

des malades, aux pertes, acquièrent une réelle valeur séméiologique. Ce sont : la dyspepsie, les vomissements, la gastralgie, la mastodynie, les troubles fonctionnels de la miction et de la défécation.

Vient-il à pratiquer le toucher, le médecin constate que l'utérus est fixe, enclavé; le doigt rencontre tantôt des végétations, des granulations fermes, résistantes, tantôt des ulcérations entourées de bords durs, saillants; dans la forme infiltrée, le col plus volumineux présente des bosselures d'inégale consistance. Le doigt retiré du vagin exhale une odeur d'une fétidité repoussante, que l'on n'oublie plus quand on l'a sentie une fois. Au spéculum il devient difficile d'apercevoir le col en raison de la fixité de l'utérus et des végétations

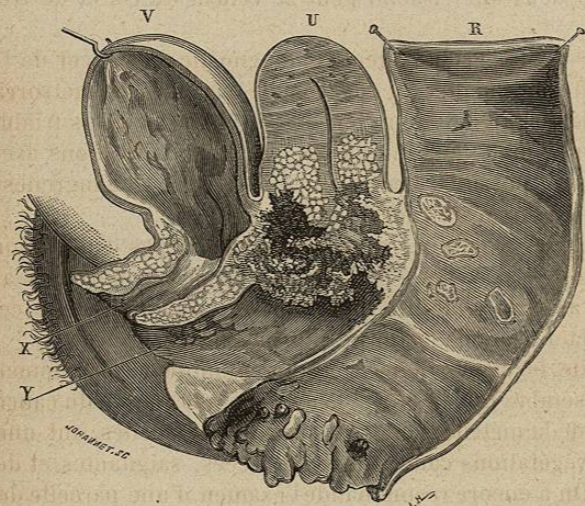


Fig. 144. — Cancer de l'utérus propagé aux organes voisins, vagin, vessie, urètre, rectum. (D'après CRUVEILHIER.)

V, vessie, — U, utérus, — R, rectum, — X, urètre, — Y, vagin. (DE SINÉTY, *Traité de gynécologie*.)

saignantes violacées; ces ulcères végétants tranchent sur la teinte pâle des tissus ambiants.

Lorsque le néoplasme après avoir franchi les limites de l'utérus envahit ou comprime les nerfs périphériques et le péritoine, les douleurs apparaissent avec les caractères de la sciatique. A peu près à la même période l'état général jusque-là assez bien conservé s'altère rapidement. La peau prend une teinte jaune paille caractéristique, les malades semblent bouffies; on voit survenir l'ascite et l'œdème des extrémités inférieures, les thromboses cachectiques. Ces troubles graves conduisent les cancéreuses au marasme et à la mort. Les hémorragies cessent quelquefois pendant les dernières périodes.

Assez souvent les femmes atteintes de cancer utérin succombent à des complications intercurrentes. Sur quatre-vingt-treize (93) cas de mort par carcinome de la matrice, BLAU trouve vingt-sept (27) péritonites purulentes, onze (11) pneumonies, quatre (4) pleurésies, trois (3) embolies pulmonaires. Parmi les cas de mort à la suite du marasme, un certain nombre peuvent être

légitimement rapportés aux troubles rénaux et à l'urémie, tantôt à forme aiguë, tantôt à forme lente, comateuse. D'après HUC, qui a publié une bonne étude sur ces complications, les accidents urinaires se produiraient dans l'ordre suivant : 1° incontinence; 2° rétention; 3° anurie et urémie. Cette dernière coïncide constamment avec un abaissement de la température et des vomissements incoercibles.

Plus les femmes sont jeunes, plus la marche du cancer est rapide. Ainsi, tandis que le cancer chez les personnes âgées accomplit son évolution en deux ou trois ans et même davantage, il n'est pas rare de voir des malades plus jeunes emportées en quelques mois. POLAILLON admet que la durée moyenne de la vie est de deux ans et demi pour le cancer du col et de trois ans pour celui du corps.

Diagnostic. — A la période latente le diagnostic du cancer de l'utérus présente de grandes difficultés; à la seconde période, la métrorragie, l'ichor sanieux et fétide, la constatation d'ulcères ou de végétations friables saignant au moindre contact, ne laissent aucun doute. Les affections avec lesquelles la confusion serait possible sont : les polypes fibreux gangrenés, la métrite chronique, les papillomes du col, le sarcome utérin.

