

En cas d'hémorrhagie grave, recourir au tamponnement vaginal et mieux, intra-utérin, aux applications intra-utérines de perchlore de fer.

Les eaux chlorurées sodiques de Salies-de-Béarn, Salins, Kreuznach, Salzbrunn, Hall, produisent souvent une grande amélioration au double point de vue local et général. Sans compter les indications communes au traitement médical (fibromes à évolution lente, développés au voisinage de la ménopause), on y aura plus particulièrement recours dans les cas de fibromes non hémorrhagiques, enclavés et difficilement opérables (de Lostalot-Bachoué).

Si la malade est obèse, on pourra se bien trouver de Bourbonne, ou de Carlsbad.

Dans l'intervalle de la cure thermale, ou pour la remplacer, on fera prendre des séries de 20 à 30 bains salés (5 kilos de gros sel par bain), additionnés ou non de 1 à 4 bouteilles d'eaux mères de Salies-de-Béarn, suivant qu'on cherchera ou non un effet sédatif. Dans l'intervalle des bains, faire porter en permanence, sur le bas-ventre, des compresses imbibées d'eaux mères.

On recommandera, en outre, le repos, surtout pendant les pertes de sang, l'alimentation carnée, les toniques.

II. Électrothérapie.

L'électrothérapie rend des services, à condition de ne pas lui demander plus qu'elle ne peut donner. Malgré de nombreuses assertions, il semble douteux que, sous son influence, un fibrome dûment constaté puisse disparaître définitivement; mais il est certain qu'on obtient souvent la suppression plus ou moins prolongée des hémorrhagies, la sédation des douleurs et des phénomènes de compression, parfois un arrêt, au moins temporaire, de l'accroissement de la tumeur, et même une certaine diminution de son volume.

C'est un moyen précieux, lorsqu'une opération est refusée ou contre-indiquée, dans les cas de tumeurs interstitielles ou sous-muqueuses, non polypoïdes. Mais les tumeurs pédiculées et kystiques échappent à son action.

L'électropuncture de la tumeur est généralement abandonnée; Apostoli l'emploie encore dans le cas de fibromes sous-muqueux obstruant la cavité utérine. Nous préférons à la méthode Danion (renouvelée de celle de Chéron) l'électrolyse intra-utérine telle que l'a préconisée Apostoli. Pôle actif, intra-utérin, positif s'il s'agit d'obtenir des effets hémostatiques, négatif s'il s'agit d'une action séda-

tive; intensité forte dans le premier cas, de 100 à 200 milliampères, et faible dans le second, 60 milliampères environ. Cependant Apostoli n'emploie guère plus aujourd'hui, comme pôle actif, que le pôle positif. Séances de 5 minutes, renouvelées deux fois par semaine et continuées généralement durant six semaines à deux mois.

Un *peaussaire*, une *ceinture*, convenablement adaptés, peuvent, en soulevant la masse fibromateuse, faire disparaître ou atténuer les phénomènes de compression.

III. Traitement chirurgical.

A. Méthodes palliatives. — Ce sont : la *dilatation*, les *injections intra-utérines*, le *curettage*, la *section bilatérale haute du col*, l'*incision* et les *scarifications de la capsule*, la *castration*. Cette dernière peut être *cliniquement* curative.

La *dilatation*, rapide ou lente, suffit parfois à arrêter les hémorrhagies et à diminuer les douleurs. Elle est surtout utile en cas de petites tumeurs interstitielles ou sous-muqueuses, situées au voisinage du col.

Les *injections intra-utérines*, précédées ou non de la dilatation, sont employées dans le but de modifier la muqueuse (injections de teinture d'iode, de perchlore de fer), ou de l'aseptiser, en cas de suppuration ou de sphacèle.

Le *curettage* agit beaucoup plus efficacement que les deux moyens précédents contre l'hyperplasie de l'endomètre et les hémorrhagies qui en dépendent. Il n'est guère applicable, comme eux, qu'aux petites tumeurs sous-muqueuses et ses effets ne se prolongent pas au delà de quelques mois. Laroyenne emploie de préférence le crayon de chlor. de zinc en évitant la sténose de l'orifice interne par le tamponnement du col.

La *section bilatérale haute du col*, prolongée jusqu'à l'épanouissement de l'artère utérine (Doléris), est applicable aux petites tumeurs voisines du col. Quel qu'en soit le mécanisme, cette opération supprime souvent, au moins pour un temps, les douleurs et les hémorrhagies; elle favorise la pédiculisation des tumeurs et leur engagement dans le col.

L'*incision de la capsule* n'est ordinairement qu'un premier temps opératoire destiné à favoriser l'énucléation de la tumeur. Comme les *scarifications*, elle peut suffire à modérer la douleur et les hémorrhagies. Ces deux moyens ne peuvent être employés que pour les tumeurs faisant saillie dans la cavité utérine et sous le couvert de l'antiseptie la plus minutieuse.

Ces diverses méthodes, employées seules ou associées, suffisent souvent, pour un temps, à pallier les symptômes douloureux ou à combattre des hémorragies inquiétantes, et permettent parfois d'attendre la ménopause ou le moment propice à l'opération radicale.

CASTRATION. — La castration est beaucoup plus active : elle a pour but de produire artificiellement la ménopause et de déterminer ainsi la suppression des hémorragies et l'atrophie des tumeurs.

Elle agirait, d'après Schröder et Hégar, par la ligature des artères ovariennes, c'est-à-dire en diminuant l'apport du sang. Richelot a fait, à ce point de vue, un ingénieux rapprochement entre l'électricité et la castration, et on peut lui comparer, dans le même ordre d'idées, les *ligatures atrophiées* de von Antal et de Terrier et la *section bilatérale haute du col*. Hoffmeier et Rydygier émettent, de même, l'idée que la ligature des artères ovariennes suffirait peut-être, sans résection des annexes.

La castration convient, d'une manière générale, chez les femmes jeunes, dans les cas de myomatose diffuse ou de fibromes multinodulaires, durs, interstitiels ou sous-péritonéaux, d'un volume petit ou moyen, c'est-à-dire ne dépassant pas l'ombilic) surtout s'ils ne peuvent être enlevés par la voie vaginale), lorsque la malade est très débilitée et que le symptôme dominant est l'hémorragie menstruelle (Bouilly). Terrillon précise et veut que l'hystérométrie reste au-dessous de 0,15 cm. Hégar voudrait que, préalablement à l'opération, on reconnût le siège exact et les rapports des ovaires. Point n'est besoin de dire que cette constatation est très souvent impossible.

L'opération est contre-indiquée, lorsque la tumeur est énucléable ou pédiculée, lorsqu'elle est très volumineuse, lorsqu'elle a subi la dégénérescence nécrobiotique ou kystique, lorsqu'elle est enclavée dans le bassin, ou développée sous la séreuse, lorsque les symptômes dominants consistent en phénomènes de compression, lorsque la malade a dépassé l'âge de la ménopause, enfin lorsque l'ablation des annexes doit être difficile et incomplète (annexes dissimulées, aplaties derrière la tumeur — effacement des ailerons du ligament large). Il n'est guère possible de se rendre compte de ces deux dernières conditions qu'après laparotomie; aussi faut-il toujours être outillé pour l'éventualité d'une hystérectomie.

Il faut, de plus, tenir compte du rang social et des occupations de la malade lorsque, à indications égales, on hésite entre la castration et l'hystérectomie.

La castration, lorsqu'elle est facile, est une opération relativement bénigne. Hégar, sur 35 opérations, a eu 6 morts. Tissier, sur

171 cas réunis par lui, a trouvé 23 morts. L. Tait, dans une 1^{re} série de 1872 à 1888, a eu 12 décès; et sur 262, colligés de 1880 à 1890, n'en a eu que 4, c'est-à-dire 1.23 p. 100 de mortalité; Léopold, 11 p. 100 Bouilly, 3 décès sur 26 cas.

Quant aux *résultats thérapeutiques*, ils sont généralement bons. Dans 146 observations (Tissier), 89 fois la ménopause a été immédiate et définitive; 21 fois, elle s'est produite après quelques hémorragies irrégulières. Chez 28 malades de Hégar, 20 fois, ménopause immédiate, et 4 fois, ménopause tardive. L. Tait, sans donner de chiffres, affirme que chez la plupart de ses opérées, les hémorragies ont immédiatement cessé. Dans une série de 50 cas (1885), il signale 17 fois la disparition complète de la tumeur et 14 fois sa diminution rapide. Hégar et les autres opérateurs ont aussi constaté, le plus souvent, l'atrophie plus ou moins rapide du fibrome. Bouilly (1), sur 26 cas, a eu 4 succès, dont 3 morts, 4 succès incomplets et 18 guérisons, c'est-à-dire, suppression des hémorragies et des douleurs, diminution ou même disparition complète de la tumeur.

B. Méthodes curatives. — Les opérations curatives ont pour but d'enlever la tumeur seule ou avec l'utérus quand elle n'est pas isolable. Elles comprennent trois méthodes principales : *résection, énucléation et hystérectomie*, qui répondent aux trois conditions de fibrome *pédiculé, énucléable ou diffus*, et se pratiquent par la *voie vaginale* ou la *voie abdominale*.

a. **RÉSECTION.** — 1^o *Résection par la voie vaginale.* — C'est le traitement de choix des polypes.

Le pédicule est-il *long et grêle*, le fibrome *peu volumineux et libre* dans le vagin, le col suffisamment *perméable*, la tumeur est saisie dans une pince et quelques mouvements de torsion la détachent aisément, sans qu'on ait d'hémorragie à craindre. On peut encore, pour plus de sécurité, si le pédicule est assez gros, l'enserrer dans une ligature ou entre les mors d'une pince qu'on laissera en place vingt-quatre heures, et réséquer au-dessous.

Les divers écraseurs sont d'un maniement plus difficile, exposent à la perforation de l'utérus dans le cas d'inversion méconae et sont généralement abandonnés. Il en est à peu près de même de l'anse galvanocaustique et du serre-nœud.

Lorsque le polype est *intra-utérin* et le col fermé, on le rend accessible par la dilatation ou par l'incision bilatérale du col.

