

toucher vaginal permet de constater facilement. Lorsque l'ulcération s'est emparée du cancer, cette immobilisation de l'utérus est plus constante et plus complète, car les adhérences ne manquent jamais d'exister.

L'ulcération est-elle avancée, le doigt trouve un cloaque plus ou moins profond, inégal, anfractueux, et présentant des mamelons et des enfoncements; quelquefois le toucher produit un écoulement de sang plus ou moins abondant.

Toucher rectal. — Le toucher rectal est la plupart du temps inutile, les renseignements que donne le toucher vaginal étant, en général, bien suffisants pour établir le diagnostic. On peut cependant le pratiquer pour le confirmer et lui donner plus de certitude.

Examen au spéculum. — L'examen au spéculum est la plupart du temps inutile dans le cancer utérin. Le diagnostic peut être établi d'une manière assez certaine, par l'étude des symptômes rationnels et le toucher vaginal. Cependant, si on veut en faire usage, voici les résultats que l'on obtient. Au premier degré, on trouve le col inégal, bosselé, et d'une couleur violacée; la fig. 3 (pl. VI) donne l'aspect d'un col présentant ces caractères. Lorsque la surface du cancer est ulcérée, on la trouve fongueuse, saignante, et couverte d'une sanie sanguinolente plus ou moins épaisse; il est alors assez dangereux d'employer le spéculum pour examiner un cancer ulcéré; c'est ainsi que j'ai vu cet instrument déterminer le retour d'hémorrhagies utérines parfois assez abondantes.

Tels sont les principaux phénomènes caractéristiques du cancer de l'utérus qu'on observe du côté de l'organe malade; mais, la plupart du temps, ces accidents ne restent pas bornés à l'utérus; les autres parties de l'organisme participent à la souffrance, et des troubles fonctionnels plus ou moins graves éclatent dans les divers appareils; ce sont eux que nous allons maintenant étudier.

Tube digestif. — Les symptômes qu'on observe fréquemment du côté de l'estomac et des intestins chez les femmes affectées

de cancer de l'utérus, tiennent à deux causes bien différentes. Dans la première série de cas, on peut ranger les femmes chez lesquelles survient consécutivement un cancer de l'estomac ou de l'intestin. Le premier de ces deux cancers est beaucoup plus commun que le deuxième; j'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs cas. Dans le cancer de l'estomac ou des intestins, on voit peu à peu leurs symptômes se dessiner, et la maladie se caractériser d'une manière non douteuse; en général, ces cancers consécutifs marchent beaucoup plus vite que les cancers primitifs de ces mêmes organes.

Dans une seconde série de cas, plus nombreux certainement, on rangera les femmes qui, à une époque donnée de l'évolution du cancer de l'utérus, voient se développer de simples troubles fonctionnels du tube digestif. Ce n'est, en général, qu'un certain temps après le début du cancer de l'utérus, six, huit, dix mois, par exemple, que ces troubles fonctionnels se montrent.

On observe d'abord la diminution de l'appétit; la langue devient saburrale, et la bouche mauvaise, surtout le matin. On doit éviter de confondre la pâleur et la décoloration anémiques de la langue, qu'on trouve dans la cachexie cancéreuse, avec les enduits blancs saburraux de la langue.

À la fin de la maladie, lorsque la terminaison fatale est proche, il n'est pas rare d'observer, sur la langue, les gencives, le palais, le voile du palais et ses piliers, etc., des aphthes plus ou moins nombreuses, une exsudation pultacée et même des fausses membranes. Ces phénomènes morbides appartiennent en général à la dernière période. L'anorexie est fréquente à la fin de la maladie; alors il y a presque toujours une augmentation de la soif. On observe souvent chez beaucoup de malades, dans la période ultime de la maladie, des nausées et des vomissements parfois très rebelles. Lorsque ces accidents se manifestent à une époque peu avancée du cancer utérin, il faut redouter le développement d'un cancer

stomacal. La diarrhée est encore un symptôme qu'on observe assez souvent pendant la dernière période du cancer de l'utérus; cette diarrhée contribue à affaiblir les malades, et peut quelquefois accélérer l'instant de la terminaison fatale.

Il est un symptôme sur lequel les femmes appellent souvent l'attention du médecin; c'est un sentiment de pesanteur à l'anus et à l'extrémité inférieure du rectum. Il est évident que cette sensation est la conséquence de la compression exercée par le cancer de l'utérus sur l'extrémité inférieure du rectum.

Lorsqu'il se développe un cloaque embrassant dans sa cavité l'extrémité inférieure du rectum, le vagin et la vessie, on comprend la combinaison de symptômes qui en résultent; il est facile de faire la part des uns et des autres.

Fonctions respiratoires. — Il n'existe aucun trouble spécial du côté de l'appareil respiratoire; on ne peut considérer comme tels, les signes de complications phlegmasiques qui peuvent se développer pendant la dernière période du cancer utérin.

Circulation. — Lorsque le cancer de l'utérus est en pleine voie d'ulcération, et qu'il se produit des hémorrhagies et un écoulement séreux plus ou moins considérable, il survient dans le sang des modifications profondes qu'on est loin de retrouver aussi caractérisées dans les affections cancéreuses des autres organes.

C'est alors qu'on ne retrouve pas seulement la simple cachexie cancéreuse, c'est-à-dire un état profond de dépérissement des malades, un affaiblissement de tous les tissus organiques avec une coloration jaune toute spéciale de la peau; mais qu'il vient s'y joindre des désordres plus complexes, des accidents plus graves qui sont liés à l'altération du sang.

Signalons d'abord un premier fait, c'est la compression que l'utérus cancéreux, devenu plus volumineux, peut exercer sur les veines iliaques primitives; cette compression, qui est loin de toujours exister, se traduit par l'infiltration œdémateuse progressive des membres inférieurs. Ce siège exclusif annonce

la cause de cet œdème, qui est encore favorisé par les altérations du sang que nous allons maintenant décrire.

Trois causes, capables à elles seules d'appauvrir le sang, contribuent chacune pour leur part à produire l'altération de ce liquide. C'est d'abord la *cachexie cancéreuse* qui, ainsi que nous l'avons démontré dans nos recherches sur le sang, détruit d'abord les globules; et plus tard peut même diminuer la quantité d'albumine du sérum.

En second lieu, ce sont les *hémorrhagies* qui jouissent de la propriété de diminuer avec une grande rapidité les globules du sang.

Enfin, l'*écoulement extrêmement abondant* qui existe chez un grand nombre de femmes, atteintes de cancer ulcéré, contribue, avec les hémorrhagies qui s'y mêlent, à diminuer d'abord la proportion des globules, ensuite celle de l'albumine.

L'altération qui survient dans le sang porte donc sur trois éléments: 1° la quantité d'eau qui augmente beaucoup; 2° les globules qui diminuent dans une proportion souvent considérable; 3° l'albumine qui disparaît dans une proportion moins forte et à une époque plus avancée de la maladie.

Les conséquences de ces altérations sont les suivantes:

1° La décoloration complète avec nuance jaunâtre et aspect semi-transparent de la peau. C'est ici surtout qu'on pourrait comparer l'aspect que présente cette membrane à celle de la cire; ce caractère est porté quelquefois à un très haut degré.

2° La dyspnée, l'essoufflement facile, les palpitations si fréquentes à une époque avancée de la maladie.

3° Les bruits de souffle au premier temps du cœur et dans les carotides qu'on observe si souvent à cette période de la maladie.

4° L'infiltration générale, indice d'une *désalbuminisation* du sang portée à un certain degré, et qu'il faut distinguer avec soin de l'œdème des membres inférieurs déterminé par la compression des veines iliaques primitives et de la veine cave inférieure. L'anémie, arrivée à un certain point, produit souvent un si grand

affaiblissement des femmes qui en sont atteintes, qu'elle peut amener la mort. C'est alors au milieu d'une prostration profonde et au milieu d'une syncope qu'a lieu cette terminaison fatale.

