auteur, sur ces 108 malades, un grand nombre, 72, avaient eu des accouchements fréquents dont voici les chiffres :

6 avaient accouché 11 fois.			13 avaient accouché 7 fois.		
3	—	10	21	—	6
2	—	9	10	—	5
14	—	8	3	—	4

Infécondité. — Si, pour les uns, les accouchements nombreux et les accouchements répétés à des époques trop rapprochées ont été considérés comme cause de cancer utérin ; pour d'autres, c'est la stérilité, l'infécondité, qui prédisposerait au cancer utérin.

D'après Scanzoni, sur les 108 femmes atteintes de cancer de l'utérus, 36 femmes étaient stériles, dont 18 femmes mariées et 18 filles.

Excès de coït. — Les excès de coït sont généralement consi-

dérés comme prédisposant au cancer de l'utérus. C'est une assertion qu'il faudrait appuyer sur des résultats statistiques positifs ; mais on conçoit combien il doit être difficile de s'en procurer suffisamment sincères, pour être complètement édifié sur ce sujet délicat.

D'après Scanzoni, ce ne se sont pas les excès de coït qui prédisposent au cancer de l'utérus, mais la lascivité, les passions vives, les excès de jouissance. C'est ainsi que sur ses 108 malades, il a trouvé 15 femmes remarquables par leur lascivité extrême. Les excès de coït chez les filles publiques ne les prédisposent pas au cancer de l'utérus, parce que cet acte n'est pas chez elles accompagné la plupart du temps de l'éréthisme ordinaire.

Aménorrhée antérieure. — D'après Scanzoni, beaucoup de femmes qui sont atteintes de cancer de l'utérus présentaient depuis longtemps des troubles de la menstruation (aménorrhée, dysménorrhée), ou une leucorrhée plus ou moins abondante. Sur les 108 femmes qu'il a observées, 54 fois il en était ainsi.

CAUSES OCCASIONNELLES. — Les causes occasionnelles du cancer de l'utérus sont à peu près inconnues. Il y a cependant lieu de revenir ici sur la question de savoir si les inflammations chroniques du col de l'utérus peuvent conduire à une dégénérescence cancéreuse de cet organe.

J'ai déjà eu occasion de discuter cette question (t. I^{er}, p. 47, 305), qui est loin d'avoir actuellement la même importance qu'elle avait, il y a vingt-cinq ans.

Les inflammations chroniques du col de l'utérus ne se transforment pas en cancer et n'y conduisent pas. Indépendamment des faits qui manquent complètement, trois objections peuvent être faites à cette manière de voir. Ces trois objections sont les suivantes :

1° L'âge auquel se développent les inflammations chroniques du col de l'utérus n'est pas le même que celui auquel on observe le plus communément le cancer.

2° Tous les jours on trouve des inflammations chroniques

du col de l'utérus, on les voit guérir sous les influences médicamenteuses appropriées ; ou souvent encore ces inflammations chroniques guérissent spontanément à l'époque de l'âge critique. Or, les guérisons spontanées ont lieu précisément à l'époque où le cancer utérin se développe. Il est donc peu probable que cette transformation puisse avoir lieu.

3° Le cancer de l'utérus se développe souvent chez des femmes qui, à une époque antérieure, ont eu une excellente santé sous le rapport de l'utérus. Nous ne saurions trop faire remarquer cette absence d'inflammation chronique du col chez des femmes qui, à un époque ultérieure, seront atteintes de cancer de l'utérus. Cette opinion n'est pas tout à fait celle de Scanzoni. Les observations qui me sont propres me permettent d'affirmer que très souvent les femmes atteintes de cancer utérin ont toujours eu cet organe dans un état parfaitement sain.

ARTICLE III. — Symptomatologie du cancer de l'utérus.

Les symptômes du cancer de l'utérus peuvent être rattachés à cinq catégories qui sont les suivantes : 1° divers modes de début ; 2° troubles fonctionnels ; 3° signes fournis par l'examen physique des organes ; 4° symptômes fournis par l'extension ou l'influence du cancer sur les parties voisines ; 5° cachexie cancéreuse.