2^o *Résection par la voie abdominale.* — La résection *simple* est encore applicable aux fibromes pédiculés, uniques ou multiples, à

(1) 7^e Congrès français de chirurgie, 1893.

évolution abdominale. Il est bien rare cependant qu'il n'y ait pas, en même temps, des noyaux interstitiels apparents ou latents. Aussi est-il généralement préférable de combiner la résection de la tumeur à celle des annexes ou de pratiquer d'emblée l'hystérectomie.

b. ÉNUCLÉATION. — L'énucléation consiste dans l'extraction de la tumeur hors de sa capsule, d'une seule pièce ou par morcellement.

1° Énucléation vaginale. — L'énucléation simple convient aux tumeurs sessiles, sous-muqueuses, uniques ou peu nombreuses, pouvant traverser le col et le vagin, siégeant sur le col ou sur le corps, à l'exclusion de l'isthme (portion la plus mince et la plus vasculaire de l'organe), et ne faisant pas saillie du côté de la surface péritonéale.

Le morcellement systématique, de Péan, s'applique à des tumeurs se présentant dans les mêmes conditions, mais beaucoup plus volumineuses, allant jusqu'à atteindre l'ombilic, et aux polypes qui remplissent complètement le vagin.

Dans ces diverses interventions, il faut toujours songer au danger de la septicémie et de l'inversion utérine.

2° Énucléation trans-vaginale. — Certains petits fibromes, siégeant sur la paroi externe de la portion sus-vaginale du col et faisant saillie dans le tissu cellulaire anté ou rétro-utérin, sont inaccessibles par la cavité utérine et trop peu volumineux pour justifier l'hystérectomie. On peut les atteindre en incisant le vagin à leur niveau et les énucléer par cette voie.

3° Énucléation trans-péritonéale. — Cette opération est indiquée en cas de fibromes sessiles, énucléables, uniques ou peu nombreux, qu'ils soient sous-péritonéaux ou interstitiels ou même sous-muqueux (Martin).

C'est une méthode efficace, ordinairement facile, relativement bénigne, et dont les suites sont bien moins pénibles que celles de l'hystérectomie avec pédicule externe. Elle conserve à la femme son intégrité génitale et représente l'opération de choix, dans les limites du possible, en cas de grossesse. Chevrier, sur 125 cas, n'a trouvé que 20 morts, et 14 fois on a pu énucléer un ou plusieurs fibromes pendant la grossesse sans en compromettre la durée ni les suites (1).

Bien qu'employée avec succès pour des tumeurs multiples (6, dans un cas de Doléris), nous croyons qu'il est préférable, dans ces cas, d'y joindre la castration ou de lui substituer cette opération

(1) Chevrier, *News. Archiv. d'obstétrique et de gyn.*, 1871; S. Bonnet, *Bull. de la Soc. obst. et gyn.*, 1891, p. 191.

ou l'hystérectomie. L'ouverture de la cavité utérine, souvent difficile à éviter, exige des précautions spéciales.

De l'énucléation il faut rapprocher la *décortication* (Pozzi), manœuvre applicable aux tumeurs intra-ligamentaires (voir 2^e partie).

c. HYSTÉRECTOMIE. — L'hystérectomie est l'opération curative par excellence; aussi beaucoup d'opérateurs tendent-ils à la généraliser comme méthode de choix. Cependant, malgré l'amélioration croissante de son pronostic et les perfectionnements quotidiens des procédés, la mortalité qui lui incombe est encore telle, que les opérations moins radicales, abstraction faite des chances de fécondation, conservent, jusqu'à nouvel ordre, toute leur valeur.

Il est bien difficile d'établir la proportion des cas auxquels convient l'hystérectomie: on peut dire, d'une manière très générale, qu'elle est applicable là où les autres méthodes sont jugées, après analyse scrupuleuse, impraticables ou insuffisantes; c'est-à-dire, pour préciser, autant que possible: en cas de fibromes volumineux, enclavés, ne pouvant être pédiculisés ni énucléés, très vasculaires ou œdémateux, sphacelés, kystiques ou en dégénérescence maligne; quand les annexes ne peuvent être isolées; quand les symptômes dominants sont des phénomènes de compression.

L'hystérectomie pour fibromes comprend:

1° L'hystérectomie abdominale partielle avec pédicule externe, interne ou mixte, c'est-à-dire, extra-abdominal, intra-péritonéal ou, à la fois, intra-abdominal et extra-péritonéal;

2° L'hystérectomie vaginale par morcellement;

3° L'hystérectomie totale abdominale, abdomino-vaginale ou vagino-abdominale (voir *Hystérotomie* et *Hystérectomie*, 2^e partie).

Si l'hystérectomie vaginale est recommandable pour les tumeurs de petit et moyen volume, n'atteignant par l'ombilic, surtout quand elles sont enclavées ou développées aux dépens du col, la voie abdominale est plus sûre dans les autres conditions.

La première hystérectomie sus-vaginale semble avoir été pratiquée par Kimball (1855). Kœberlé ensuite, puis Péan, ont systématisé l'opération qui est ainsi d'origine française.

Dans le principe, le pédicule était toujours traité par la méthode extra-péritonéale à laquelle beaucoup de chirurgiens sont demeurés fidèles. Puis on a tenté de l'abandonner dans le ventre et, si cette manière de faire a d'abord donné des mécomptes, ses résultats s'équilibrent à peu près, aujourd'hui, avec ceux de la méthode précédente. Enfin l'opération idéale, consistant à se débarrasser complètement du pédicule, c'est-à-dire l'hystérectomie abdominale totale,

en un seul ou en deux temps, gagne tous les jours de nouveaux partisans.

Ces diverses méthodes sont toutes sanctionnées par des succès; et l'on ne peut se déclarer en faveur de l'une, à l'exclusion des autres.

Nous croyons qu'on ne doit abandonner dans le ventre que les pédicules de petit volume. Le pédicule est-il trop court pour être fixé au dehors et trop large pour être laissé dans l'abdomen, sans crainte d'hémorrhagie et d'infection, on aura recours à l'un des procédés *niates*, ou mieux à l'*hystérectomie totale*.

Cette dernière méthode sera la meilleure en cas de fibromes cervicaux et intra-ligamentaires, lorsque l'hystérectomie vaginale est contre-indiquée.

Traitement des fibromes compliquant la grossesse.

Il est bien difficile de formuler ici des indications précises; trop de conditions influent sur la conduite à suivre.

1° *Pendant la grossesse.* — Un fibrome développé sur le fond de l'utérus, surtout s'il est pédiculé, n'a généralement pas d'influence grave. De même, on peut espérer qu'un petit noyau interstitiel, pelvien ou cervical, ramolli par la gravidité, se mobilisera ou s'aplatira au moment de l'accouchement, au point de ne pas gêner le travail ou de permettre les manœuvres obstétricales. Dans ces cas, on peut se borner à l'expectation armée.

On peut réséquer des polypes, énucléer des fibromes interstitiels du museau de tanche, sans compromettre la grossesse. Mais le contraire pouvant avoir lieu, il est préférable de ne point pratiquer ces opérations avant le septième mois, pour laisser plus de chances de survie à l'enfant.

Les gros fibromes à évolution intra-utérine interrompent en général la grossesse. Aussi est-on autorisé à provoquer l'avortement s'il existe des hémorrhagies graves ou d'autres phénomènes inquiétants.

Quant aux fibromes à évolution abdominale, ils mettent dans l'alternative de provoquer aussi l'avortement ou l'accouchement prématuré, ou bien de pratiquer une opération abdominale grave. La solution du problème exige une étude très circonstanciée de chaque cas particulier. L'avortement provoqué, dans de telles conditions, n'est pas exempt de dangers et ne dispense souvent point, pour l'avenir, d'une opération qui pourra être aussi grave que pendant la grossesse; d'autre part, l'expectation peut être cause d'une rupture utérine. Ces alternatives et un nombre encourageant de succès autorisent à tenter la résection ou l'énucléation trans-péri-

tonéale, lorsqu'elle est possible et que la vie de la mère est en danger. Sur 17 cas de myomectomie pendant la grossesse, réunis par Pozzi, il y a eu 14 guérisons et la grossesse est parvenue à terme 8 fois.

Lorsque le fibrome ne peut être réséqué ni énucléé, il faut préférer à l'opération césarienne l'amputation de Porro. Cette opération sera pratiquée aussi près que possible du terme, mais avant le début du travail.

2° *Pendant le travail.* — Il faut attendre tant qu'on peut; ensuite, suivant les cas, tenter la réduction de la tumeur ou l'enlever par résection ou par énucléation; si l'on ne peut agir sur elle d'une façon efficace, se conduire comme dans les rétrécissements du bassin (Charpentier).

3° *Pendant les suites de couches.* — L'intervention est subordonnée à l'état de la tumeur, à la nature des complications et à l'état général de la femme. Il vaut toujours mieux attendre le retour de couches pour intervenir et n'opérer immédiatement que s'il y a sphacèle de la tumeur, septicémie.

II. — CANCER

Étiologie.

Nos connaissances sur l'étiologie du cancer utérin se réduisent à peu de chose.

Nous savons que l'épithélioma, très rare chez les négresses, se développe de préférence sur les utérus mis en état de moindre résistance par un traumatisme ou une inflammation prolongée. Si le col est plus souvent atteint, sans doute faut-il en chercher la raison dans la fréquence de la déchirure obstétricale et de l'ectropion inflammatoire qui la suit.

L'influence de l'hérédité est incomplètement établie. L'épithélioma du col se développe surtout de quarante à cinquante ans; l'épithélioma du corps, surtout chez les nullipares (Schröder, Martin), et après la ménopause; le sarcome endométritique, de trente à cinquante ans, et chez les nullipares (Terrillon); mais il n'est pas rare de le rencontrer au-dessous de vingt ans, si bien qu'il peut être qualifié de cancer des femmes jeunes.

Anatomie pathologique:

Nous envisagerons parallèlement les deux formes sous lesquelles se

présente le cancer de l'utérus : l'épithélioma, qui procède du tissu épithélial, et le sarcome, qui naît du tissu conjonctif.