Fièvre hectique. — Dans un grand nombre de cas, le pouls conserve longtemps ses caractères normaux, mais à la fin il s'accélère et devient beaucoup plus petit. Cependant chez quelques femmes on observe une véritable fièvre hectique sous ses trois formes : *continue*, *rémittente* ou *intermittente*.

La fièvre est *rémittente*, si elle est continue et présente le soir et la nuit une exacerbation et des sueurs ; *intermittente*, si la fièvre hectique se développe seulement le soir et la nuit. On peut cependant affirmer que, dans le cancer utérin, le développement d'une fièvre hectique est certainement le cas le moins fréquent.

Système nerveux. — Le cancer utérin à ses diverses périodes ne détermine, en général, aucun symptôme nerveux. L'intelligence reste parfaitement intacte ; la sensibilité ne présente aucune modification, car on ne peut considérer comme un symptôme spécial l'impressionnabilité très vive des femmes et la susceptibilité qu'elles offrent souvent au milieu de leur affaiblissement. On voit cependant quelquefois des névralgies ou des névroses anciennes reparaitre sous l'influence de la cachexie cancéreuse. La myotilité ne présente, en général, aucune modification qu'on puisse rattacher d'une manière spéciale au cancer.

Appareil des sécrétions. — Le plus souvent il n'existe aucun phénomène spécial du côté des appareils de sécrétion. Les symptômes qu'on peut observer tiennent à des complications toutes spéciales et tout accidentelles dont il est inutile que nous nous occupions ici.

ARTICLE IV. — Marche, durée et terminaison du cancer de l'utérus.

La *marche* du cancer de l'utérus est, en général, continue et progressive.

Dans la première période, et lorsqu'il n'existe encore aucune ulcération, il est généralement admis que la marche du cancer est lente, insidieuse, et que l'affection dure longtemps. On pense également qu'il peut exister des temps d'arrêt plus ou moins longs, et que la maladie n'en reprend pas moins ensuite sa marche progressive.

Les recherches plus récentes de J.-H. Bennett et de quelques autres auteurs, celles qui nous sont propres, ne permettent plus de regarder ce fait comme aussi bien démontré ; il est probable au contraire que la période de crudité du cancer n'a qu'une durée assez courte, et qui ne s'annonce quelquefois par aucun phénomène spécial. L'absence d'accidents en pareille circonstance est une raison qui s'oppose à ce qu'on puisse connaître cette durée.

Dans la période d'ulcération, il n'en est pas ainsi : les temps d'arrêt deviennent bien faibles ou complètement nuls, la maladie suit une marche rapide, et les malheureuses femmes atteintes de cette terrible affection marchent rapidement à une terminaison fatale.

La *durée* du cancer de l'utérus est assez difficile à déterminer d'une manière précise, attendu qu'il règne sous ce rapport les plus grandes différences. Voici, d'après M. Lebert, la durée dans 39 cas ; dans un tiers, elle n'a pas dépassé 9 mois ; dans un autre tiers elle a varié de 9 à 18 mois, et dans le dernier tiers elle a été au-dessus de 18 mois. Sur ce nombre, elle a été 7 fois de 2 ans, 2 fois de 23 mois, et 3 fois au delà de 2 ans. La durée moyenne est 16 mois et quelques jours, le minimum de durée a été au-dessous de 3 mois, le maximum 5 ans et 2 mois.

D'après M. d'Espine, la fréquence du cancer utérin est la sui-

vante : Sur un nombre de 537 cas de morts par cancers survenues à Genève, il y a eu 83 cancers utérins ou 1 huitième à peu près.

La terminaison du cancer de l'utérus est la mort ; je ne sache pas qu'on puisse citer un seul cas de guérison spontanée.

Cette terminaison peut avoir lieu de plusieurs manières : 1^o par anémie, c'est surtout ce qui a lieu lorsque la malade a présenté de grandes hémorrhagies ou des écoulements séreux extrêmement abondants ; 2^o par les progrès et l'extension du cancer aux parties voisines, telles que la vessie, le rectum, et par la destruction de ces parties ; 3^o par le développement d'un cancer dans un autre organe, tel qu'un cancer de l'estomac ; 4^o par les progrès de l'infiltration et par le développement final d'un œdème pulmonaire qui amène l'asphyxie ; 5^o par la fièvre hectique et par l'épuisement des malades ; 6^o fréquemment on voit des phlegmasies intercurrentes venir compliquer, comme cela s'observe fréquemment dans la plupart des maladies chroniques, l'affection cancéreuse : ce sont surtout des pneumonies qui surviennent en pareil cas.

ARTICLE V. — Diagnostic du cancer de l'utérus.

Le diagnostic du cancer de l'utérus ne présente pas, en général, de difficultés bien sérieuses ; il peut tout au plus être confondu avec les différentes inflammations chroniques du corps ou du col de l'utérus. Cette question de diagnostic a déjà été traitée, et nous avons donné des tableaux synoptiques destinés à présenter les bases sur lesquelles il pouvait être établi ; nous ne pouvons donc qu'y renvoyer le lecteur. (Voyez tome I^{er}, page 320-322.)

Quant au diagnostic des tumeurs fibreuses et du cancer, on l'établira facilement en observant que, dans ces tumeurs, le col utérin est parfaitement sain, tandis que c'est toujours par lui que commence le cancer. Ajoutez-y la conservation de la mobilité de l'utérus, son volume et son poids beaucoup plus consi-

dérables, la durée beaucoup plus longue de la maladie, on aura des signes suffisants pour baser le diagnostic.

Il est une autre affection admise par un certain nombre de médecins, et qu'on regarde comme pouvant être confondue avec le cancer de l'utérus. Je n'ai pas donné l'histoire de cette maladie dans cet ouvrage, parce que je ne crois pas à son existence comme maladie isolée et indépendante de la métrite chronique. Des hommes distingués continuent à professer une opinion contraire ; je vais profiter d'un travail récent de M. le docteur Hédouin (1) pour résumer brièvement l'histoire de cette affection et faire connaître mon opinion à ce sujet.

Les *fongosités utérines*, tel est le nom qu'on donne à cette affection, consisteraient dans de petites tumeurs d'une nature particulière qui se développeraient à la surface interne de la muqueuse utérine. Décrites pour la première fois en 1843 par Récamier, M. Robert, en 1846, essaya de démontrer qu'elles étaient formées par les éléments hypertrophiques de la muqueuse utérine ; M. Robin, en 1848, en donna une description microscopique.

Ces fongosités sont constituées par de petites tumeurs ayant depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois. Tantôt blanchâtres, denses et comme fibreuses, tantôt molles et vasculaires, elles siègent surtout à la face interne de l'utérus, au voisinage des trompes. Selon M. Robin, elles sont constituées par des fibres de tissu cellulaire et des éléments fibro-plastiques, entourés d'une matière amorphe homogène et finement granuleuse ; il y a de nombreux vaisseaux capillaires. Au milieu de ces végétations, on trouve hypertrophiées les glandules de la muqueuse utérine ; ces fongosités sont surtout communes de vingt-cinq à trente cinq ans.

Les causes seraient les avortements, les accouchements pénibles, difficiles et sans repos suffisant à leur suite.

Les symptômes sont les suivants : 1^o Une métrorrhagie se

(1) Hédouin, *Fongosités utérines*, dans *Union médicale de la Gironde*, juin et juillet 1858.

montrant tantôt d'une manière modérée, tantôt en grande abondance, surtout à l'époque des règles et consistant spécialement dans la prolongation de ces dernières; cette métorrhagie peut durer de plusieurs jours à plusieurs semaines. 2° Dans l'intervalle des règles, un écoulement séro-sanguinolent et quelquefois analogue à de l'eau rousse.

On signale comme symptômes accessoires, la tension du ventre, les douleurs utérines avec toutes leurs irradiations, les névralgies lombo-abdominales. Ces diverses espèces de douleurs augmentent aux époques menstruelles, ou pendant certains mouvements. On signale ensuite les troubles digestifs, l'altération de la santé générale, la diminution des globules, etc.