DÉBUT. — Les modes de début du cancer de l'utérus varient souvent beaucoup, et, avant de les exposer, il est indispensable de dire quelques mots de l'état de santé antérieur des femmes atteintes de cette affection.

Les femmes atteintes de cancer de l'utérus ont-elles eu, dans leur santé, une modification qui précède et qui semble faire prévoir en quelque sorte le développement futur de la dégénérescence cancéreuse ? On peut affirmer qu'il n'en est rien ; le cancer de l'utérus se développe aussi bien dans plusieurs catégories de cas ; ainsi on le voit : 1° chez des femmes qui présentent la santé la meilleure, la plus solide et la plus florissante ; 2° chez d'autres qui sont faibles et délicates ; 3° chez

d'autres enfin atteintes de maladies chroniques diverses. Il n'y a sous ce rapport aucune différence entre ces diverses catégories de femmes.

Chez les femmes qui jouissent d'une bonne santé, on n'observe ni dérangement menstruel, ni écoulement leucorrhéique qui fassent prévoir pour l'avenir une maladie grave de l'utérus.

Le début des accidents correspond-il exactement à l'instant du développement de la dégénérescence cancéreuse, ou bien y a-t-il des cas où le cancer existe avant que les premiers symptômes éclatent? C'est une question fort difficile à résoudre. Il est évident que si aucune circonstance n'engage à examiner une femme qui se porte très bien, on ne pourra savoir si elle est atteinte de lésions du col de l'utérus, et par conséquent on ne pourra savoir si la dégénérescence organique existait avant l'apparition des premiers phénomènes. Cependant c'est une opinion à peu près généralement admise que les premiers symptômes sont presque toujours précédés d'un commencement de lésions organiques; cela est probable et c'est aussi mon avis.

M. Lebert pense que le début apparent, dans les observations bien prises, n'est pas bien différent, bien éloigné du début réel.

On peut admettre quatre espèces de début différent pour le cancer de l'utérus.

1° Le début a lieu par une modification générale. Les forces diminuent d'une manière notable, l'embonpoint décroît peu à peu, la face pâlit, l'appétit se perd, et ce n'est qu'un certain temps après cette modification générale de la santé, que les phénomènes locaux ou les troubles fonctionnels se montrent.

2° La maladie débute par des symptômes locaux; on observe un sentiment de pesanteur, de gêne hypogastrique, des douleurs siégeant à l'hypogastre, dans les aines, les cuisses, les régions lombaires. Ce n'est que plus tard qu'on remarque, soit des troubles fonctionnels, soit une altération générale de la santé. Ce mode de début n'est pas très fréquent, car nous ne l'avons rencontré qu'une seule fois sur les vingt-six cas relevés par M. Luys.

3° Le mode de début est caractérisé par la production d'hémorrhagies utérines qui surviennent sans aucune cause dans l'intervalle des règles, ou qui consistent dans une exagération singulière de la menstruation. La reproduction de ces hémorrhagies après l'époque critique est encore un indice plus certain du début d'une affection cancéreuse.

On peut admettre, sans crainte de se tromper, que les hémorrhagies utérines ont presque autant de valeur pour marquer le début d'un cancer de l'utérus, que les hémoptysies pour indiquer le commencement des tubercules pulmonaires.

Ces hémorrhagies utérines alternent quelquefois avec des écoulements séreux plus ou moins abondants.

Sur les vingt-six cas de M. Luys, dix-huit fois les hémorrhagies ont marqué le début de la maladie. Dans les cas où elles ne se sont pas produites à cette époque, elles se sont manifestées plus tard, excepté dans une seule observation.

4° Le cancer de l'utérus débute par la production de symptômes locaux; on observe de la pesanteur, des douleurs avec irradiations dans le vagin, le rectum, les lombes, les cuisses; un sentiment de chaleur intérieure, des hémorrhagies utérines seules ou alternant avec des écoulements vaginaux. Deux fois seulement le début a été marqué par des pertes blanches non accompagnées d'écoulement sanguin; ce fait est assez rare, car on voit presque toujours la leucorrhée alterner avec des métrorrhagies.