Le carcinome n'est qu'une modalité de l'épithélioma, caractérisée par un degré prononcé d'atypisme des masses épithéliales et par la densification du tissu conjonctif qui constitue, à leur pourtour, des alvéoles nettement dessinés.

La qualification d'*adénome malin*, donnée par les auteurs allemands au premier stade de l'épithélioma, est très défectueuse et ne peut qu'induire en erreur.

L'épithélioma débute beaucoup plus souvent dans le col que dans le corps. C'est le contraire pour le sarcome,

I. Caractères macroscopiques.

A. Épithélioma. — a. CERVICAL. — L'épithélioma cervical reconnaît cliniquement trois formes principales (fig. 119) :

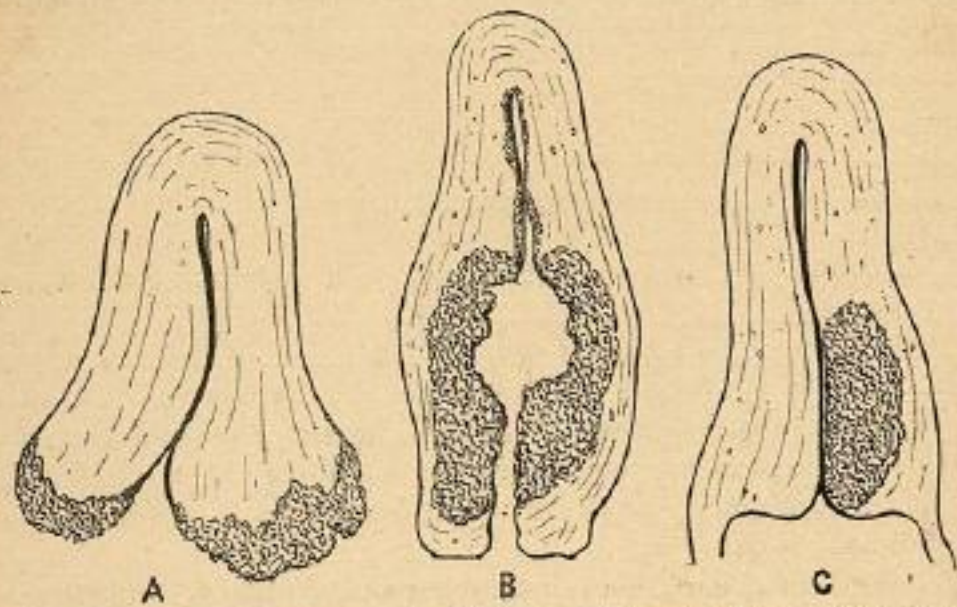


Fig. 119. — Formes principales de l'épithélioma cervical. — A, forme cancroïdale ; B, forme cavitaire ; C, forme nodulaire (d'après Ruge et Voit).

La forme cancroïdale, la plus fréquente, prend naissance à l'extérieur du museau de tanche, se développe surtout en surface et a tendance à végéter sous forme de fungus, de choux-fleur. Elle peut apparaître en trois points différents : 1° le plus souvent, dans la continuité de l'une des lèvres et, dans ce cas, se développe surtout vers les culs-de-sac vaginaux et les tissus péri-utérins, n'envahissant qu'à une période avancée la cavité de l'utérus et l'épaisseur de

son tissu ; 2° à l'orifice du museau de tanche, et s'étend alors avec une égale rapidité vers la cavité utérine et le vagin (Cornil) ; 3° aux limites du vagin, pour, de là, gagner en tous sens et surtout vers la vulve.

La forme cavitaire, qui tire son origine du revêtement muqueux intra-cervical, envahit rapidement le corps utérin. Elle végète parfois, à la façon des polypes muqueux, mais, le plus souvent, évade insidieusement le col et peut avoir atteint le tissu cellulaire sans même pouvoir être soupçonnée de l'extérieur.

La forme nodulaire (parenchymateuse, carcinome du col), accompagne l'une des précédentes ou existe isolément. Elle naît, à l'état de noyaux circonscrits ou infiltrés, dans l'épaisseur même du col (ordinairement augmenté de volume et induré) et très probablement dans le fond des culs-de-sac glandulaires dont l'épithélium a été modifié, ou non, dans le sens pavimenteux, du fait de l'ectropion. Elle se développe rapidement en tout sens et ce n'est que tardivement, souvent lorsque l'utérus est déjà fixé, que les nodules viennent s'ouvrir du côté du vagin ou du canal cervical, déterminant une ulcération à bords calleux et infiltrés, à surface inégale, ordinairement non végétante.

Évidemment, ces trois formes principales de l'épithéliome cervical ne sont pas toujours absolument tranchées [ainsi, la forme dite superficielle, cancroïdale, peut s'accompagner, dès ses débuts, de traînées assez profondes dans l'épaisseur du parenchyme (fig. 120)] et si elles sont ordinairement distinctes à l'origine, elles peuvent se confondre plus ou moins entre elles, à une certaine période de leur évolution. Mais il existe ordinairement une ligne de démarcation assez nette entre le néoplasme envahissant du col, quelle que soit son origine, et le corps utérin qui le recouvre à la manière d'une calotte. Quant à la propagation du néoplasme à distance, du col vers le corps, sous forme de noyaux métastatiques, c'est un fait tout à fait exceptionnel : Pozzi n'a pu en réunir que six cas.

b. ÉPITHÉLIOMA CORPORÉAL. — Jusqu'au mémoire de Simpson (1874), le cancer du corps utérin était généralement considéré comme toujours secondaire à celui du col. Depuis, grâce à l'intervention de l'histologie, il s'est montré de plus en plus fréquent, si bien que, dernièrement (Congrès de Dresde, 1891), Léopold, Klotz et Meinert ont pu, à eux seuls, en rapporter 46 cas tirés de leur pratique. Il serait cependant prématuré de vouloir supputer la fréquence relative du début du néoplasme dans les deux segments de l'organe. Pichot (1875) estime qu'il existe 6 cancers primitifs du corps pour 100 du col ; Schröder (1886), 3 p. 100 ; Wylie (1890), 10 p. 100.

L'*épithélioma corporeal* se présente ordinairement sous forme d'une bouillie fongueuse tapissant, sur une certaine épaisseur, la cavité

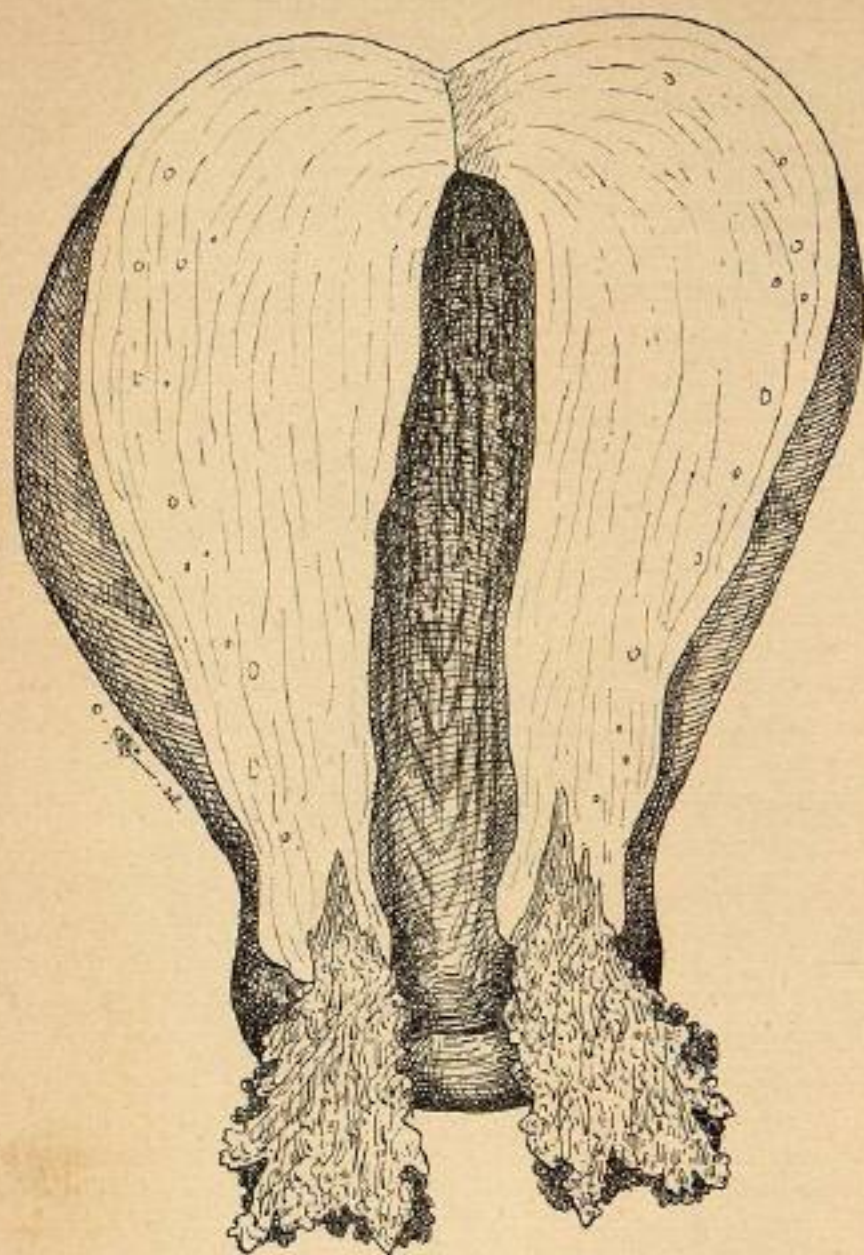


Fig. 120. — Cancéroïde du col, limité à la lèvre postérieure, avec traînée intraparenchymateuse (enlevé par hystérectomie vaginale totale) (Paul Petit et S. Bonnet).

de l'organe (fig. 121). Plus rarement il revêt les apparences d'un polype. Cornil en a décrit un cas tout à fait analogue, comme origine et développement, à la forme nodulaire du cancer cervical. Il s'étend rapidement à toute l'épaisseur de la paroi utérine, à l'état

d'infiltration disséminée ou de noyaux indurés qui, parfois, font nettement saillie sous le doigt, au cours de l'examen clinique. Il s'ar-