Le diagnostic s'établirait par voie d'exclusion, il serait appuyé sur l'absence des signes des tumeurs fibreuses et du cancer de l'utérus. L'auteur de l'article auquel j'ai emprunté ces détails admet qu'on peut confondre ces végétations avec un cancer de la cavité interne de l'utérus, et il regarde le diagnostic comme difficile. On peut faire observer que de tels cancers sont très rares, et qu'il existe presque constamment un état cancéreux du col utérin; de plus, si le cancer siège à la surface interne du col, il doit nécessairement s'accompagner d'une augmentation de volume de l'organe. M. Hédouin dit que M. Nélaton, en pareille circonstance, donne comme moyen de diagnostic de ces végétations, l'examen au spéculum qui fait voir le liquide constitué par l'écoulement, sortant goutte à goutte de la cavité utérine.

Le traitement consiste dans l'abrasion, avec la curette de Récamier (voy. t. I^{er}, p. 432), des fongosités implantées dans l'intérieur de l'utérus.

Voici les objections que l'on peut adresser aux partisans de l'existence de cette affection nouvelle: Ces végétations ne constituent en aucune manière une maladie spéciale et distincte; elles sont tout simplement le résultat de l'hypertrophie inflammatoire des follicules de la muqueuse utérine, ou un des modes

d'expression de la métrite catarrhale chronique du corps de l'utérus. Les symptômes de ces végétations, tels que les rapporte M. Hédouin, sont tout à fait les accidents locaux et généraux de cette métrite, et il serait difficile d'y voir autre chose.

Quant au procédé, il est barbare, et l'on peut lui adresser les graves objections suivantes. Il est difficile de croire d'abord qu'on puisse ainsi détruire ces végétations avec une curette, sans déterminer une métrite violente. Cette opération même est souvent suivie d'insuccès ou de récurrence. Enfin, d'après l'aveu des partisans de cette opération, il y a des cas où elle a été suivie de métrite-péritonite. J'en ai observé un cas. M. le professeur Cruveilhier m'a rapporté avoir été appelé pour deux malades qui avaient été soumises à cette opération, et qui étaient atteintes de métrite-péritonite; l'une d'elles succomba. En résumé, je ne saurais trop engager les médecins à bannir de leur pratique cette méthode au moins inutile et souvent dangereuse.

ARTICLE VI. — Pronostic du cancer de l'utérus.

Le pronostic du cancer utérin est nécessairement de la plus haute gravité, puisque, comme nous l'avons dit, il n'existe aucun exemple de guérison spontanée.

ARTICLE VII. — Traitement du cancer de l'utérus.

Le traitement du cancer de l'utérus a beaucoup occupé, il y a vingt-cinq ans, l'attention des praticiens. Des discussions vives se sont élevées à ce sujet, et la question, longtemps indécise, commence à peine maintenant à s'éclaircir.

Nous diviserons notre sujet de la manière suivante: 1° médication du cancer proprement dit; 2° médication des accidents du cancer.

§ 1. Médication du cancer de l'utérus.

L'étude de cette médication comprend celle des médicaments internes et celle des moyens chirurgicaux que l'art met à notre disposition.

MÉDICATION INTERNE. — Examiner les nombreux médicaments qu'on a successivement proposés pour guérir le cancer en général, et le cancer utérin en particulier, serait à mon avis une puérilité. Des expériences nombreuses, des succès de chaque jour, ont depuis assez longtemps fait justice de toutes ces médications spéciales, pour qu'il soit inutile d'y insister longuement; aussi les nommerai-je à peine. Voici celles qui ont eu le plus de vogue :

La *ciguë*, à laquelle Storck a fait une réputation qui n'est pas encore complètement détruite ;

Le *chlorure d'or*, sur lequel M. Chrestien, de Montpellier, a tant insisté ;

L'*iode*, l'*iodure de potassium*, et leurs diverses préparations ;

Les *mercuriaux* sous toutes leurs formes ;

L'*opium* et les narcotiques sous toutes leurs formes.

On pourrait en multiplier le nombre à l'infini ; ces diverses espèces de médications n'ont d'autre avantage, et c'en est peut-être un que d'occuper les malades, frapper leur imagination et leur faire supporter avec un peu de patience leurs souffrances.

Nous concevons parfaitement l'emploi de ces médicaments dans ce but, mais il faut éviter de tomber dans un autre écueil : les uns peuvent fatiguer le tube digestif et provoquer des phénomènes morbides qu'il n'est plus possible d'arrêter et qui accélèrent la terminaison fatale ; les autres occasionnent des accidents nerveux si faciles à développer chez des femmes affaiblies, et qui viennent alors compliquer une maladie déjà si fâcheuse et si douloureuse par elle-même ; d'autres enfin, comme les mercuriaux, l'iode et les iodures, portent quelquefois atteinte à la nutrition organique et accélèrent l'affaiblissement et l'amaigrissement déjà si rapides et si considérables.

Il faut donc beaucoup de réserve dans l'emploi de ces médicaments, et nous ne saurions en recommander une trop grande aux praticiens qui auraient encore conservé quelque illusion à cet égard. Mon expérience personnelle est venue se joindre à

celle de tous mes devanciers, et je n'ai jamais observé aucune amélioration à la suite de leur usage, même longuement prolongé.

MOYENS CHIRURGICAUX. — *Amputation du col utérin*. — La première médication qui se présente est l'amputation du col de l'utérus. Cette opération a joui d'une grande vogue, et pour quelques personnes, elle mérite encore une certaine faveur ; cette question doit être étudiée avec beaucoup de soin. Aussi examinerons-nous successivement ce qui a été fait et ce qu'il convient de faire.

En 1834, Lisfranc présenta à l'Institut un travail dans lequel il annonça 99 cas d'amputation du col utérin, et sur ces 99 cas 84 guérisons et 15 morts. Ce résultat étonna beaucoup de monde, mais il fut provisoirement admis. En 1836, Pauly (1), un des élèves de Lisfranc, publia un ouvrage dans lequel il nia beaucoup des faits annoncés par Lisfranc ; il annonça n'avoir pu retrouver que 53 cas des 99 annoncés par ce chirurgien.

Sur 19 malades de la pratique particulière opérées, 1 se portait bien quinze mois après ; 4 avaient succombé dans les vingt-quatre heures qui avaient suivi l'opération ; 12 avaient vu la maladie récidiver de suite ; chez 2, le cancer n'avait été enlevé qu'incomplètement et il avait continué sa marche.

Sur 9 malades opérées, et auprès desquelles Pauly resta vingt-quatre heures, 6 avaient éprouvé une forte hémorragie et 3 étaient mortes au bout de cet espace de temps. Il est malheureux pour Lisfranc qu'il n'ait jamais relevé cette statistique qu'il s'est contenté d'appeler inexacte. Dans sa clinique, du reste, Lisfranc avait établi qu'il pratiquait l'amputation du col dans les quatre circonstances suivantes : 1° les cancers douteux ; 2° les ulcérations vénériennes menaçant de s'étendre trop loin ; 3° les cancers développés sur des engorgements ou sur des ulcérations simples ; 4° les cancers d'emblée.

(1) Pauly, *Maladies de l'utérus, d'après les leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié par Lisfranc*, 1836. 1 vol. in-8.

Ces détails font suffisamment voir combien on doit peu compter sur la statistique de Lisfranc. D'abord on conteste sa réalité ; ensuite on est en droit de nier le diagnostic de la plupart des cas dans lesquels il pratiquait l'amputation du col. Il l'avoue lui-même, puisqu'il ne pratiquait pas toujours cette amputation dans le cancer vrai, qui formait tout au plus sa quatrième série. On peut se demander si, à cette époque où le diagnostic de cette affection n'était pas encore bien déterminé, on n'avait pas pris pour des cancers des inflammations chroniques du col utérin avec état fongueux et ulcérations.

On voit de plus, d'après la *Clinique chirurgicale* de Lisfranc (1) et d'après l'ouvrage de Pauly, quels accidents terribles accompagnent souvent les amputations du col utérin : les hémorrhagies abondantes, les inflammations du tissu cellulaire du bassin, les péritonites, les morts rapides.