TROUBLES FONCTIONNELS. — Les troubles fonctionnels comprennent: 1° la douleur; 2° les troubles de la menstruation; 3° les hémorrhagies utérines; 4° l'écoulement.

1. *Douleurs.* — Les douleurs sont un des caractères les plus communs et les plus habituels du cancer de l'utérus. Elles peuvent être étudiées sous plusieurs points de vue, qui sont les suivants:

Fréquence. — Les douleurs manquent quelquefois complètement dans le cancer de l'utérus, et on voit la maladie arriver à sa dernière période sans qu'il se soit manifesté aucune sensation douloureuse dans ces parties. Ce cas toutefois est certaine-

ment le plus rare; et, dans la très grande majorité, les douleurs existent; une seule fois seulement elles ont fait complètement défaut pendant tout le cours de la maladie, dans les vingt-six cas de M. Luys.

Époque de l'apparition des douleurs. — L'époque de l'apparition des douleurs est loin d'être la même. Chez quelques femmes, le quart à peu près, les douleurs existent dès le début de la maladie, dès que l'altération organique commence à se manifester; et elles persistent avec des variations, il est vrai, jusqu'à la fin de la maladie; chez d'autres, ce n'est qu'à une époque un peu plus avancée, quand le cancer augmente de volume, se propage au vagin, à la vessie, au rectum, au péritoine, et y détermine des adhérences qui contribuent à la propagation de la dégénérescence cancéreuse; chez d'autres enfin, ce n'est que lorsque le cancer s'ulcère; c'est-à-dire à une époque avancée et rapprochée de la fin.

Nature des douleurs. — La nature des douleurs varie au dernier point; ce sont tantôt un simple sentiment de gêne, de lourdeur, de pesanteur, plus ou moins fatigant pour les malades, tantôt des souffrances d'une certaine intensité. Beaucoup de malades éprouvent des douleurs violentes, et quelquefois assez intenses pour arracher des cris aigus.

Les douleurs lancinantes existent encore chez un certain nombre de malades; elles ne constituent pas un caractère essentiel et propre aux femmes atteintes de cancer utérin; on les y observe fréquemment, mais elles n'ont rien de spécial; elles fatiguent excessivement les malades et constituent, pour quelques femmes, une vie intolérable de souffrances et de douleurs.

Intensité des douleurs. — Les douleurs varient beaucoup d'intensité et présentent différentes variations. Souvent on les trouve faibles ou même nulles pendant quelques instants, puis on les voit augmenter, devenir très violentes, diminuer, et enfin cesser pour revenir ensuite avec une intensité nouvelle.

Siège des douleurs. — Le siège des douleurs est variable; le plus habituel est le sacrum, le périnée et l'hypogastre; et c'est de là que les douleurs s'irradient aux parties voisines.

Les douleurs d'irradiation ont une grande importance dans le cancer de l'utérus. Elles se manifestent le long du sacrum et de la colonne vertébrale, dans les deux régions lombaires, dans les régions inguinales, et enfin à la partie supérieure des cuisses; elles semblent avoir quelquefois plus d'importance que les douleurs provenant du siège même du mal, étant plus vives, plus intenses, et plus pénibles que ces dernières.

Influence des mouvements. — Les mouvements des malades, les efforts de diverse nature, la promenade en voiture, les longues courses à pied, les mouvements violents, le coït, augmentent souvent les douleurs et peuvent les rendre intolérables.

Souvent c'est à l'époque de l'apparition des hémorrhagies que les douleurs utérines deviennent plus vives; dans d'autres circonstances plus rares, ces hémorrhagies semblent les calmer ou du moins diminuer leur intensité.

Cause des douleurs. — La cause des douleurs doit être placée dans les nerfs de l'utérus, ainsi que dans tous les nerfs du petit bassin; ces derniers étant compris dans les adhérences de nouvelle formation, et dans l'envahissement de ces parties par la dégénérescence cancéreuse. Ils sont probablement lacérés et détruits; ce qui explique ces douleurs violentes.

II. *Menstruation.* — La menstruation est rarement conservée intacte et régulière au milieu des graves accidents du cancer de l'utérus; sous ce rapport, on peut observer plusieurs variétés fort différentes:

1° Les règles peuvent revenir à leur époque ordinaire; seulement elles sont plus longues et plus abondantes.