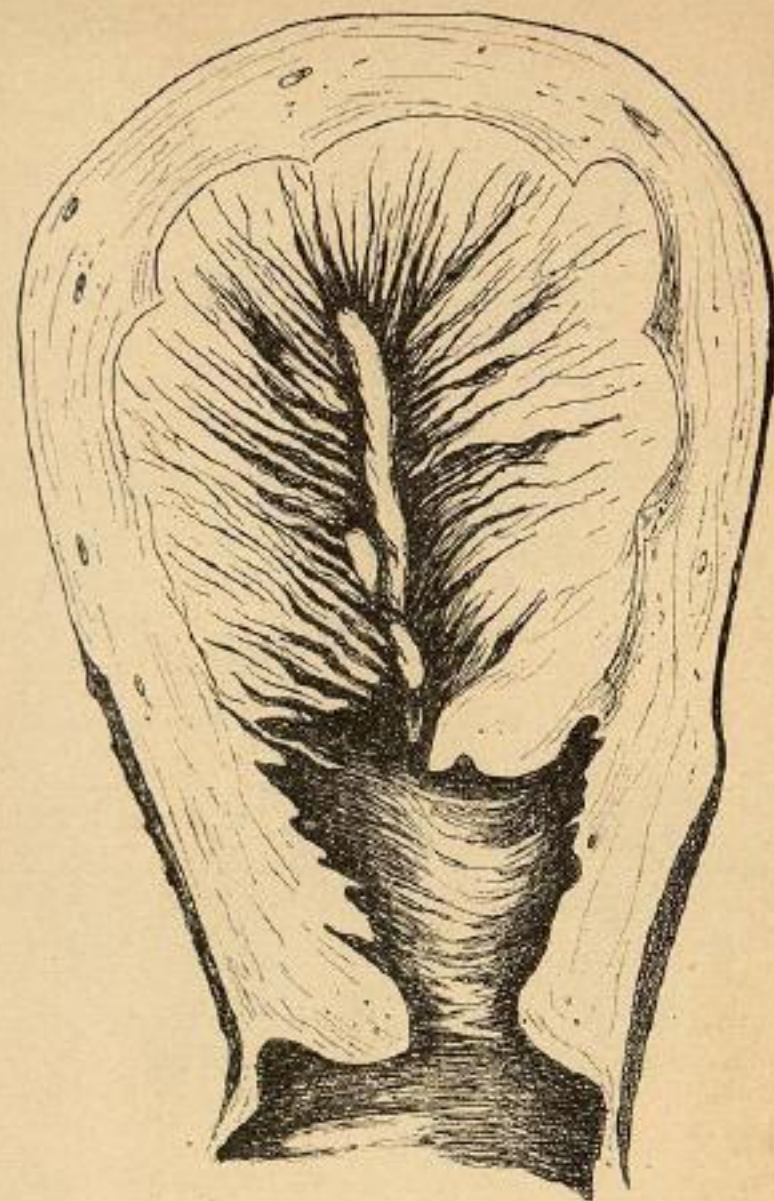


Fig. 121. — Épithéliome du corps de l'utérus (d'après Schröder).

rête volontiers, comme le cancer du col, de marche inverse, à l'orifice interne.

B. **Sarcome.** — a. CERVICAL. — Le *sarcome localisé au col* est très rare, et se présente ordinairement sous forme de tumeurs en grappes, très friables, appendues aux lèvres du museau de tanche (fig. 122).

b. SARCOME CORPOREAL. — Le sarcome du corps doit être distingué en sarcome de la muqueuse et en *fibro-sarcome*, ou mieux, *sarcome interstitiel*, pour ne rien préjuger.



Fig. 122. — Myo-sarcome en grappe du col (Pernice).

Le sarcome de la muqueuse (fig. 123) se présente sous forme mamelonnée ou ulcéreuse, et s'accompagne d'une hypertrophie générale de l'organe, tout en respectant le col (Terrillon). D'après des faits de Léopold et de Kalténbach, il semble qu'il puisse tirer parfois son origine du *myxome chorial* lequel, du reste, pourrait perforer la

paroi utérine, à la façon d'un néoplasme malin (Virchow). Nous n'avons pas à nous occuper ici du *déciduome malin métastatique* ou *sarcome décidéal* (Sänger), qui naît au cours du puerpérium et dont la cellule type est la cellule déciduale.

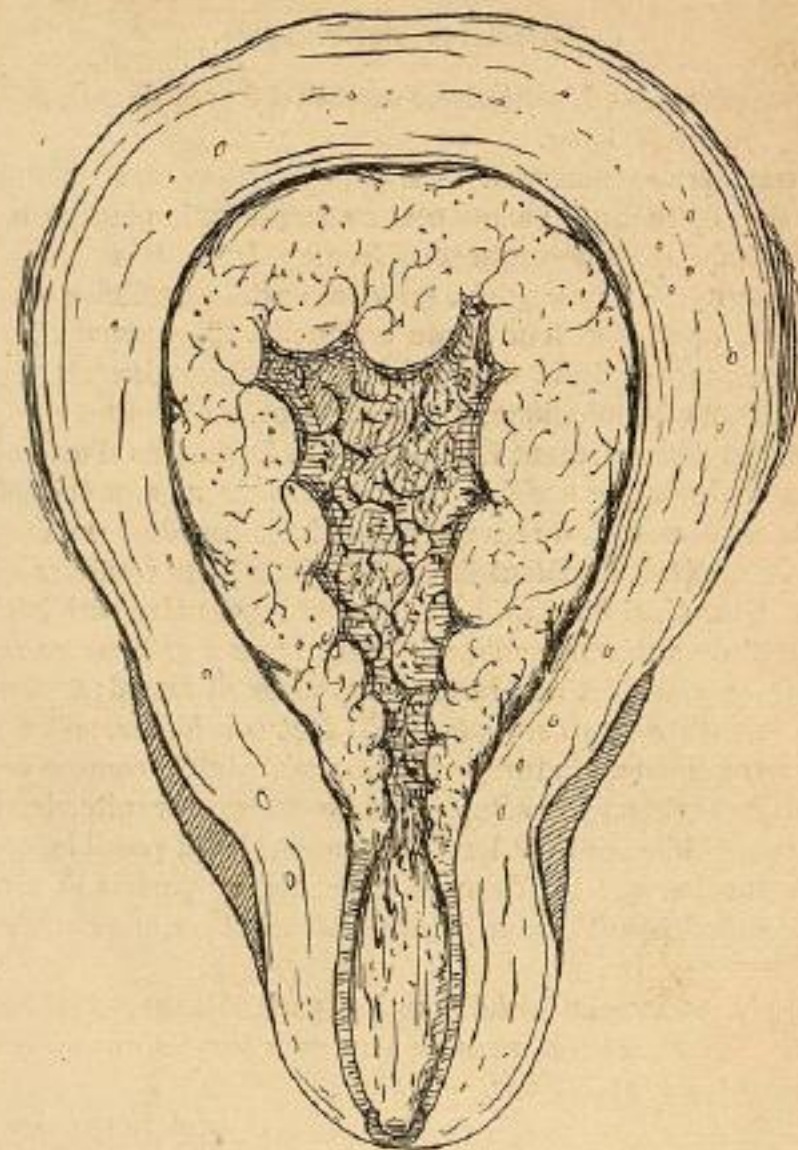


Fig. 123. — Sarcome de la muqueuse utérine (Doléris).

Le sarcome interstitiel se présente sous forme diffuse, polypeuse ou *hystique*. Dans le premier cas, il envahit, presque en même temps, toute l'épaisseur du muscle, de façon à donner à l'ensemble de l'organe un volume parfois énorme; quand la tumeur est polypeuse, elle pousse des racines tout autour de son pied. Les veines

périphériques sont toujours beaucoup plus volumineuses que dans le cas de fibrome (Terrillon).

Ces deux modalités, *sarcome de la muqueuse* et *sarcome interstitiel*, peuvent, du reste, évoluer simultanément.

II. Caractères histologiques.

A. Épithéliome. — L'épithéliome utérin est formé de cellules pavimenteuses ou cylindriques.

a. ÉPITHÉLIOME PAVIMENTEUX. — L'épithéliome pavimenteux tire son origine de l'épithélium pavimenteux stratifié qui recouvre le museau de tanche et se présente sous forme *tubulée*, *lobulée muqueuse* et, plus rarement, *cornée* (*globes épidermiques*). Les cellules gardent, en général, assez bien leur forme originelle. Elles peuvent cependant se rapprocher de la forme cubique, par pression réciproque.

Le diagnostic histologique, même précoce, de l'épithéliome pavimenteux, est généralement facile. Sur des fragments d'un volume suffisant, enlevés par excision, la présence de masses épithéliales de revêtement au delà du niveau général des papilles, sur des coupes bien orientées, le défaut de netteté dans leurs contours qui se fondent, pour ainsi dire, avec le tissu embryonnaire périphérique, permettent de différencier l'épithéliome : 1° du *papillome* ou *condylome* qui, du reste, est très rarement circonscrit au col; 2° des *productions papillaires de l'ectropion* qu'il faut considérer, soit comme des néoformations de nature irritative, soit, plutôt, comme des végétations de l'arbre de vie ectopiées et modifiées, par suite, dans leur forme, leurs dimensions et leur revêtement. Il est possible, comme le veut Mangin, que ces couches anormales et parfois si épaisses d'épithélium puissent être le point de départ et comme l'amorce du cancer.

Quant aux bourgeons épithéliaux dont parlent Ruge et Veit, comme de glandes en formation, nous ne les avons jamais rencontrés.

b. ÉPITHÉLIOME CYLINDRIQUE. — L'épithéliome cylindrique (à cellules cylindriques) naît de l'endomètre, dans la profondeur des culs-de-sac glandulaires. Dans le col, il peut aussi débiter à la surface même de la muqueuse, entre les plicatures de l'arbre de vie (fig. 124), et il est probable qu'il faut rattacher à cette origine, plus rare, la forme polypeuse du néoplasme cervical.