Depuis cette époque, on a pratiqué et l'on pratique encore, dans des cas isolés, des amputations du col de l'utérus. Il est possible qu'il y ait eu des succès, mais le nombre doit en être bien peu considérable, et il serait impossible avec eux de tracer une statistique. Il y a toujours à redouter pour cette maladie des erreurs de diagnostic, si faciles à commettre et à dissimuler.

Scanzoni (2) a émis l'opinion suivante relativement à la nature des cas dans lesquels on devrait pratiquer l'amputation du col de l'utérus : 1° Lorsqu'on est appelé au début d'un cancer utérin, 2° lorsque la maladie est encore circonscrite à la portion vaginale du col utérin, alors on peut tenter l'opération ; mais en dehors de cette circonstance, il ne faut pas songer à y avoir recours.

Voici le procédé qu'il conseille, et que du reste il expose très brièvement.

On doit pratiquer l'excision du col dans l'intérieur même du

(1) Lisfranc, *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*, 1841-1843. 3 vol. in-8.

(2) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, 1838. 1 vol. in-8.

vagin, et employer exclusivement pour cette opération des ciseaux courbes ; on s'abstiendra des pinces de Museux pour attirer le col utérin au dehors jusqu'au-devant des grandes lèvres. Indépendamment des inconvénients que peut avoir une traction ainsi opérée, il existe presque toujours, dès cette époque, des adhérences autour de l'utérus, dans le péritoine, le tissu cellulaire péri-utérin, entre la vessie et le rectum ; et ces tractions pourraient les déchirer et provoquer, soit une péritonite, soit une inflammation du tissu cellulaire ambiant. L'auteur rapporte un accident qui lui est arrivé en opérant ainsi ; il a produit la déchirure transverse du périnée.

Telle est la pratique de Scanzoni ; mais cela ne suffit pas, et il y a bien des questions à lui adresser. Combien de cas de guérison, de récurrence, de mort ? Au prix de quels accidents ces guérisons, lorsqu'elles ont eu lieu, ont-elles été obtenues ? Aucun de ces renseignements utiles n'a été donné, ce qui est regrettable ; l'autorité de Scanzoni n'aurait eu que plus de valeur, et sa conduite aurait pu engager beaucoup de praticiens à le suivre dans ces errements. En l'absence de ces documents indispensables pour avoir une opinion définitive sur le procédé de ce chirurgien et sur sa manière de faire, nous nous abstenons et nous attendons des faits et des chiffres positifs.

De la discussion dans laquelle nous sommes entré que faut-il conclure ? Nous concluons avec Scanzoni, qu'on ne peut songer à pratiquer l'amputation du col que dans les cas où le cancer est encore borné à la portion vaginale. Mais cette conduite est-elle quelquefois possible ? Cette question est déjà bien controversée. Pour Scanzoni le fait est rare ; les femmes ne consultent presque jamais à l'époque où la maladie est ainsi limitée ; la plupart du temps, les accidents sont déjà très avancés et le corps de l'utérus est envahi lorsque les malades songent à recourir aux conseils du médecin.

Bennett, qui a publié des recherches si curieuses sur la première période du cancer de l'utérus chez la femme, doute presque qu'il soit donné au médecin de jamais le constater à cette

époque. Son travail est tellement net et précis à cet égard, qu'il n'y a aucune observation à y faire.

Voici, du reste, les propres paroles de Bennett :

« Je le répète donc, ma propre expérience, aussi bien que l'analyse des faits rapportés par les auteurs, me porte à conclure que les productions cancéreuses de l'utérus, dans la première période de leur développement ou avant l'ulcération, sont toujours ou presque toujours indolentes, et ne donnent lieu à aucun symptôme suffisamment tranché pour fixer l'attention des malades, et les engager à réclamer les secours de l'art. C'est ce qui explique comment le praticien a si rarement occasion de les observer à cette époque de leur développement, etc. »

Sur les très nombreux cas de cancer de l'utérus que j'ai examinés avec soin, je n'en ai trouvé qu'un seul à sa première période; je l'ai fait représenter (pl. VI, fig. 3). Il siégeait sur la lèvre antérieure du col de l'utérus; il était constitué par une tumeur bilobée, dure, d'une couleur violacée; l'utérus et son col avaient conservé une mobilité parfaite. Je pense qu'il était circonscrit à la portion vaginale du col utérin, mais en vérité j'ignore si intérieurement il ne se prolongeait pas au delà.

Je conclus donc que s'il est possible de songer à l'amputation du col utérin, ce ne peut être que dans les cas où le cancer utérin est borné à la portion vaginale du col, époque où le médecin est rarement consulté; alors il serait à désirer qu'on publiât une histoire détaillée de ces opérations, afin de pouvoir comparer ensemble les faits recueillis, avant de se faire une opinion définitive à cet égard. Quant à moi, en l'absence de ces faits et de ces observations, j'aime mieux attendre, et je conseille d'y réfléchir à deux fois avant de laisser pratiquer l'amputation du col, attendu qu'on peut avoir à redouter le développement d'une péritonite, une complication de phlegmon péri-utérin, des hémorrhagies quelquefois mortelles, enfin et surtout des récidives.

Amputation de l'utérus en totalité. — L'utérus malade a été enlevé en totalité par quelques chirurgiens, et une semblable

opération a dû nécessairement avoir un grand retentissement. D'après Breslau, qui a fait la statistique des amputations de l'utérus entier, cette opération a été pratiquée dix-neuf fois, et, sur ces dix-neuf cas, il n'y a eu que deux succès, encore remontent-ils à une époque déjà bien éloignée. Ces deux succès sont ceux de Langenbeck et de Récamier; mais les détails dans lesquels ces deux médecins sont entrés laissent fort incertaine la question du diagnostic exact d'un cancer. Ce sont deux faits qui, à l'état où en est arrivée maintenant la science du diagnostic, ne peuvent avoir une valeur absolue. Du reste, je pense qu'on peut considérer cette opération comme tombée dans un oubli absolu, et qu'il n'entrera dans l'esprit d'aucun chirurgien de la pratiquer de nouveau.

Cautérisations du col utérin cancéreux au fer rouge. — On a pensé, et beaucoup de médecins pensent encore, qu'on peut détruire un cancer du col à sa première période; c'est-à-dire à l'état de crudité et lorsqu'il est encore assez limité; cette destruction pourrait être opérée à l'aide du fer rouge. Il est important d'examiner si une telle espérance est fondée.

Nous rencontrons d'abord la première difficulté qui nous a déjà arrêté tout à l'heure. Est-on souvent consulté pour des cancers du col à leur première période, et encore limités à la portion vaginale de ce conduit? Or, nous venons de voir que ce cas est déjà fort rare et tout à fait exceptionnel. Il faut, en effet, pour qu'on songe à détruire par le fer un col cancéreux, que le cancer soit encore circonscrit et à l'état de crudité, que l'utérus et le col soient libres et mobiles, et qu'il n'y ait aucune adhérence.

Ces cas, tout rares qu'ils sont, étant trouvés, peut-on espérer les détruire avec le fer rouge? Je ne le pense pas. D'abord une seule application ne suffirait pas, il en faudrait au moins plusieurs, et chaque cautérisation devra être profonde et vigoureuse; ce sont là autant de difficultés. Avec la répétition des cautérisations, il y a lieu de craindre que leur succession, qui devra quelquefois porter sur un nombre assez grand, ne laisse pendant ce laps de temps l'affection cancéreuse marcher

et gagner le corps de l'utérus ; la maladie ferait donc des progrès en arrière à mesure qu'on la détruirait en avant.

De plus, les cautérisations profondes et vigoureuses sont loin d'être sans influence sur la production des péritonites et des phlegmons péri-utérins, car nous avons vu que ce n'était qu'avec des cautérisations superficielles qu'on pouvait éviter à coup sûr ces accidents.

Enfin, n'y a-t-il pas à craindre qu'à la chute de ces eschares profondes, il n'y ait des hémorrhagies quelquefois considérables, et suffisantes pour porter atteinte à la santé des femmes qui en seraient atteintes ?