2° Les règles sont plus rapprochées, séparées par des intervalles moins longs, en même temps qu'elles sont plus copieuses et plus abondantes.

Sur vingt-six cas observés par M. Luys, deux fois seulement

elles ont été prolongées tout en revenant à l'époque normale, et dans deux cas leur apparition était plus rapprochée; dans les vingt-deux autres, il y a eu des troubles menstruels plus graves.

3° Les menstrues, tout en devenant plus abondantes, peuvent aussi devenir irrégulières, et ne plus être séparées par des intervalles fixes; cette irrégularité s'est présentée cinq fois sur vingt-six cas.

4° Enfin toute régularité disparaît; il n'y a plus rien de fixe ni de constant dans le retour des menstrues; ce sont tout simplement des hémorrhagies utérines qui reviennent de temps en temps et remplacent cet écoulement; il en a été ainsi dans quatorze cas sur vingt-six.

Dans trois autres observations, la menstruation a été supprimée, et la leucorrhée a été le symptôme dominant de la maladie.

III. *Hémorrhagies utérines.* — Les hémorrhagies utérines, qui constituent le symptôme le plus constant et le plus réel du cancer de l'utérus, doivent être considérées sous plusieurs points de vue qui demandent à être étudiés à part.

Époque de l'apparition de l'hémorrhagie. — Les hémorrhagies utérines paraissent, en général, dès le début de la maladie; il est probable qu'elles ne précèdent pas le dépôt cancéreux mais qu'elles surviennent en même temps que lui; qu'elles en marquent le commencement, le début; qu'elles en sont le premier mode de manifestation. Elles continuent jusqu'à la période ultime de la maladie. Dans dix-sept de nos vingt-six observations, les hémorrhagies ont plus particulièrement marqué le début de la maladie.

Époque du renouvellement des hémorrhagies utérines. — Rien de plus variable que l'époque du renouvellement des hémorrhagies utérines symptomatiques du cancer. Chez quelques malades, ces hémorrhagies sont simplement le résultat d'une exagération plus ou moins abondante du flux menstruel, qui tantôt revient à son époque habituelle, tantôt est plus

rapproché, ou qui reste irrégulier. Dans d'autres cas, les hémorrhagies utérines ne semblent plus en rapport avec le flux menstruel; elles reviennent à des époques variables indéterminées, tantôt plus rapprochées, tantôt plus éloignées les unes des autres (circonstance qui s'est présentée, avons-nous dit déjà, quatorze fois sur vingt-six cas); ces retours sont ou spontanés, ou provoqués par des causes diverses que nous allons passer en revue. Chez quelques femmes, les hémorrhagies utérines sont tellement rapprochées qu'elles semblent continues et qu'il n'y a que de très courts intervalles pendant lesquels elles n'existent pas; quelquefois, après avoir duré longtemps et avoir été pseudo-continues, on les voit cesser un certain temps pour revenir ensuite.

Quantité de sang. — La quantité de sang perdu en peu de temps par les hémorrhagies utérines est extrêmement variable, mais toujours, en général, assez considérable; il en sort peu à la fois, mais la longue durée ou la répétition fréquente de l'hémorrhagie fait qu'en définitive les femmes en perdent beaucoup.

Le fait capital des hémorrhagies utérines en pareil cas est la sortie par cette voie d'une quantité assez considérable de sang qui se perd dans un espace de temps tantôt court, tantôt long; cette proportion est importante à noter, car elle peut contribuer à rendre compte de l'état général des malades.

IV. *Écoulements.* — Les écoulements constituent un des symptômes les plus importants et les plus caractéristiques du cancer de l'utérus. Aussi doit-on les étudier avec le plus grand soin, afin de leur assigner leur véritable valeur dans cette maladie.