L'épithéliome cylindrique commence par une phase de *prolifération épithéliale*, bien étudiée par Malassez, et à laquelle les Allemands ont donné cette qualification d'*adénome malin* que nous avons déjà critiquée.

Les différents caractères auxquels on peut le reconnaître, au cours de son développement, peuvent se ranger sous trois chefs principaux :

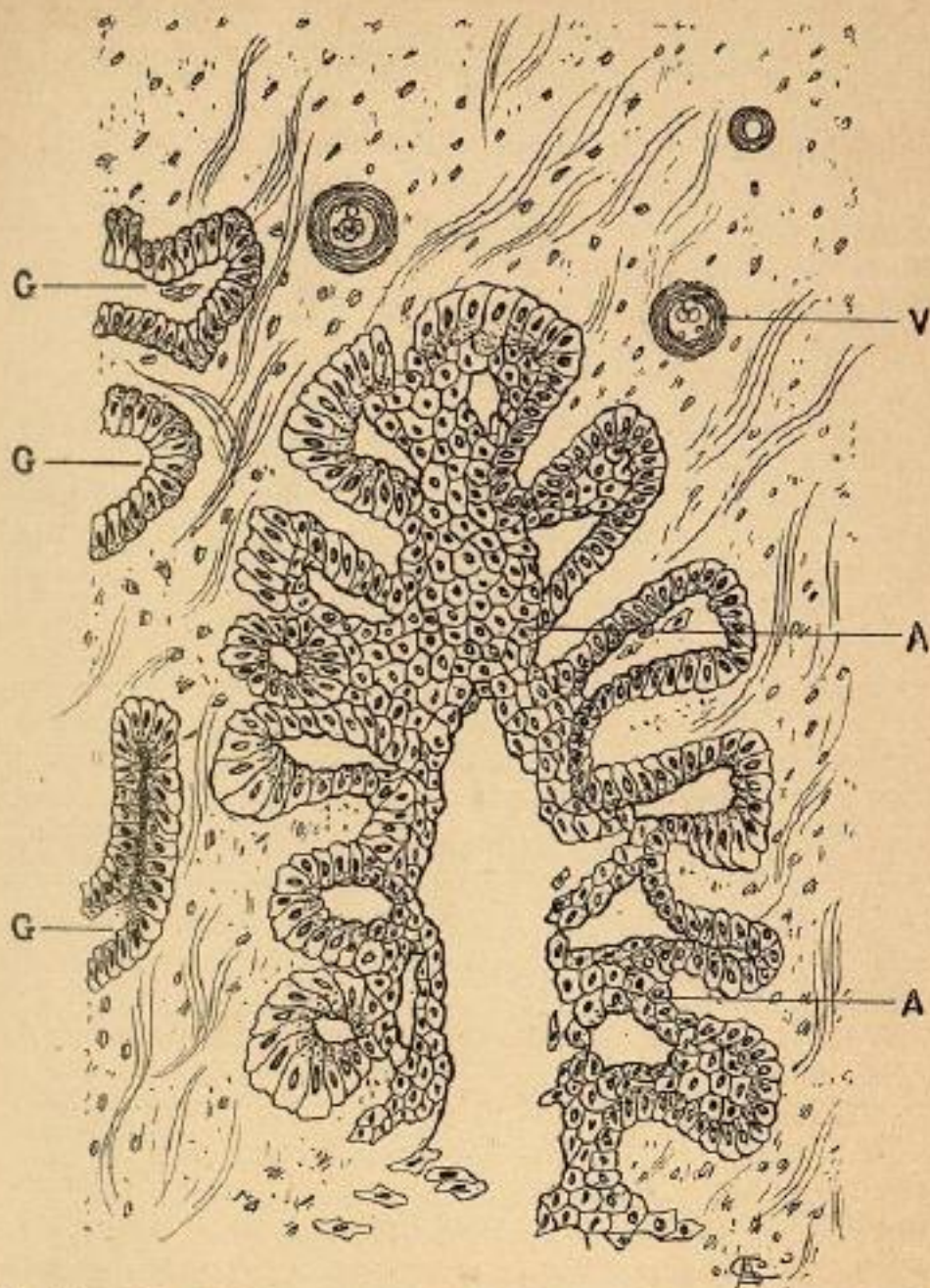


Fig. 124. — Début d'épithélioma intra-cervical. — AA, transformation atypique du revêtement épithélial de l'arbre de vie; GG, glandes normales; VV, vaisseaux.

1. Modifications de l'épithélium (fig. 124 et 125). — Prolifération des cellules sur plusieurs couches; absence de cils vibratiles; évolution sous

forme métatypique; altérations nucléaires; parfois dégénérescence muqueuse complète; modifications qui, toutes, paraissent dépendre d'une désorientation de la cytodière (Fabre).

2. Modifications du stroma conjonctif. — Disparition du revêtement périépithélial de cellules plates; transformation des simples plicatures de la paroi glandulaire en papilles très vasculaires; dissémination irrégulière des cellules conjonctives autour des parois glandulaires au lieu d'une sériation régulière et concentrique.



Fig. 125. — Début d'épithélioma du corps de l'utérus. — Glandes à revêtement normal G; glandes à revêtement atypique incomplet G'G' ou complet G'' (d'après Schröder).

3. Modifications des rapports de l'épithélium avec les tissus ambiants. — La limitation du processus, au delà ou en deçà de la muqueuse propre, est d'un grand secours pour le diagnostic, dans toute autre muqueuse que la muqueuse utérine. Mais, pour celle-ci, étant donné le fusionnement insensible du chorion muqueux avec le corps musculaire, il ne peut en être question. Restent les modifications dans les rapports de l'épithélium avec l'élément conjonctif et qui se résument ainsi: *quasi fusionnement des deux sortes d'éléments*, par suite de la disparition des cellules plates interposées; *rétraction de l'épithélium en voie de prolifération vers le centre du conduit glandulaire*.

dulaire, d'où formation d'un espace vide entre le tube épithélial et la paroi de la glande.

Ces différents caractères ne se révèlent pas *simultanément*, mais suivant des *phases successives* qui correspondent à l'évolution du néoplasme. Ils ont donc une valeur inégale, au point de vue de la

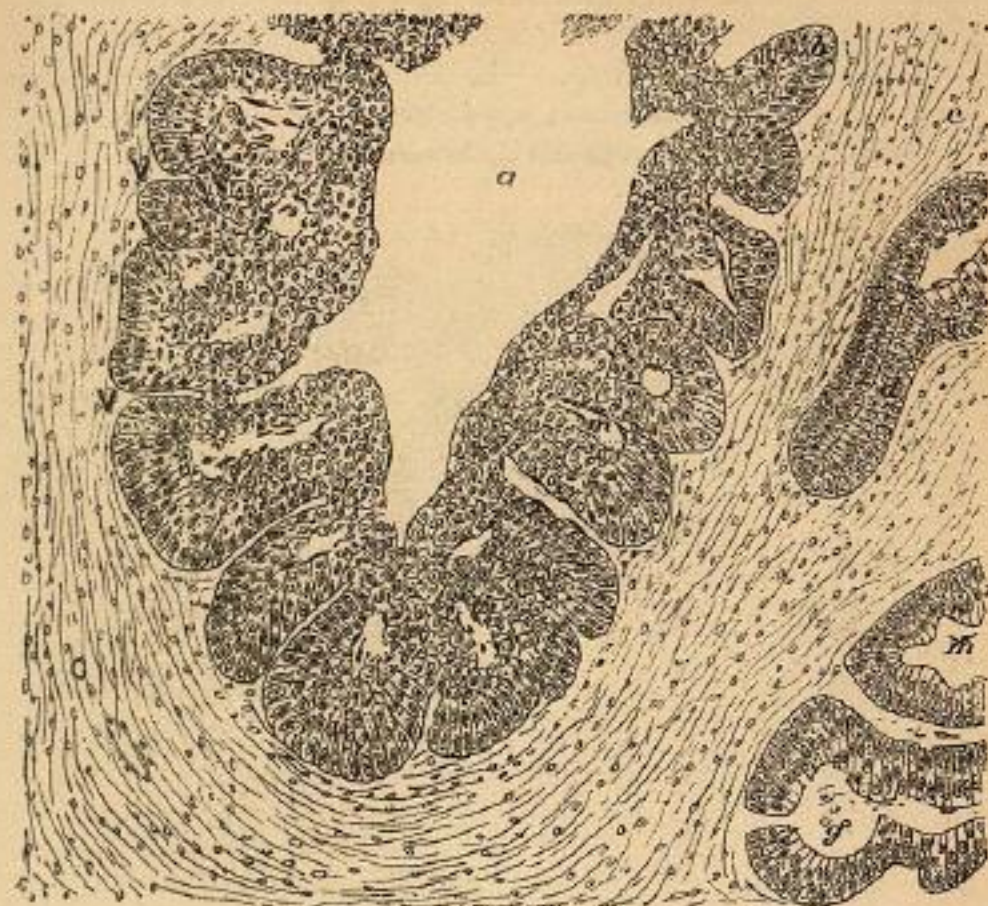


Fig. 126. — Épithélioma du corps de l'utérus. — c, tissu conjonctif; d, cul-de-sac glandulaire à peine modifié; fgm, glandes dilatées et modifiées; leur revêtement épithélial est formé de cellules cylindriques, mais leur cavité *my* est remplie de cellules, la membrane glandulaire fait défaut; a, grande cavité au milieu d'un îlot d'épithélium; la masse épithéliale *b* est pénétrée par des vaisseaux qui partent du tissu conjonctif voisin, comme on le voit en *e*; *m*, sections obliques ou en divers sens de ces mêmes vaisseaux (Corail).

précocité du diagnostic. D'autre part, il en est qui sont encore en litige ou dont l'appréciation expose beaucoup à l'erreur. Ainsi, Fraipont soutient avoir constaté l'absence de cils vibratiles dans la simple *hyperplasie glandulaire*; ainsi, d'après Landau, l'hypergénése de l'épithélium sur plusieurs couches pourrait être simulée, aussi bien que le polymorphisme naissant, par certains hasards de la coupe.

