

tenir. C'est en France, pour la première fois, qu'Alquié parla de cette opération, qui ne fut pas acceptée, et il fallut qu'à l'étranger elle fut franchement adoptée par quelques chirurgiens, pour nous revenir et réclamer au moins ses droits à un examen sérieux.

On va à la recherche des ligaments ronds qu'on attire pour les fixer dans les parties molles voisines en les raccourcissant (Alexander de Liverpool; Adams de Glasgow). On ne peut encore savoir quel avenir est réservé à cette opération, mais il semble *à priori* qu'on ne doit pas fonder grand espoir sur elle, attendu que la cause immédiate du prolapsus n'est pas le relâchement des ligaments ronds restés intacts, mais bien celui des ligaments utéro-sacrés.



le vous aujourd'hui vous entretiens d'une malade de la salle 8, qui ne soulève point une question de diagnostic bien difficile, mais nous offre l'occasion de discuter un point de thérapeutique chirurgicale qui est encore soumis aux plus violentes critiques. Il s'agit d'un cancer utérin. Avant d'aborder devant

TRENTE-SEPTIÈME LEÇON

Cancer utérin. — Diagnostic et traitement.

(Première partie.)

Observation. — Malade de quarante-six ans atteinte d'une tumeur ulcérée du col utérin.

Hémorrhagies persistantes après quarante ans, écoulement de sanie fétide, douleurs irradiées dans les lombes et les cuisses : Signes caractéristiques d'une lésion grave de l'appareil utérin.

Diagnostic de la nature de cette lésion : cancer utérin.

Diagnostic du siège : muqueuse intra-cervicales.

Pronostic. — Pronostic général du cancer utérin : lésion de voisinage et lésions générale.

Indications générales fournies par la marche fatale de cette affection.

MESSIEURS,

Je veux aujourd'hui vous entretenir d'une malade de la salle 8, qui ne soulève point une question de diagnostic bien difficile, mais nous offre l'occasion de discuter un point de thérapeutique chirurgicale qui est encore soumis aux plus violentes critiques. Il s'agit d'un cancer utérin. Avant d'aborder devant

vous la discussion du traitement, il me semble nécessaire de bien étudier l'observation et de faire un bon diagnostic.

Cette femme a quarante-six ans, elle est bien portante, a été réglée à quinze ans, et depuis cette époque, jamais elle n'a vu d'irrégularité dans ses menstrues. Elle a eu deux grossesses, l'une il y a vingt ans, l'autre il y a quatorze ans, et la naissance de ses deux enfants n'a pas entraîné le moindre accident.

A part ce passé très simple, vous le voyez, nous apprenons que sa mère aurait succombé à un cancer de l'estomac, circonstance grave dont nous devons tenir le plus grand compte dans les antécédents et les causes qui auraient pu préparer l'apparition du mal que nous avons aujourd'hui découvert. Le père de la malade a soixante-douze ans, il jouit d'une excellente santé.

L'affection qui l'a conduite dans nos salles a débuté en avril dernier. Jusqu'à cette époque, elle avait toujours été bien réglée, et l'écoulement qui durait ordinairement trois ou quatre jours, devint tout à coup plus abondant et dépassa tellement les limites habituelles qu'elle pensa être arrivée à l'âge de la ménopause, d'autant plus qu'elle n'éprouvait, à part une durée plus longue de la perte de sang, rien d'anormal, pas même de douleurs.

Cependant, cette perte de sang se prolongeait indéfiniment, et s'accompagnait d'une certaine quantité de

sérosité jaune et fétide, d'une odeur repoussante qui tantôt apparaissait avec lui, tantôt s'écoulait seule jusqu'à une nouvelle hémorrhagie.

Depuis un mois et demi ou deux mois, la malade commençait à s'inquiéter de la persistance de ces pertes, lorsque survinrent des douleurs, non pas des douleurs expulsives, mais des tiraillements pénibles, un sentiment de brûlure dans les reins, des lancements dans le bas-ventre et la partie supérieure des cuisses.

Voilà, Messieurs, une triade symptomatique; hémorrhagies persistantes après quarante ans, écoulement de sanie fétide, douleurs irradiées dans les lombes et les cuisses, qui doit toujours frapper votre attention et vous faire supposer une lésion grave de l'appareil utérin. Vous ne la rencontrerez guère que dans le cancer utérin dont presque toujours elle vous révélera la présence. Mais je poursuis le détail de cette intéressante observation.

La malade eut bientôt des besoins fréquents d'uriner, du ténesme vésical; chaque fois la miction était suivie de contractions pénibles de la vessie et il semblait qu'elle s'était incomplètement vidée. Je n'ai pas fait encore examiner les urines au point de vue chimique, mais je peux déjà vous assurer qu'elles ne contiennent rien: leur aspect est normal et elles ne laissent déposer aucun sédiment.

Si du côté de la vessie il y avait un retentissement

douloureux, un trouble fonctionnel sensible, il n'y avait rien du côté du rectum. Et l'état général était toujours bon. Sommeil régulier et paisible, appétit conservé, digestions parfaites, point d'amaigrissement, aucune paleur du visage, pas de fièvre, pouls excellent.