Du reste, je suis heureux de pouvoir appuyer mon opinion sur celle de Scanzoni, qui déclare qu'il ne faut pas songer au cautère actuel pour obtenir une cure radicale du cancer utérin, et qu'on devra simplement considérer cette méthode comme un agent auxiliaire utile dans un certain nombre de circonstances que nous étudierons tout à l'heure.

Je n'ai essayé qu'une fois la méthode que je viens d'exposer, et les résultats déplorables que j'ai obtenus m'ont empêché de songer depuis à y avoir recours. Il s'agissait d'une femme âgée de quarante-sept ans, et atteinte d'un cancer du col encore à l'état d'induration. Il présentait quelques adhérences, mais un examen attentif me fit admettre qu'il était tout à fait borné au col. Je pratiquai une première cautérisation vigoureuse, énergique, et qui comprenait tout le tissu cancéreux. Au bout de sept jours tomba une eschare, à la suite de laquelle il y eut une hémorrhagie très intense, qui affaiblit la malade et qu'on eut beaucoup de peine à arrêter. De plus, nous trouvâmes, à l'examen qui suivit l'arrêt de l'hémorrhagie, une surface fongueuse, saignante, qui ne cessa depuis de verser un liquide abondant toujours sanieux et quelquefois sanguinolent. La malade s'affaiblit beaucoup, et fut, sur sa demande, admise à la Salpêtrière quelque temps après. Je n'en ai plus entendu parler.

Cautérisation du col utérin avec les caustiques solides. — Depuis longtemps on essaye de détruire les cancers utérins

avec des caustiques solides. On a ainsi employé successivement en pâte, le *chlorure de zinc*, le *perchlorure de fer*, le *chlorure de brome*, la *pâte de Vienne*, la *potasse caustique*, et peut-être d'autres encore.

Plusieurs essais que j'ai faits m'ont tout à fait éloigné d'en recommencer de nouveaux. Non-seulement je ne leur reconnais aucun avantage, mais je peux signaler les inconvénients nombreux qu'ils présentent.

D'abord ils n'agissent jamais qu'à une profondeur peu considérable, et il faudrait plusieurs applications successives de caustiques à chaque chute d'eschare pour détruire complètement le tissu cancéreux. Mais, de même que pour l'emploi du fer rouge, la maladie marche en arrière et gagne le corps de l'utérus pendant qu'on détruit à la partie antérieure le tissu morbide.

L'application de ces caustiques, qui fondent sous l'influence des liquides sécrétés par les parties malades, a souvent pour conséquence la liquéfaction d'une partie de leur substance, leur écoulement sur les parties voisines, et la cautérisation de ces dernières, qui sont encore à l'état sain.

À la chute des eschares, on peut voir se développer des hémorrhagies souvent considérables et difficiles à arrêter.

La surface mise à nu, il est souvent difficile, avec les liquides abondants qu'elle fournit, de maintenir une pâte caustique.

Le cancer marche quelquefois beaucoup plus rapidement après la chute d'une eschare, et les phénomènes morbides d'un cancer ulcéré viennent remplacer ceux d'un cancer à la première période qui existait auparavant.

Enfin, parviendrait-on à détruire le tissu cancéreux entier par ces caustiques, n'aurait-on pas à craindre les récidives ? Ce qui manque à cette méthode comme aux autres, et ce qui doit les faire rejeter par les médecins prudents, ce sont les faits bien observés et bien recueillis, ainsi que des statistiques consciencieuses.

Cautérisation du col utérin avec les caustiques liquides. — Quelque énergiques que soient ces caustiques, il est évident

BIBLIOTHEQUE

qu'on ne saurait compter sur eux pour obtenir la destruction d'un cancer du col utérin, quand on ne peut songer à l'obtenir avec les pâtes caustiques, beaucoup plus énergiques, dont nous venons de parler. Les acides concentrés, et en particulier les acides sulfurique, azotique et chlorhydrique, le nitrate d'argent solide ou en dissolution, le nitrate acide de mercure, ne sont employés qu'en couches très légères, et par conséquent ne peuvent produire que des eschares peu profondes. Aussi les a-t-on prescrits non pour obtenir une guérison radicale du cancer, mais pour obvier à certains accidents dont nous allons parler tout à l'heure. Nous ne saurions donc conseiller leur emploi pour guérir cette affection.

§ 2. Médication des accidents du cancer :

1° HÉMORRHAGIES. — Les hémorrhagies utérines symptomatiques du cancer de la matrice doivent être traitées, dans le premier instant, comme toutes les autres hémorrhagies de cet organe ; il faut avant tout et à tout prix arrêter le sang : c'est la première chose à faire. Aussi doit-on avoir recours à l'emploi des astringents internes et externes, au froid, et finalement si l'on échoue, au tamponnement. Nous ne reviendrons pas sur l'application de ces moyens, dont nous avons fait une histoire détaillée (p. 23). Mais quand ces hémorrhagies se renouvellent fréquemment, on peut espérer en prévenir le retour par des moyens spéciaux ; ou bien, quand elles sont peu considérables mais continues, on peut les diminuer, sinon les annuler complètement. Ici on possède des moyens plus spéciaux et dont nous allons dire quelques mots.

a. Perchlorure de fer. — Le perchlorure de fer en solution dans l'eau, au dixième degré, sera employé avec beaucoup d'avantage pour arrêter des hémorrhagies utérines peu considérables, ou pour prévenir le retour d'écoulements de sang plus abondants. Pour l'appliquer, il faut nécessairement avoir recours à l'emploi du spéculum et d'un pinceau que l'on promène sur la surface cancéreuse ; on aura recours à ce moyen souvent,

quelquefois même tous les jours, car s'il agit favorablement pour arrêter une hémorrhagie due à un cancer, son action est passagère, et la lésion organique que recouvre cet agent a bientôt fait franchir cette faible barrière au sang qu'elle produit. Le perchlorure de fer est donc un bon hémostatique dans cette circonstance.

b. Tannin en dissolution. — 100 grammes de tannin pur en dissolution dans 100 grammes d'eau constituent une solution visqueuse, épaisse, d'un jaune brunâtre, et qui est aussi un excellent hémostatique local pour arrêter de petites hémorrhagies utérines dues au cancer et pour en prévenir de nouvelles ; on l'applique également avec un pinceau, à l'aide du spéculum. Son action est passagère si l'on se borne à en faire une simple application ; il faut, comme pour le perchlorure, en renouveler l'usage. On peut rendre son action plus longue en appliquant sur la surface cancéreuse un tampon de charpie ou de ouate de coton, fortement imbibé de cette solution concentrée. On pourra encore se borner à appliquer un simple tampon de ouate saupoudré d'une forte proportion de tannin pur en poudre.

D'après les essais que j'ai faits, je ne sais véritablement laquelle préférer de la solution de perchlorure de fer ou de la solution tannique. Je pense qu'on peut indifféremment faire usage avec avantage de l'une ou de l'autre.

c. Glace en application locale. — On s'est quelquefois bien trouvé d'introduire, à l'aide d'un spéculum, de petits sachets de boyau de mouton remplis de glace pilée, ou même d'un mélange réfrigérant. Ce moyen peut certes contribuer à arrêter une hémorrhagie symptomatique d'un cancer ; on y aurait recours, si l'on échouait avec la solution de tannin ou celle de perchlorure de fer ; car je le crois d'une application plus difficile.

d. Cautérisation avec des caustiques liquides. — Lorsqu'une hémorrhagie utérine se renouvelle avec une ténacité désespérante, on doit essayer des moyens hémostatiques un peu plus

énergiques que ceux dont nous venons de parler. Il faut cautériser la surface végétante et saignante qui fournit sans cesse le liquide sanguin. Les solutions caustiques liquides suivantes remplissent alors parfaitement ce but : tels sont la *solution concentrée de nitrate d'argent*, 100 grammes de nitrate pour 100 grammes d'eau ; le *nitrate acide de mercure*, les *acides azotique, chlorhydrique*, et même l'*acide sulfurique*. On applique ces liquides caustiques avec un pinceau de charpie qui en est imbibé et à l'aide du spéculum. On renouvelle de temps en temps leur emploi, et l'on prévient ainsi bien des hémorrhagies.