On doit observer d'abord que tout écoulement peut manquer ou bien être tellement faible qu'il passe inaperçu. L'absence d'écoulement est un fait exceptionnel, qui ne peut guère se présenter que dans le cancer non ulcéré, cancer à la première période, et qui est loin d'exister dans tous les cas de ce genre. Dans d'autres circonstances, le cancer à ce degré ne s'accompagne pas d'écoulement spécial et caractéristique, mais sous

l'influence de l'affection organique se produit un écoulement leucorrhéique blanc, opalin, absolument semblable à celui de la leucorrhée idiopathique ou essentielle. Cette leucorrhée est quelquefois très considérable, et cette abondance même est une circonstance qui doit attirer l'attention du médecin, et lui faire soupçonner quelque altération morbide chez la femme qui en est atteinte.

A part ces deux circonstances, il existe dans tous les autres cas un écoulement plus ou moins abondant, et qui peut se présenter dans des conditions fort différentes les unes des autres.

Abondance de l'écoulement. — L'écoulement est d'une abondance extrêmement variable, mais assez notable pour fatiguer presque toujours les malades, et les obliger à se garnir; s'il est extrêmement considérable, il épuise rapidement les femmes. On comprend qu'il est impossible d'estimer d'une manière exacte la quantité de l'écoulement; ce n'est qu'approximativement qu'on peut apprécier son abondance; les femmes le jugent par la quantité de serviettes qu'elles salissent. En général, les écoulements très abondants sont constitués par une sérosité claire et presque complètement transparente; moins abondants, au contraire, ils sont produits par une sérosité puriforme et provenant de cancers ulcérés.

Couleur des écoulements. — Les écoulements sont d'une couleur extrêmement variable, quelquefois pâles, d'un jaune un peu louche, d'autres fois d'une couleur roussâtre, plus ou moins foncée et sans aucune transparence; fréquemment on les trouve colorés en rouge, ce qui est dû au mélange d'une certaine quantité de sang; dans d'autres cas, on les voit présenter une couleur d'un gris noirâtre plus ou moins sale, qui semble correspondre à un état gangréneux de la surface ulcérée du cancer.

Odeur des écoulements. — Dans la première période, tout à fait au début du cancer, l'odeur peut ne pas être encore très sensible, et échapper alors au médecin comme à la malade; mais dès que le cancer fait des progrès, et que l'ulcération a

lieu, la matière de l'écoulement présente une odeur plus ou moins forte. Il y a deux sortes d'odeurs: l'une est d'une fadeur insupportable et nauséabonde au dernier point; c'est, en général, l'odeur de la sérosité abondante dont il a été question. L'autre, au contraire, est d'une fétidité insupportable et qui fatigue beaucoup les malades; c'est ce qui a lieu dans la plupart des écoulements puriformes, symptomatiques des ulcérations cancéreuses.

Nature des écoulements. — Considérés sous le rapport de leur nature, on doit admettre deux espèces d'écoulements, qui ont chacun leur valeur propre.

La première espèce est la *sérosité albumineuse* toujours en très forte quantité, d'un jaune assez clair, mais très légèrement louche; elle présente une odeur fade et nauséabonde, qui pénètre au loin et fatigue beaucoup les malades et ceux qui les entourent; cette sérosité contient une légère proportion d'albumine. Au microscope, on n'y aperçoit que peu de chose, ce sont quelques cellules épithéliales provenant du vagin, en général non altérées, des fragments amorphes assez nombreux et quelques globules de graisse. Cet écoulement appartient plus spécialement au cancer non ulcéré: il est loin de constituer un signe constant; lorsqu'il existe, il est quelquefois tellement abondant qu'il épuise les malades, les rend rapidement anémiques, et sous ce rapport il peut même hâter le développement de la cachexie cancéreuse. Un écoulement de cette espèce peut-il être assez abondant pour hâter la terminaison fatale et déterminer cette dernière avant l'ulcération du cancer? Je le crois, et un fait que j'ai observé à Sainte-Périnne est venu me confirmer dans cette opinion; l'autopsie n'a pu en être faite. L'écoulement de cette sérosité albumineuse peut continuer après l'ulcération du cancer; elle est mêlée alors aux nouveaux liquides pathologiques que produit cette lésion, et l'écoulement complexe qui en résulte n'en est que plus abondant et plus fétide.