Quand la malade est entrée à l'hôpital, rien n'avait été modifié dans son état général et tous les troubles se concentraient encore du côté de l'appareil utérin. C'est donc sur l'examen local que j'ai pratiqué devant vous avec le plus grand soin, que je vais insister pour y retrouver les éléments nécessaires pour apporter dans vos esprits une conviction qui devra vous guider dans le choix d'un traitement.

La palpation de l'abdomen ne nous a rien fait découvrir. Peut-être dans la fosse iliaque gauche ai-je trouvé un certain degré de sensibilité, mais aussi loin que je pouvais faire pénétrer mes doigts, ils n'ont pas senti de tumeur appréciable; derrière le pubis, le corps utérin paraît normal.

Le toucher vaginal devait bientôt nous donner d'autres renseignements et d'emblée nous dire à quelle lésion nous avons affaire. En effet, le vagin est court, on rencontre trop tôt le col utérin; signe important, retenez-le, qui de suite vous avertit que cette partie de l'utérus a subi de sérieuses modifications; que l'utérus tout entier se trouve abaissé, que le col est hypertrophié ou envahi par une tumeur

maligne et que retenu, étranglé, pour ainsi dire, par les insertions vaginales, il est descendu vers le seul point qui lui donnait un accès facile.

En effet, le col est profondément altéré. Une tumeur déjà considérable l'a envahi. Il n'est plus lisse, régulier : sa surface se trouve hérissée de saillies, de bosselures, grosses les unes comme un pois, les autres comme une noisette, toutes faisant une masse unique. On ne retrouve nulle part de surface lisse à côté des saillies; elles se pressent les unes à côté des autres, offrant au toucher un bloc végétant sur lequel on devine que l'ulcération est partout établie; le sang qui s'écoule pendant l'examen vient aussitôt confirmer qu'il en est ainsi.

Autour de la masse fongueuse, on sent une induration qui pénètre profondément comme si d'une base indurée, résistante, toutes les végétations s'étaient élevées pour s'avancer vers la cavité du vagin.

Dans son ensemble, l'ulcération a des bords irréguliers, déchiquetés, comprenant les deux lèvres désormais détruites surtout à la partie centrale et confondues pour ainsi dire autour d'un orifice anfractueux d'où sortent les végétations et qui conduit avec difficulté vers la cavité cervicale également ulcérée.

Cependant, cet orifice du col est singulièrement agrandi; il permet l'introduction du doigt, mais on le dirige avec peine au milieu de la masse irrégulière, indurée, saignante, ulcérée, qui l'encombre.

On ne peut atteindre les limites supérieures de l'ulcération, chose pourtant nécessaire pour porter un jugement sur les limites du mal. Mais avant de préciser quelle part pourrait avoir déjà pris la cavité du corps dans la marche du néoplasme, voyons dans quelles limites le col se trouve envahi.

En contournant le col, le vagin paraît libre ; les culs-de-sac restent souples et sans irrégularités ; la muqueuse glisse bien sur les tissus sous-jacents et ce n'est que beaucoup plus loin au-dessous d'elle, qu'on sent une certaine induration appartenant aux régions supérieures du col ou du corps utérin. En effet, la dépression de ces culs-de-sac permet de constater que la surface indurée, qui supporte les fongosités du col, se prolonge bien au-dessus des insertions du vagin ; et, sans pouvoir rien préciser, on sent que peu à peu cette induration s'efface en montant, pour faire place dans une transition insensible, à la consistance normale de l'utérus.

Pour bien vérifier l'état des parties profondes, j'ai, tout en pratiquant l'exploration du col, exercé avec l'autre main une assez forte pression sur la région hypogastrique ; cette manœuvre ne m'a pas révélé que l'utérus fût, dans son ensemble, plus gros que de coutume et j'ajoute immédiatement qu'elle ne m'a pas appris qu'il fût immobilisé.

Je ne crois pas que de l'utérus soient parties des lésions capables d'altérer la texture des ligaments

utérins : mon doigt a pu imprimer au col et à l'utérus tout entier des mouvements d'avant en arrière assez étendus, sans douleurs, et j'en ai conclu que les ligaments larges avaient encore leur souplesse.

Introduisant alors le doigt assez profondément dans la cavité cervicale, j'ai produit des mouvements latéraux de gauche à droite et il m'a semblé qu'ils étaient tels qu'on les retrouve toujours dans un utérus sain.

Continuant l'examen, j'ai pressé sur la vessie et sur le rectum et, en aucun de ces points, je n'ai réveillé la moindre douleur.

Ajoutez enfin, Messieurs, que, dans les diverses manœuvres d'exploration par la voie vaginale et par le palper de l'abdomen, je n'ai rencontré aucune masse ganglionnaire iliaque ou lombaire ni surtout inguinale, ce qui ne vous surprendra pas, puisque vous savez que le vagin n'a subi aucune altération.

Cet ensemble de signes permet de porter un diagnostic facile, trop facile. Les débuts, l'aspect de la lésion que nous avons vérifiée par l'inspection directe avec le spéculum : tout cela vous avertit qu'il s'agit bien d'un cancer utérin et vous ne pensez pas un seul instant à un métrite parenchymateuse, à une ulcération simple, à un polype irrégulier saillant à travers l'orifice du col dilaté pour lui donner passage. Vous faites sans hésiter un diagnostic *à priori*, parce qu'il s'impose. Une femme de quarante-six ans, atteinte depuis six mois de pertes avec redoublement,