Lorsque les parois des acini glandulaires sont rompues, les bourgeons de l'épithélium cylindrique se présentent sous forme *tubulée* ou *lobulée*. Les cellules, assez nettement cylindriques à leur surface d'implantation, évoluent vers la lumière du tube ou le centre du lobule, sous forme métatypique, en se rapprochant toujours, plus ou moins, de la cellule pavimenteuse (fig. 123 et 126). Les cellules les plus centrales sont en dégénérescence *hyaline* ou *granuleuse*.

A. **Sarcome.** — a. CERVICAL. — Le sarcome du col se présente sous le type *embryonnaire* ou *mixte*, *myo-sarcome strio-cellulaire* (Pernice), *myco-sarcome* (Mundé), *myxome enchondromatode* (Rein), etc.

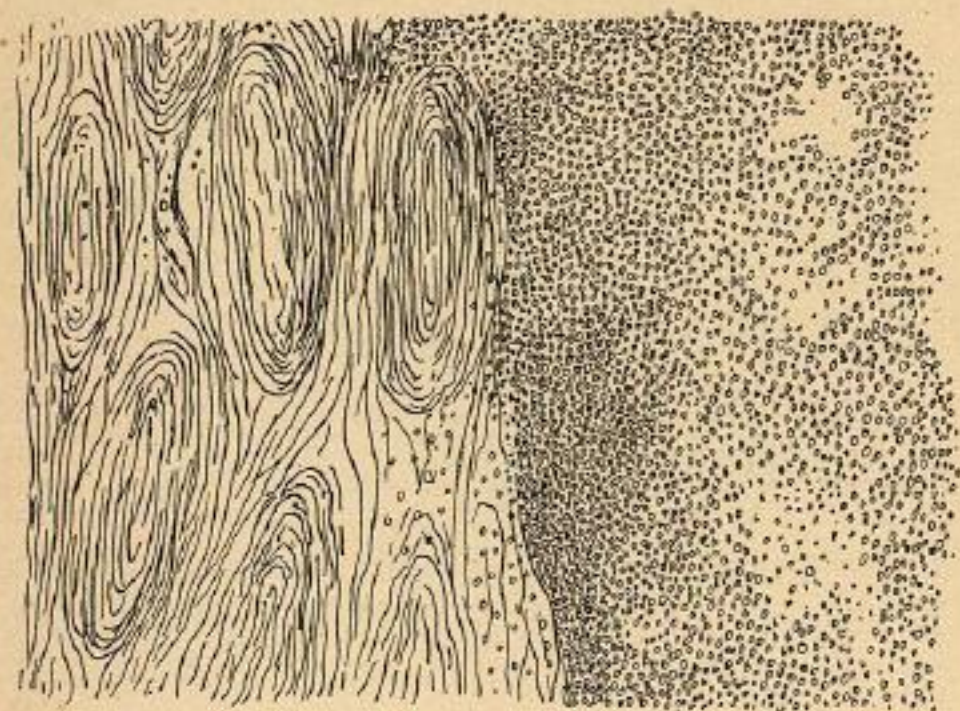


Fig. 127. — Sarcome embryonnaire de la muqueuse utérine (Dolérès).

b. **SARCOME CORPORAËL.** — Le *fibro-sarcome* semble résulter souvent, sinon toujours, de la greffe du sarcome sur le *fibro-myome*. Un certain nombre d'auteurs (Simpson, Chrobak, etc.) disent avoir suivi ce processus, analogue à l'envahissement du fibro-myome par l'*épithélioma*. Il est certain, d'autre part, que le fibro-sarcome renferme ordinairement des fibres musculaires.

Le sarcome endométritique répond au type *embryonnaire* (fig. 127). D'après Heitzmann, l'un des meilleurs éléments de diagnostic, tout au début du processus, consiste dans la transformation sarcomateuse de l'épithélium glandulaire. Cette destruction des glandes pourrait commencer, d'après Keller, par la couche profonde de la

muqueuse, si bien qu'à un moment donné, la couche superficielle en serait seule pourvue. Keller insiste sur la variété des éléments cellulaires inter-glandulaires et les dimensions de leurs noyaux qui arrivent parfois à remplir le corps de la cellule.

Nous ne croyons pas qu'il soit aussi facile qu'on l'a écrit de confondre le sarcome de la muqueuse utérine avec des *débris adhérents de la caduque*. Les cellules du sarcome n'ont ni la forme, ni les dimensions des cellules de la caduque.

Étant donnée la rapidité de l'évolution du sarcome, si les fragments enlevés par le curettage explorateur semblent correspondre, comme volume, à l'endométrie, toutes les probabilités sont en faveur de cette affection (Dührssen).

Nous avons déjà signalé (livre VIII) la nature des lésions juxtacancéreuses de l'endomètre du corps, dans le cas de cancer du col. Il ne s'agit pas là de *sarcome*, comme le veulent Abel et Landau, mais d'*hyperplasie simple*.

Entre le néoplasme et les tissus hyperplasiés court une zone étroite de prolifération embryonnaire au niveau de laquelle ont lieu les thromboses vasculaires, causes de la mortification de la tumeur.

III. Modes et voies de propagation aux tissus péri-utérins.

La propagation du cancer en dehors de l'utérus se fait par continuité de tissus et par voie circulatoire, l'infection des lymphatiques se traduisant, parfois, sous forme de nodosités en chapelet qu'on perçoit surtout dans les ligaments utéro-sacrés. Les métastases dans les viscères éloignés sont rares et tardives.

L'épithélioma du col, en se propageant au tissu conjonctif pelvien, atteint, par intussusception ou compression, les vaisseaux et nerfs qui le traversent ainsi que l'uretère. Celui-ci résiste assez longtemps : son oblitération, au niveau du pelvis, aboutit à la dilatation de son segment abdominal et du bassin et à l'atrophie du rein ; mais l'hypertrophie compensatrice du cœur est loin d'être constante.

On observe assez rarement la perforation de la vessie et du rectum.

Aux approches du péritoine, il se fait un travail d'adhérences qui comble le cul-de-sac de Douglas et se fusionne avec les indurations paramétritiques. En fin de compte, les muscles, le périoste, les os, l'intestin grêle peuvent être atteints à leur tour et s'ulcérer, avant que la malade ne meure.

On accordera une attention spéciale à l'envahissement des gan-

glions inguinaux et sus-claviculaires (Troisier). Les ganglions iliaques et prévertébraux peuvent être également atteints, mais échappent ordinairement aux recherches cliniques.

Le cancer primitif du corps se propage tout d'abord vers le péritoine et les annexes; mais il reste beaucoup plus longtemps localisé à l'utérus par suite, sans doute, de la moindre abondance des lymphatiques aux lieux de son origine.

Indépendamment des lésions de propagation, propres au néoplasme lui-même, on peut en observer d'autres qui relèvent d'infections secondaires ou de la cachexie: endocardite végétante, pyélo-néphrite suppurée après ouverture de la vessie, dégénérescence graisseuse du foie, etc.

Symptômes.

I. Période initiale.

L'hémorragie initiale du cancer utérin peut n'être que l'indice d'une vascularisation exagérée et n'offre, en elle-même, rien de bien caractéristique. Signalons cependant son irrégularité, l'influence ordinaire du coït sur sa production (Coe); peu abondante, lorsqu'il s'agit de cancer cervical, elle peut être, du premier coup, considérable, lorsque le corps est primitivement envahi (Emmet, Byrne). Après la ménopause, elle devient beaucoup plus significative, du fait même de l'époque de son apparition, surtout si la femme était généralement bien portante jusque-là et si elle ne présente ni tumeur pelvienne à évolution tardive, ni affection quelconque hémorrhagique, en dehors de la sphère génitale.

Le cancer corporéal peut s'annoncer, non par des pertes sanguines, mais par une *hyrorrhée* inodore, très abondante, qui affaiblit beaucoup les malades (Coutzarida).

Il faut évidemment tenir compte de l'hérédité et s'informer s'il y a eu, chez les ascendants, cancer de l'utérus ou d'autres organes.

L'apparence cachectique, la teinte jaune paille ne se dessinent que sur le tard; mais l'amaigrissement peut être assez précoce et coïncider avec un aspect d'ailleurs florissant.

L'ulcère, dès qu'il est constitué, contraste par sa friabilité, avec l'induration des tissus périphériques: le doigt explorateur en détache, sans efforts, de petits fragments, et ce traumatisme, si léger qu'il soit, détermine toujours un écoulement notable de sang. Cette double particularité, que l'on peut désigner sous le nom de *signe de l'ongle* (Laroyenne), a une grande importance diagnostique.

Nous repoussons absolument toute tentative exploratrice basée sur l'emploi des *modificateurs ordinaires des plaies*, fer rouge et topiques divers, qui peuvent déterminer une poussée du côté du néoplasme ou, tout au moins, faire perdre un temps précieux. Il n'en faut pas moins tirer parti des indications fournies par une pratique erronée: progression très active d'une ulcération du col sous un pansement antiseptique; retour rapide des métrorrhagies à la suite d'un curettage méthodique qui a démontré l'hyperplasie de la muqueuse, sans qu'il y ait ni fibrome, ni lésions d'annexes.

A cette période, l'examen au *spéculum* ne peut qu'induire en erreur ou laisser dans le doute sur la nature inflammatoire ou néoplasique de la lésion.

Pour se faire une opinion précise, il faudra, le plus souvent, recourir au microscope et nous voudrions, à ce sujet, faire cesser un malentendu. Les modifications initiales des tissus, dans le cancer, sont encore à l'étude: les uns pensent qu'elles débentent par un apport de *coccidies*; d'autres, que ces soi-disant coccidies ne sont que des *déviationes de la cytodièrese* (Fabre). Cette période n'appartient pas encore à la clinique. Un peu plus tard, l'apparition d'un certain nombre des caractères histologiques énumérés plus haut, sans pouvoir encore permettre l'affirmative, doit inspirer des *doutes prudents* qui se résoudreont en une opération bénigne et conservatrice (curettage, amputation du col), suivie d'une surveillance très active. Enfin, à une période encore plus avancée, le microscope pourra donner une certitude, alors que le diagnostic clinique étant hésitant ou erroné, la malade se trouve encore dans de bonnes conditions opératoires. Telle est l'opinion qu'il faut se faire, si rares que soient malheureusement les occasions de la mettre en pratique, entre le scepticisme irraisonné des uns et la confiance exagérée de quelques autres.