La deuxième espèce d'écoulement est le *produit d'un cancer*

ulcéré. Il se présente avec des caractères extrêmement variables; tantôt peu abondant, roussâtre ou gris rougeâtre, tantôt d'un gris sale, mêlé de grumeaux plus opaques et en suspension, qu'on a considérés comme des détritits cancéreux; bien que rien ne vienne justifier une pareille assertion. L'analyse chimique de ce liquide y démontre de l'albumine soluble, des matières albuminoïdes amorphes, et une assez grande quantité de matières grasses. Son odeur est fétide, quelquefois gangréneuse et insupportable.

L'examen microscopique y fait reconnaître un certain nombre de cellules épithéliales, dont quelques-unes sont infiltrées de graisse; beaucoup de fragments amorphes; des granulations de diverses espèces, des globules graisseux, des globules de sang altéré, et de petites masses granuleuses amorphes. M. Luys, qui a examiné ce liquide plusieurs fois, n'y a jamais trouvé de cellules cancéreuses.

Ce liquide est toujours l'indice d'une ulcération cancéreuse; il varie d'abondance, et c'est surtout lorsqu'il est mélangé avec la sérosité albumineuse qu'il se montre très abondant.

Nous venons de parler des écoulements qu'on peut considérer comme types dans le cancer utérin; mais nous devons ajouter qu'ils ont rarement ces caractères nets et tranchés; bien souvent ils sont mélangés d'un sang noir et altéré. Il y a des femmes qui ont des écoulements constamment colorés par le sang; chez d'autres cette coloration est momentanée, et dans la même journée on voit cet écoulement, tantôt avec ses caractères ordinaires, tantôt mélangé de sang.

Dans tous les cas, l'odeur est fétide, nauséabonde et insupportable. L'écoulement provenant du cancer ulcéré exerce quelquefois une action corrosive toute spéciale sur les parties voisines, et notamment sur les parois du vagin, les grandes et les petites lèvres, la vulve et la peau de la partie interne des cuisses; il se développe sur ces dernières tantôt un véritable érythème parfois très douloureux, quelquefois un eczéma. Cet écoulement peut encore causer un prurit de la vulve et du vagin

très pénible qui, momentanément quelquefois, persiste dans certains cas jusqu'à la fin de la maladie.

SIGNES PHYSIQUES. — État de l'abdomen. — La palpation de l'abdomen fait constater un certain nombre de lésions qui se rattachent en général à un état déjà avancé du cancer utérin. On trouve souvent, en effet, la partie inférieure de l'abdomen développée et douloureuse. Ce développement et ces douleurs sont dues aux lésions suivantes: — *a.* Le développement de l'utérus qui, ainsi que nous l'avons vu, est souvent un des effets du cancer avancé, même quand la lésion organique n'a pas gagné le corps de l'organe. — *b.* Les *tumeurs cancéreuses*, qui peuvent se développer autour de l'utérus et qui siègent ordinairement à l'hypogastre, à sa partie médiane ou dans ses régions latérales, du côté des fosses iliaques. — *c.* Les adhérences de l'utérus aux parties voisines, qui sont le résultat de péritonites partielles développées sous l'influence de la lésion organique; quelquefois les péritonites qui se développent ainsi sont plus intenses, c'est alors qu'on peut constater l'existence d'un épanchement abdominal.

Examen des organes génitaux externes. — On peut constater dans beaucoup de cas, à la peau de la surface interne des cuisses, l'existence d'inflammations érythémateuses et eczémateuses; quelquefois on y trouve des pustules ou des excoriations superficielles.

Dans certains cas de cancer très avancé, surtout quand l'utérus est abaissé, on voit l'ulcération cancéreuse atteindre et même détruire les grandes et les petites lèvres.

Toucher vaginal. — Le toucher vaginal permet de reconnaître avec facilité le cancer utérin aux diverses époques de son évolution. A la première période, on trouve le col tuméfié, gros, volumineux, inégalement développé, présentant des bosselures d'une dureté notable; en même temps, il est abaissé sensiblement. Le col, bien évidemment cancéreux, reste rarement libre et mobile, il s'y développe rapidement des adhérences qui l'immobilisent d'une manière plus ou moins complète; ce que le