Les pâtes caustiques et les caustiques solides ne sauraient être employés dans un but analogue ; il est préférable d'avoir recours aux caustiques liquides appliqués en couches légères avec un pinceau, et d'y revenir plus souvent.

e. Cautérisation superficielle avec le fer rouge. — Lorsque les moyens précédents échouent, il faut alors avoir recours à la cautérisation légère et superficielle de la surface cancéreuse. Cette cautérisation a souvent d'excellents effets, et elle arrête au moins l'hémorrhagie pour quelques jours. Si elle se renouvelait à la chute de l'eschare, on pourrait recommencer. Je ne saurais trop recommander de faire ces cautérisations hémostatiques très superficielles ; cela suffit, car les cautérisations énergiques auraient les inconvénients précédemment signalés.

2° ÉCOULEMENT PATHOLOGIQUE. — Les deux accidents que l'on peut avoir à combattre sont l'abondance de l'écoulement, son odeur fade ou fétide. Or ce n'est pas chose facile que d'obtenir ce double résultat.

L'abondance de l'écoulement peut rarement être maîtrisée ; c'est uniquement avec des injections qu'on peut espérer sa diminution, mais les injections dont on peut faire usage ne sont pas nombreuses.

Quelquefois les injections d'eau fraîche, renouvelées souvent et en petite quantité à la fois, permettent d'atteindre une partie de ce résultat. Les injections astringentes, également prises à

froid, exercent une double action, et c'est à elles que je pense qu'il est préférable d'avoir recours. Les injections minérales astringentes ne remplissent en aucune manière ce but ; elles augmentent souvent l'écoulement et causent des douleurs aux malades. C'est aux injections tanniques qu'il faut avoir recours : telles sont les injections avec la décoction d'encre de Chine, avec la décoction de bistorte, de ratanhia, etc. ; mais je préfère avoir recours à la solution de tannin : 10 à 20 grammes pour 1000 grammes d'eau, avec laquelle j'ai obtenu quelquefois un peu de diminution dans l'abondance de l'écoulement.

Odeur fade et fétide de l'écoulement. — Cette qualité de la nature de l'écoulement est plus difficile peut-être encore à modifier que sa quantité ; on possède peu d'agents capables de combattre cette odeur ; aussi devra-t-on les administrer en injections souvent répétées.

Les simples injections d'eau fraîche, en maintenant une grande propreté et en s'opposant à toute accumulation de liquide, empêchent souvent le développement d'une odeur aussi repoussante ; mais si ce simple moyen ne réussit pas, il faut employer des injections plus énergiques. J'ai fait usage en pareil cas de trois espèces d'injections qui n'ont jamais enlevé l'odeur complètement, mais qui l'ont presque toujours modifiée.

Ces trois injections peuvent être faites avec les solutions suivantes : 1° Solution très étendue de perchlorure de fer : 10 grammes pour 1000 grammes d'eau ; 2° solution de chlorure de soude également très étendue dans l'eau : une cuillerée à bouche, par exemple, pour 1 litre d'eau ; 3° solution d'acide acétique, à la même dose que le chlorure de soude : une à deux cuillerées à bouche pour 1 litre d'eau.

3° DOULEURS. — Les douleurs constituent un des accidents les plus pénibles et les plus fatigants chez les malheureuses femmes atteintes de cancer de l'utérus. Pour les calmer, on doit essayer d'abord les moyens qui exercent une action locale, avant d'en venir aux médicaments qui agissent par absorption.

Moyens locaux. — Les injections narcotiques, et en particulier

les décoctions de têtes de pavot, de feuilles de belladone, de jusquiame, de morelle, exercent assez souvent une action favorable, et qu'il est utile de mettre à profit. Si l'on échoue, il faut avoir recours à des moyens plus énergiques : ainsi les injections de laudanum, avec addition d'amidon en poudre, d'un tampon de ouate, telles que les emploie M. Aran, me sembleraient parfaitement convenables. On pourrait encore avoir recours aux crayons opiacés ou morphinés que j'ai déjà décrits et sur lesquels je reviendrai en traitant de la névralgie utérine.

Quelquefois ces moyens échouent encore ; on peut alors songer à insuffler sur la surface ulcérée une poudre très fine, sans action par elle-même, et additionnée d'une petite quantité de chlorhydrate de morphine : tel est le sucre de lait bien pulvérisé, auquel on ajoute pour 2 grammes 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Il est bien entendu qu'il faut employer ce moyen avec beaucoup de précautions, en raison des accidents d'intoxication qui pourraient en résulter.

On a encore conseillé la morphine par la méthode endermique, en faisant usage de vésicatoires ammoniacaux qu'on appliquerait successivement à la partie interne des cuisses, à l'hypogastre, aux lombes.

Quelquefois les bains de siège administrés dans des solutions narcotiques produisent de bons résultats : tels sont ceux qu'on donne avec des décoctions de pavot, de feuilles de morelle, de belladone, etc.

Malgré tous ces moyens, il est triste de dire que l'on échoue bien souvent, et que rien ne peut modérer les douleurs qu'éprouvent un certain nombre de femmes atteintes de cancer utérin. A peine les diminue-t-on pour quelques instants, pour quelques heures au plus, et elles reprennent ensuite avec une intensité nouvelle. Dans ces dernières années, on a aussi employé les *douches d'acide carbonique*, qui ont paru quelquefois diminuer les douleurs, mais toujours momentanément. Lorsque tous ces moyens n'ont point réussi, il faut avoir recours à la médication interne.

Moyens généraux. — Ces moyens se bornent à un seul médicament, l'opium ou la morphine, et il est encore heureux qu'il puisse assez souvent réussir. Les douleurs utérines obligent souvent le médecin d'avoir recours à cet agent, et de l'employer à doses progressivement croissantes jusqu'à ce qu'il ait obtenu, soit une diminution considérable, soit une disparition complète des douleurs.

Sans doute il faut souvent aller à des doses assez fortes, y insister et ne pas s'arrêter ; mais qu'importe, si l'on parvient à modérer la violence des douleurs ou à les faire disparaître. Le médecin praticien sera le seul juge des doses auxquelles il faudra porter l'extrait d'opium ou le chlorhydrate de morphine pour obtenir un résultat heureux.

4° ÉTAT GÉNÉRAL. — On doit chercher à soutenir l'état général anémique et l'affaiblissement qui accompagnent si tôt le cancer de l'utérus, et l'on peut avoir recours, sous ce rapport, à des agents médicamenteux ou à l'hygiène.

Parmi les médicaments, j'insisterai en première ligne sur le quinquina et ses diverses préparations. Le vin de quinquina surtout remonte beaucoup les femmes, les empêche de s'affaiblir aussi rapidement et entretient leur appétit. Le fer peut aussi être employé ; on y a recours, soit sous forme d'eaux minérales (Spa, Schwalbach, etc.), soit sous forme de fer réduit par l'hydrogène ou de tartrate ferrico-potassique, aux doses habituelles. Les amers, et en particulier le quassia amara, contribuent également à maintenir l'appétit.

La constipation doit être combattue avec soin par des laxatifs légers (huile de ricin, magnésie, manne, etc.), afin d'éviter la compression fâcheuse que les matières fécales pourraient exercer sur le cancer.

Le régime hygiénique doit être tonique et fortifiant ; on conseillera un air pur, un vaste appartement, en raison de l'odeur de la matière de l'écoulement. Une nourriture dans laquelle on fera prédominer les viandes rôties, un peu de vin pur, un peu d'exercice tant que cela sera possible, quelques distractions,

compléteront le traitement hygiénique. La propreté la plus grande autour de la malade sera un adjuvant indispensable, et qui rendrait peut-être moins pénibles les périodes si douloureuses de cette terrible affection.