II. Période d'état.

A la période d'état, les symptômes s'affirment:

Les hémorrhagies deviennent plus fréquentes, plus abondantes, et, dans l'intervalle, se produit un écoulement séro-sanguin et roussâtre, parfois séro-purulent, d'une odeur repoussante et sui generis. Plus tardif dans le sarcome, cet écoulement peut être à peu près nul pour l'ulcération d'origine parenchymateuse ou même, dans des cas exceptionnels, manque complètement, aussi bien que l'hémorrhagie, pendant toute la durée du processus.

Dans le cancer du col, les douleurs sont un signe d'extension au voisinage, vers le corps de l'utérus ou vers les tissus périmétriques.

Dans le cancer du corps, au contraire, elles semblent bien avoir primitivement pour siège l'organe malade et se présentent, avant la réaction péritonéale, sous forme de crises *paroxystiques*, parfois *périodiques*, qui sont dues, soit à l'évacuation des liquides pathologiques, soit à l'envahissement des nerfs de l'organe. Ces douleurs ne se rencontrent que dans la moitié des cas et sont assez tardives.

Même à la période d'état, l'examen au spéculum ne donne que des résultats incomplets, inférieurs à la réalité, et ne peut que compléter les renseignements fournis par le *toucher*.

L'ulcération *cancroïdale* est végétante, exubérante, au point de remplir parfois les culs-de-sac du vagin, irrégulière, très friable, et laisse aux doigts une odeur caractéristique.

L'ulcération d'origine *nodulaire, parenchymateuse*, se présente comme une perte de substance irrégulière, peu profonde, superficiellement friable, à base indurée, entourée d'un rebord calleux, infiltré, inégal et taillé à pic.

Quant au *sarcome du col*, c'est généralement une tumeur en grappe, friable, appendue aux lèvres du museau de tanche, et dont on précisera la nature par l'examen histologique.

Pour reconnaître les fongosités du *cancer cavitaire*, on aura recours au toucher intra-utérin et au curettage, avec ou sans dilatation préalable, suivi ou non d'examen microscopique. Le cancer *intra-cervical* évide rapidement le col et le transforme en une caverne anfractueuse qui se dissimule derrière l'orifice externe. Le cancer *corporéal* détermine toujours une augmentation de volume notable du corps utérin qui peut atteindre les proportions d'un utérus gravide de quatre mois.

III. Période de cachexie.

Peu à peu, le néoplasme continuant sa marche, l'amaigrissement s'accroît, la peau prend une coloration anémique ou jaunâtre, les fonctions digestives s'alanguissent, les douleurs s'accroissent, privant la malade de tout repos : la période de cachexie est constituée.

La déchéance générale qui la caractérise va s'accroissant jusqu'à la mort, en se compliquant de fistules diverses, de phlegmatia alba dolens, de troubles urémiques dus à l'oblitération progressive des uretères.

A cette période, le toucher, la vue et l'odorat indiqueront rapidement la nature du mal.

Marche et terminaison.

Les malades meurent le plus souvent d'urémie et, dans les autres cas, de péritonite, d'embolie ou de septicémie chronique. L'évolution est d'autant plus rapide que le sujet est plus jeune. La durée moyenne de l'épithélioma du col, à partir de l'apparition des premiers symptômes, varie entre 12 et 18 mois (Gusserow, Schröder) ; mais il est des malades qui vivent beaucoup plus longtemps. Le cancer du corps aurait une durée presque double (33 mois, d'après Valot, sur une moyenne de 18 cas). Enfin, s'il faut en croire Terrillon, les malades atteintes de sarcome vivraient rarement plus de deux ans.

Diagnostic.

I. Diagnostic de la propagation.

La propagation du cancer utérin au voisinage de l'organe, si importante à reconnaître pour le choix du traitement, se traduit subjectivement : par la douleur, dans le cancer du col ; par le catarrhe vésical et la dysurie, si le néoplasme, primitivement développé dans le corps ou le col, gagne la vessie ; par la constipation mécanique et la rectite, s'il gagne le rectum ; par la phlegmatia alba dolens, s'il se propage vers la veine iliaque ; par l'urémie, quand l'uretère vient à être oblitéré... Mais ces différents troubles sont toujours assez tardifs, et c'est à l'examen objectif seul qu'il faut s'en rapporter pour éviter un traumatisme inutile.

Par le palper bimanuel, le toucher recto-vaginal et l'abaissement du col, on arrivera à reconnaître, avec ou sans le secours de l'anesthésie, l'immobilisation absolue ou relative de l'organe et l'existence, à son pourtour, de masses indurées, en continuité directe ou indirecte avec lui. Il est difficile de déterminer si ces indurations sont de nature néoplasique ou inflammatoire et, lors même que l'on a de bonnes raisons d'opter dans ce dernier sens, il est impossible d'exclure l'idée de colonisation microscopique à distance, au sein des tissus enflammés. L'existence d'infiltrations conjonctives sur les bords de l'utérus (Schröder) ou de nodosités molliformes dans l'épaisseur des replis de Douglas (Schröder, Hofmeier, Hégar et Kaltenbach) serait l'indice plus que probable de l'extension du néoplasme. En cas de doute et si l'induration est modérée, l'utérus suffisamment abaissable, nous admettrons, avec Hofmeier, qu'on puisse opter pour l'intervention radicale.

On aura toujours soin d'examiner les ganglions inguinaux et sus-claviculaires.

Enfin, quand bien même le cancer paraît exactement localisé au col, il est indispensable, avant de se décider à une opération partielle, de se rendre compte, aussi bien que possible, par le curettage et l'examen digital, de la non-existence, du côté du corps, de coulées néoplasiques reliées à l'ulcération cervicale ou de noyaux métastatiques.

II. Diagnostic différentiel.

A. Cancer du corps. — En dehors du criterium fourni par l'examen histologique et auquel il faudra toujours recourir en cas de doute, le diagnostic différentiel repose sur les caractères suivants :

Le *sarcome du corps* se distingue de l'*épithéliome* à localisation similaire : par la rapidité de son développement, par l'apparition plus tardive des sécrétions et de la cachexie et par l'âge de la malade. De plus, le *polype sarcomateux* a une consistance générale plus ferme que l'*épithéliome* de même aspect.

Rien n'est plus facile que de confondre, avec le *cancer corporel*, la *métrite casécuse des vieilles femmes* qui détermine des écoulements purulents et fétides, avec accompagnement d'un mauvais état général. On sera cependant prévenu par le passé pathologique de la malade et l'absence de douleurs utérines paroxystiques.

De même, le *corps fibreux sphacélé* peut donner tous les symptômes subjectifs du cancer à la période de désintégration : le toucher intra-utérin peut, il est vrai, permettre de rencontrer des parties plus fermes, non ulcérées, qui excluent l'idée d'un *polype épithéliomateux*, mais l'examen histologique permet seul d'établir sûrement la différence avec le *fibro-sarcome*.

Il en est de même pour la *tuberculose à début intra-utérin*, par rapport à l'*épithéliome* et au *sarcome endométritiques*.

B. Cancer du col. — Au niveau du col, on se gardera de confondre le *polype muqueux*, de consistance toujours assez ferme, avec les végétations du cancer et surtout du *cancer sarcomateux*. De même le *papillome*, extrêmement rare en tant que tumeur localisée au col, se distinguera par sa consistance et son aspect verruqueux.

Les *fibromes interstitiels du col* sont moins adhérents à la muqueuse que les *nodosités de l'épithéliome parenchymateux*, plus nettement limités, plus durs et entourés de tissu sain.

Entre la *pseudo-ulcération de la métrite parenchymateuse*, surtout quand elle a été modifiée par des caustiques, et l'*ulcération cancé-*

reuse non végétante, il peut n'y avoir d'autre différence notable que ce degré de friabilité sur lequel nous avons insisté.

Enfin l'ulcération cancéreuse du col devra encore être différenciée d'un *chancre simple*, d'un *chancre syphilitique*, d'une *syphilide* (liv. V), d'une *ulcération tuberculeuse* (liv. VI) ou *herpétique* (liv. VII).

Pronostic.

L'*épithéliome* utérin, d'un pronostic fatal et à brève échéance, lorsqu'il est abandonné à lui-même, est une affection primitivement locale et curable pourvu qu'elle soit prise à temps : on compte, en effet, un bon nombre de survies, sans récurrence, après hystérectomie totale ou partielle (voir plus loin).

Il faut tenir compte, dans son appréciation : de la localisation première du néoplasme qui commande, en grande partie, son évolution ultérieure ; de la constitution de la malade, et surtout de son âge (le cancer des femmes jeunes marche extrêmement vite ; en quelques semaines ou moins encore, il peut devenir inopérable) ; enfin, de certaines conditions accidentelles, telles que la grossesse, qui se termine par l'avortement dans la proportion de 40 p. 100 (Lever) et qui, arrivée à terme, a causé 40 fois la mort sur 136 cas relevés par Hermann. De plus, les enfants naissent mort-nés ou ne survivent généralement que peu de temps.

Peut-être la syphilis ralentit-elle la marche du cancer.

L'*épithéliome* d'origine *parenchymateuse* aurait une évolution plus lente pour les uns, plus rapide pour d'autres. Ce qui est certain, c'est qu'il ne se révèle qu'assez tard, alors que les tissus péri-utérins sont déjà manifestement envahis.

Le *cancroïde* paraît être la forme la plus facilement curable et avec le moins de frais, à ses débuts.

Pour Terrillon, le *sarcome* est d'un pronostic fatal, même si on opère dès le début. Dührssen, au contraire, le considère comme plus favorable que l'*épithéliome*, en ce sens que les femmes viendraient consulter plus tôt.

Traitement.