DES PRODUCTIONS CANCROÏDES DE L'UTÉRUS.

L'étude des productions cancroïdes de l'utérus, malgré de nombreux travaux publiés sur ce sujet, est encore loin d'être avancée. On peut même se demander, maintenant que l'existence de la cellule cancéreuse est non-seulement mise en doute, mais même niée complètement, s'il existe un cancroïde de l'utérus, et si les lésions considérées comme caractéristiques de cet état morbide ne sont pas de simples variétés du cancer. Ce sont des questions que nous allons examiner avec soin, en nous appuyant surtout sur les travaux des médecins anglais et allemands, et en regrettant que la littérature médicale française soit si pauvre relativement à l'étude des cancroïdes de l'utérus; car M. Lebert n'a fait que nous transmettre les travaux de ces médecins distingués.

Bennett, d'Édimbourg, est le premier qui ait essayé d'une manière un peu générale, et en s'appuyant sur des recherches microscopiques bien faites, de séparer les productions cancroïdes du cancer véritable. Pour lui, les productions cancéreuses sont celles qui présentent comme caractère essentiel la cellule cancéreuse, tandis que les productions cancroïdes formées, à l'œil nu et au toucher, par des modifications de tissu ressemblant d'une manière presque complète à celles du cancer, n'en diffèrent que par l'absence de la cellule cancéreuse.

Les productions cancroïdes, d'après Bennett, sont loin d'être toujours les mêmes; il en reconnaît cinq variétés bien distinctes, qui ne sont pas toujours faciles à distinguer les unes des autres, mais qui ont cependant une structure différente. Ces cinq variétés sont les suivantes :

1° *Tumeurs cancroïdes fibro-nucléennes.* — Elles ressemblent

assez au squirrhe ou à l'encéphaloïde. Les cellules cancéreuses y sont remplacées par des cellules à granules. Ces tumeurs ne récidiveraient pas.

2° *Tumeurs cancroïdes, épithéliales.* — Constituées par une hypertrophie de la couche épithéliale, ces tumeurs, qui commencent par une simple induration, peuvent se ramollir et s'ulcérer. Le microscope y démontre des cellules épithéliales nombreuses et agglutinées.

3° *Tumeurs fibreuses, cancroïdes.* — Ces tumeurs sont formées par un tissu fibreux ou filamenteux qui les fait ressembler d'une manière remarquable au tissu squirrheux. Bennett fait rentrer dans cette variété les tumeurs dites *sarcomateuses, dermoïdes, chondroïdes, névromateuses, graisseuses et tuberculeuses.*

Bennett évidemment s'est bien éloigné de l'idée qu'on voulait se faire du cancroïde, et qui était généralement acceptée; l'idée qui a prévalu en France, c'est qu'on devait simplement entendre par *cancroïde* les tumeurs ou les productions épithéliales. C'est surtout en ce sens que M. Lebert a fait son *Histoire des cancroïdes*, et qu'il a contribué à simplifier la question.

Appliquant ses recherches à l'utérus, Bennett admet que les tumeurs ou les productions épithéliales s'y montrent sous deux formes qui sont les suivantes :

1° *L'ulcère rongeur*, qui présente une assez grande analogie avec le cancer des lèvres, commence par la surface du col, et s'étend ensuite en profondeur et en largeur.

M. J.-H. Bennett, dans son *Traité de l'inflammation de l'utérus*, donne les caractères suivants pour le distinguer des ulcérations inflammatoires du col utérin et des ulcérations cancéreuses :
 • Au lieu d'une hypertrophie du col, telle qu'on l'observe dans l'ulcération inflammatoire chronique, il y a au contraire *perte de substance*. C'est une ulcération excavée avec un bord induré, et dont la profondeur varie suivant que la maladie est plus ou moins avancée. L'ulcère rongeur se distingue aussi de l'ulcération cancéreuse ordinaire, qui finit par entraîner une perte

de substance, en ce que l'on n'y observe pas ces bords indurés, ces inégalités, que déterminent les productions cancéreuses. Dans le cancer du col avancé et ulcéré, l'utérus est soudé avec les tissus voisins, immobile ou presque immobile. Rien de pareil dans l'ulcère rongé, même lorsque le col a été détruit et que l'ulcération a creusé profondément le corps de l'utérus. »

2^e Le second mode de manifestation des productions cancéreuses du col utérin consiste dans les *excroissances en choux-fleurs*. Cette forme, plus commune que la précédente et cependant assez rare, est constituée par une ou plusieurs fongosités saillantes, développées à l'orifice même du col utérin. Ces fongosités sont formées par des groupes de petites saillies secondaires et arrondies, qui la font ressembler assez exactement à un chou-fleur. Le reste du col est, en général, sain; ces tumeurs, d'après Bennett (d'Édimbourg), sont presque entièrement composées d'écaillés d'épithélium, qui ont la forme allongée ou celle d'un carré, et dont les noyaux sont bien distincts.

On regardait ces tumeurs cancéreuses du corps de l'utérus comme ne se reproduisant pas après avoir été enlevées; c'est une opinion qui est loin d'être vraie. Sans doute, il existe beaucoup de tumeurs épithéliales qui, après leur ablation, ne se renouvellent pas; mais on possède aussi un bon nombre de faits dans lesquels la récurrence a eu lieu.

Les médecins anglais se sont beaucoup occupés de ces questions de cancéroïde, on peut rappeler les travaux de C.-N. Clarke, Ramsbotham, Lever, Montgomery, Andwer, Simpson, Robert, Lee, etc. Scanzoni, qui traite assez légèrement ces travaux comme tous ceux qui ne sont pas sortis de l'Allemagne, n'a oublié qu'un nom, celui de Bennett (d'Édimbourg), dont les travaux ont tant avancé la question. Il n'en a pas dit un mot dans l'article consacré au cancéroïde, il trouve simple ce que les médecins anglais ont appris, en annonçant que ces tumeurs pouvaient produire une sécrétion aqueuse très abondante et causer la mort des malades, non pas par leur grand développe-

ment, mais par l'épuisement de l'organisme qu'elles déterminent. On leur doit encore, suivant lui, d'avoir montré qu'elles ne s'étendaient pas au delà des lèvres du museau de tanche, quoiqu'on en ait observé à l'intérieur de l'utérus et dans les parois du vagin, et enfin qu'elles ne reparaisaient pas après avoir été complètement enlevées.

On ne peut traiter plus légèrement des médecins qui ont beaucoup fait pour l'étude de cette maladie. Quant à Scanzoni, il ne parle dans son article des cancéroïdes de l'utérus que des *choux-fleurs de l'orifice utérin*, et encore se borne-t-il à une analyse très courte des travaux de Virchow et de Ch. Mayer (de Berlin), travaux que je vais résumer d'après lui.

D'après Scanzoni, ce serait à Virchow que l'on devrait la connaissance de la nature de cette altération qui consisterait dans une simple tumeur papillaire, passant plus tard à l'état de cancéroïde. On ne voit d'abord que des papilles ou des cellules composées de couches très épaisses de plaques périphériques, sous lesquelles on rencontre des cellules épithéliales cylindriques entourant un cylindre extrêmement fin, composé de vaisseaux très développés et de quelques fibres de tissu conjonctif. On trouve toutes les variétés de cellules épithéliales, et jusqu'à des cellules mères renfermant plusieurs nucléoles. Les vaisseaux y sont très développés, leurs parois très ténues, et leur distribution à l'extérieur des papilles explique l'abondance de la sécrétion aqueuse et des hémorrhagies. Ce sont les papilles qui, en se rapprochant et se groupant, donnent à ces excroissances l'aspect granuleux et leur permet de se ramifier et de s'étendre sous forme de franges. Plus tard, on voit se développer, dans les couches profondes de la tumeur, les alvéoles du cancéroïde, dans les parois desquelles se produisent de nouvelles excroissances papillaires.

Scanzoni reproduit ensuite presque textuellement le travail de Ch. Mayer, que nous allons brièvement résumer, et dans lequel on semble également avoir tout à fait oublié ou méconnu les travaux de Bennett.