I. Prophylaxie.

La *prophylaxie* la plus rationnelle du cancer de l'utérus consiste à éviter la prolongation de la métrite, surtout chez les femmes à hérédité suspecte.

II. Cure radicale.

RÈGLES GÉNÉRALES. — 1° La cure radicale ne doit être tentée que si un examen clinique attentif exclut l'idée de propagation aux tissus péri-utérins.

2° La question d'âge a une importance énorme. Au-dessous de 40 ans, il ne faut opérer le cancer utérin que tout à fait à ses débuts. Au delà de 55 ans, la marche du néoplasme devient tellement lente qu'on ne donne guère plus de chances de survie à la malade en opérant. La période la plus favorable à la cure radicale s'étend de 40 à 55 ans (Bouilly).

CHOIX DE L'OPÉRATION. — Assurément l'amputation sous-vaginale peut suffire pour le cancroïde récent du col. Mais, étant donnés les derniers perfectionnements de l'hystérectomie totale et les difficultés ou l'impossibilité de découvrir ou d'apprécier suffisamment les coulées néoplasiques à distance, on donne, en somme, beaucoup plus de chances de survie aux malades en rejetant, toujours et de parti pris, l'amputation sous-vaginale au profit de l'ablation totale.

Quant à l'amputation sus-vaginale, comme elle est au moins aussi grave que l'hystérectomie, nous ne nous y arrêterons pas.

Si l'on a recours à la sous-vaginale, on rejettera, comme aveugles et dangereux, tous les moyens d'exérèse autres que le couteau, tels que l'écraseur et l'anse galvanique, et l'on aura recours, suivant les cas, aux procédés de Simon ou de Schröder.

L'hystérectomie totale n'étant permise que si elle est facile (utérus mobile), la voie vaginale doit suffire pour le cancer du col.

La voie périnéale, conseillée par Frommel, la voie sacrée, conseillée par Hochenegg, Roux, Terrier, surtout au point de vue de l'hémostase, ne sont admissibles que si le cancer, en s'attaquant primitivement au corps de l'organe, lui a donné un grand volume. Mais, même dans ce cas, grâce aux procédés actuels de morcellement, l'extirpation totale par la voie vaginale donne les meilleures chances de succès.

MORTALITÉ APRÈS L'HYSTÉRECTOMIE PARTIELLE ET TOTALE. — Tandis que la mortalité est de 11 p. 100 pour l'amputation sus-vaginale (Pozzi), elle descend, pour l'hystérectomie vaginale totale, entre les mains des bons opérateurs, à 8 p. 100 (Richelot : 13 morts sur 156 cas), 5 p. 100 (Léopold), 3 1/2 p. 100 (Laroyenne et Goullioud : 1 mort sur 28 cas), 3 p. 100 (Kaltenbach), 0 p. 100 (Dmitri de Ott : pas de décès sur 30 cas).

Roux a eu 9 guérisons opératoires sur 10 cas de cancer extirpés par la voie sacrée.

L'amputation sous-vaginale ne dépasserait pas 3,33 p. 100 de mortalité d'après la statistique de Verneuil et encore les 2 cas de mort, sur 60, seraient-ils dus, l'un au chloroforme, l'autre à l'écraseur, instrument actuellement délaissé.

Pratiquée dans le cas où il y a propagation aux tissus péri-utérins, l'hystérectomie totale devient très meurtrière. Nous déconseillons absolument la pratique de Mikulicz qui n'hésite pas à attaquer la vessie et le rectum s'ils sont envahis par le néoplasme, ou de Pawlick, qui le poursuit, par dissection, dans l'épaisseur du tissu cellulaire pelvien, après cathétérisme de l'uretère.

SURVIE POST-OPÉRATOIRE. — Si on s'en rapporte aux statistiques dernières de Hofmeier, Schauta, Olshausen, Léopold, l'hystérectomie totale, rationnellement employée, donnerait une survie d'environ deux ans dans la moitié des cas. Léopold, Terrier ont obtenu l'absence de récurrence durant plus de six ans. Au contraire, si l'opération est contre-indiquée, la malade ne survit pas plus de six mois (Barraud).

La statistique de Schröder, publiée par Hofmeier, est plus favorable à l'amputation partielle qu'à l'ablation totale. Verneuil, sur 21 guérisons opératoires, après opération sous-vaginale à l'écraseur, a obtenu une survie de sept ans, et 5 de trois ans. Enfin, plus récemment (1891), Winter a publié 38 cas de guérison p. 100 après deux ans et 20 p. 100 après cinq ans, à la suite de l'amputation haute de Schröder. Mais, comme le fait justement remarquer Pozzi, ces statistiques ne prouvent rien contre l'hystérectomie totale, dans ses résultats définitifs, attendu qu'on ne se décide à l'amputation partielle que dans des cas très récents c'est-à-dire d'une cure relativement facile.

Dans le sarcome, la récurrence, après ablation, a toujours lieu très rapidement, c'est-à-dire au bout de six ou huit mois, soit sur place, soit à distance (Terrillon).

L'épithéliome du corps se reproduit moins vite que celui du col.

Les bourgeons de néoformation se montrent de préférence dans la muqueuse vaginale, en cas de cancroïde, et dans les tissus péri-utérins, si l'épithéliome est de forme nodulaire ou cavitaire (Bouilly).

Nous insistons de nouveau sur l'importance de l'âge au point de vue de la récurrence.

III. Traitement palliatif.

Pour se rendre maître des hémorragies et des écoulements fétides, si l'extirpation de l'utérus est contre-indiquée, le mieux est de

faire le *curettage* des fongosités, suivi de *cautérisation* au fer rouge. Après l'élimination de l'eschare potentielle, on appliquera, pendant six à douze heures, des tampons imbibés d'une solution de chlorure de zinc 5, ou encore, la pâte suivante : chlorure de zinc 4, oxyde de zinc 1 et farine de froment 3, en ayant soin de protéger le vagin avec des tampons imprégnés d'huile résorcinée ou d'une solution saturée de bicarbonate de soude.

Cette opération sera renouvelée dans la suite, à mesure que se reproduiront les fongosités. Dans l'intervalle, il sera bon de maintenir la cavité utérine ouverte, à l'aide de tampons imprégnés, suivant les besoins, de topiques hémostatiques, caustiques (tampons imprégnés de perchlorure de fer et séchés, de chlorure de zinc à 1/2 et bien essorés), ou simplement antiseptiques (tampons iodoformés).

Le curettage est surtout indiqué lorsque les fongosités sont exubérantes et le sujet résistant. Dans ces conditions, il procure ordinairement, du fait de la suppression des écoulements sanguins et septiques, un relèvement notable des forces et du moral, une facilité plus grande dans la marche, un certain retour de l'appétit. Mais cette pratique n'a pas raison d'être dans les formes ulcéreuses, peu secrétantes, et doit être évité aux périodes ultimes de la maladie, lorsqu'il y a imminence de perforation.

A défaut du curettage, on aura recours au fer rouge, aux caustiques, dont l'action doit être surveillée de près (pâte de Canquoin en flèches, tampons imbibés de chlorure de zinc par moitié); aux injections antiseptiques faibles, désodorantes, hémostatiques (liqueur de Labarraque, une cuillerée à bouche par litre, sulfate de cuivre à 1/200, naphtol à 0,40 p. 1,000, perchlorure de fer, une cuillerée à café par litre); ou simplement, aux injections aseptiques (1 cuillerée à dessert de sel gris par litre d'eau bouillie): ces injections seront prises à 40° au moins, renouvelées deux ou trois fois par jour, et prolongées durant une demi-heure, si possible. Desprès a tout dernièrement vanté les applications de pétrole raffiné pur.

Inglis Parsons (1889), Byrne (1889) et Wernitz (1890) disent avoir obtenu, par l'électricité, la disparition des symptômes et la réduction graduelle de la tumeur. Parsons a recours à la galvano-puncture à l'aide d'un grand nombre d'aiguilles et fait passer un courant de 100 milliampères au minimum, avec 50 à 100 interruptions dans chaque direction. Wernitz a eu recours à l'électrolyse, en séances de 5 à 10 minutes, avec 100 à 200 milliampères.

Le curettage n'a d'action sur la douleur que s'il y a dilatation de l'utérus par les tissus cancéreux (Schröder). Les injections chaudes

prolongées donnent un soulagement réel mais de courte durée; l'action de l'électricité mérite confirmation.

Parmi les *analgésiques*, on donnera la préférence aux préparations d'opium, en palliant, autant que possible, les inconvénients du médicament: on ne l'emploiera d'abord que la nuit et, successivement, sous forme de laudanum de XX à XXX gouttes, de suppositoires d'extrait d'opium et de belladone... n'ayant recours, qu'en dernier lieu, aux injections de morphine, qui doivent être rapidement augmentées de nombre et de quantité, pour produire l'effet voulu.

Entre temps, on ne négligera pas de combattre, par les moyens appropriés, le ralentissement des fonctions digestives, les troubles urémiques, etc., tout en s'efforçant de conserver aux malades leurs illusions.

IV. Intervention dans le cas de grossesse.

La grossesse n'est pas une contre-indication absolue à la cure radicale. Elle en aggrave cependant beaucoup le pronostic immédiat et diminue les chances de survie (Bouilly). La femme est-elle près du terme, on pratique l'accouchement prématuré ou la césarienne, avant l'hystérectomie.

En cas de cancer inopérable, on pratique l'avortement si le col n'est pas suffisamment dilatable. Dans le cas contraire, on fera, en temps voulu, la craniotomie ou la césarienne, après avoir essayé, s'il y a lieu, du forceps ou de la version. En faisant choix de la césarienne, l'opérateur n'aura en vue que l'intérêt de la mère, étant donné le peu de survie des enfants qu'engendrent les femmes atteintes de cancer utérin.

CHAPITRE IV

TUMEURS DES ANNEXES

ÉTIOLOGIE

Les *kystes de l'ovaire* se rencontrent, de préférence, pendant la période d'activité génitale, de vingt à quarante ans. Ceux qui se manifestent avant la puberté sont, le plus souvent, de nature *dermoïde*.