Après avoir établi une comparaison avec le cancer des lèvres, Mayer démontre que la maladie, d'abord purement locale et nullement constitutionnelle, prend plus tard le caractère cancéreux. Ensuite les parties saines de l'organe finissent par se détruire complètement, et amènent la mort par des hémorrhagies et des suppurations abondantes. D'après cet auteur, on n'observe souvent la maladie que lorsque l'infiltration et la décomposition sont déjà très avancées et qu'il n'est plus possible de la distinguer d'un ulcère cancéreux couvert de fongosités.

Le cancroïde, suivant Mayer, se développe d'abord sur les lèvres du museau de tanche et gagne les autres parties du col et du corps de l'organe : ses causes sont complètement inconnues.

On rencontre aussi cette altération dans tous les âges et toutes les conditions, sur les parois du vagin, dans l'utérus comme dans le vagin. Elle forme, dans la première période de son développement, une tumeur arrondie, molle, brillante, rougeâtre, saignant au moindre attouchement, et dont la surface finement divisée ressemble au cerveau de petits animaux ou à des choux-fleurs. Ce cancroïde, débutant sans prodromes, est caractérisé par un écoulement aqueux, séreux, sanguinolent, rougeâtre, très abondant, quelquefois fétide ; il peut être remplacé par de véritables hémorrhagies ; on n'observe pas les douleurs du cancer.

Excisé pendant sa première période, le cancroïde peut guérir sans qu'on ait à craindre de récidives, ce qu'on obtiendra si la plus grande partie du col est encore saine et, ajoute-t-il, lorsqu'il ne renferme ni le suc ni les cellules du cancer.

La méthode la plus efficace pour l'opération du cancroïde est l'*excision*. On l'exécute dans l'intérieur du vagin avec des ciseaux courbes et à pointes arrondies. On traite les suites de l'opération comme toute amputation du col utérin.

M. Lebert, dans son *Traité des maladies cancéreuses*, a compris la description du cancroïde dans celle du cancer ; cette maladie peut, suivant lui, se montrer sous les formes suivantes :

1° *Ulcère rongeur* avec absence du tissu cancéreux dans sa base, dans ses bords, à sa surface et dans son voisinage. Suivant ce micrographe, on ne trouve dans ces ulcères et leur voisinage que les éléments de l'inflammation, de la suppuration et des débris nécrosés du tissu utérin, et nulle trace de tissu cancéreux. Il est assez difficile d'admettre qu'on puisse classer dans les cancroïdes de tels ulcères qui sont évidemment de nature inflammatoire, malgré leur tendance à s'agrandir.

2° M. Lebert revendique, comme l'ayant signalé le premier, le *cancroïde épidermoïdal végétant* de l'utérus. Cette maladie consisterait, suivant lui, dans une végétation exubérante de petites tumeurs comme papillaires qui occupent tout le fond du vagin et le pourtour du col, et dont l'aspect offre une consistance grumelleuse avec absence de tout suc infiltrant, et une composition feuilletée. Le microscope y fait reconnaître des papilles recouvertes d'épithélium pavimenteux et des globes concentriques d'épiderme. Le point de départ serait plutôt le pourtour vaginal du col que sa surface.

3° *L'ulcère épidermique* a pour caractère de présenter, à son fond et à sa surface, des végétations papillaires et épidermiques dans le genre de celles qui viennent d'être décrites.

4° *Ulcères épidermiques phymatoïdes*. Ce sont de petits ulcères creux, multiples, renfermant une matière jaune, grumelleuse, qui, au microscope, se montre entièrement composée de paillettes épidermiques. M. Lebert n'est entré dans aucun détail sur la symptomatologie, la marche et la durée de ces cancroïdes, non plus que sur leur récidive après l'opération.

Voilà des travaux assez nombreux sur les cancroïdes de l'utérus, et cependant la clarté n'existe pas encore sur ce sujet ; je vais résumer ce qui ressort de plus certain de ces divers travaux.

Il existe une maladie spéciale, certainement assez rare, qui débute à la surface du col utérin, tantôt par l'orifice même du museau de tanche, tantôt par le rebord vaginal du col. Cette maladie est caractérisée par des végétations exubérantes

présentant assez bien la forme de choux-fleurs, et que le microscope démontre formées de papilles saillantes exclusivement constituées par des cellules épidermoïdales en grand nombre. Ces végétations constituent en définitive de petites tumeurs épidermiques entremêlées de vaisseaux capillaires très nombreux.

La maladie, dans ces conditions, est à la première période; elle s'annonce par des hémorrhagies utérines plus ou moins fréquentes et par un écoulement aqueux, en général abondant et épuisant rapidement les malades. Tant qu'elle reste à cette période, la maladie semble locale et ne récidive pas lorsqu'on vient à la détruire.

A une seconde période, ces végétations s'ulcèrent et sont remplacées par des ulcérations inégales, profondes, essentiellement phagédéniques, qui ont pour fond le même tissu épidermoïdal.

Ces ulcères produisent des hémorrhagies abondantes, avec écoulement sanieux, semblable à celui des ulcérations cancéreuses; ils amènent la mort d'une manière analogue à ces derniers, et au milieu d'un état cachectique profond.

Pour guérir cette affection, quand elle est encore à la première période et que la plus grande partie du col utérin est encore saine, il faut enlever la partie malade. On arrive à ce résultat par la simple excision du col dans la partie saine, ou par une cautérisation vigoureuse des végétations.

Si cette maladie existe réellement, personne ne contestera qu'elle ne doive au moins être très rare, ou j'ai été très peu favorisé par le hasard, car voilà dix années que je me livre à l'étude des maladies de l'utérus, et je n'ai jamais eu occasion d'en observer un seul cas. Les recherches les plus récentes qui ont été faites sur le cancer, ont démontré que la cellule cancéreuse n'existe pas, et que ce qu'on prenait pour telle n'était tout simplement qu'une cellule épithéliale externe ou modifiée; alors il est permis de se demander si ces prétendus cancroïdes ne sont pas simplement une variété du cancer du col de l'utérus.

Tout en adoptant cette opinion, qui semble la plus probable, je crois cependant, sous le rapport du traitement, que toutes les fois qu'on observera des femmes présentant les végétations en choux-fleurs à la première période, et que la partie supérieure du col restera à l'état sain, on devra exciser la partie malade en opérant au milieu de la partie saine du col, ou bien cautériser vigoureusement ces végétations avec le fer rouge. Le doute seul sur la possibilité de leur récidive doit faire adopter ce mode de traitement.

SECTION IV.

DES KYSTES DES OVAIRES.

L'histoire des kystes de l'ovaire a fait beaucoup de progrès dans ces derniers temps. C'est surtout aux recherches d'anatomie pathologique que la science en est redevable; aussi est-ce dans les travaux concernant cette science que l'on trouve surtout les connaissances exactes sur les caractères et la nature des diverses espèces de kystes ovariens. M. le professeur Cruveilhier, dans ses deux ouvrages (1), a tracé d'une manière complète et de main de maître l'histoire des kystes de l'ovaire. M. Cazeaux en a résumé les principaux travaux publiés jusqu'en 1844 (2). M. Houël (3), dans son livre, a fait l'histoire des kystes de l'ovaire déposés au Musée Dupuytren, et dont les principaux types sont représentés dans mes planches XV et XVI. Depuis, en France surtout, cette histoire a fait peu de progrès; car dans la discussion qui eut lieu en 1856 et 1857 à l'Académie de médecine (4), il était évident que la plupart des documents anatomiques qu'on invoquait ne sortaient pas des divisions

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*. Paris, 1830-1842, 2 vol. in-fol., avec 233 planches coloriées, livraisons 5, 18, 25, 35. — *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1849-1856, 3 vol. in-8, t. III, p. 345-447.

(2) Cazeaux, *Des kystes de l'ovaire*, in-4 (*Thèse de concours*, Paris, 1844).

(3) Houël, *Manuel d'anatomie pathologique*, 1857, 1 vol. gr. in-18, p. 624.

(4) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXII, 1856-1857.