Les fibro-myomes gangrenés ne s'accompagnent pas d'altérations du col et l'état général reste assez bon. D'ailleurs le tissu des fibromes a une dureté qui contraste avec la friabilité du carcinome; ajoutons que ces dernières tumeurs n'affectent jamais la forme polypeuse.

Dans la métrite, les hémorragies sont peu communes, l'écoulement muqueux purulent ne ressemble nullement à l'ichor roussâtre, fétide du cancer. En outre les ulcérations de la métrite, rouges, comme cicatricielles, ont une coloration différente des végétations cancéreuses violacées, saignantes et des ulcères à bords indurés. On a encore recommandé l'examen d'une parcelle de la tumeur; comme pierre de touche, il sera utile d'essayer l'efficacité des remèdes simples.

L'infiltration carcinomateuse est extrêmement difficile à reconnaître avant l'ulcération. L'adhérence de la tumeur à la muqueuse n'a pas dans la pratique une plus grande valeur que l'inefficacité des tentatives de dilatation du col.

Pronostic. — Jusqu'à présent on peut considérer le cancer de l'utérus comme une maladie fatale, d'autant plus redoutable qu'elle apparaît plus tôt. La guérison par l'intervention chirurgicale est bien rare, si elle existe. D'un autre côté, si le cancer de l'utérus ne constitue pas une cause absolue de stérilité, les chances d'avortement augmentent lorsque le cancer intéresse une partie plus élevée de l'organe. D'ailleurs la coïncidence d'une grossesse est toujours une circonstance aggravante pour le pronostic; les complications primitives sont redoutables et l'évolution de la maladie se trouve constamment activée (CHANTREUIL).

1° **Traitement médical.** — Aucun des médicaments préconisés contre le cancer ne mérite une confiance sérieuse; ainsi, l'arsenic, l'iode, la térébenthine de Chio, la ciguë n'ont aucune action spécifique, aucune efficacité durable. Une hygiène convenable permettra de soutenir les forces de la malade.

2° **Traitement chirurgical.** — En général il est palliatif; cependant quelques opérations récentes se proposent la cure radicale du cancer utérin.

A. *Traitement palliatif.* — Son but est d'enrayer la marche du mal, de rendre l'existence supportable, de remédier dans la mesure du possible aux accidents, aux complications. Les injections médicamenteuses (perchlorure de fer, tannin, permanganate de potasse, acides salicylique, borique, phénique, thymique) trouveront leur indication dans le but de calmer les souffrances, de diminuer la fétidité et de modifier la nature de l'écoulement; on s'est adressé aux injections vaginales de chloral, aux injections hypodermiques de chloroforme et surtout à la morphine administrée de toutes les manières. La voie sous-cutanée est préférable à l'administration de l'opium à l'intérieur. De bonne heure les femmes acquièrent une assuétude remarquable pour la morphine et certaines cancéreuses supportent à la longue 0^{gr},20 et même 0^{gr},40 de morphine sans inconvénients.

Contre les métrorragies les injections continues froides et additionnées de perchlorure de fer rendront des services. Le ratanhia et l'ergot de seigle à l'intérieur n'ont pas la même efficacité que pour les polypes et les myomes. Si ces moyens échouaient, le tamponnement constituerait la seule ressource dans les cas graves. Les drastiques, le lait, les lavements seront employés contre les complications rénales et la constipation.

B. *Opérations chirurgicales. Destruction par les caustiques.* — Tous les caustiques ont été essayés contre les carcinomes utérins, fer rouge, galvano-cautère, thermo-cautère, caustiques chimiques (pâte de Canquoin) électrolyse, injections intra-parenchymateuses avec le chlorure de zinc. Leur action est toujours insuffisante ou dangereuse, et les caustiques agissent aveuglément. Cette méthode est donc seulement palliative.

Excision. Amputation. — Si le cancer paraît bien circonscrit au col, l'utérus mobile, l'amputation partielle de l'organe se présente comme une opération rationnelle. A cet effet on aura recours à l'instrument tranchant, à l'écraseur, à la ligature, au galvano-cautère ou au thermo-cautère. Mieux vaut ne pas trop abaisser l'utérus dans la crainte de la pelvi-péritonite. L'hémorragie est un des accidents les plus redoutables de ces opérations qui sont rarement suivies de guérison radicale. Tout au plus peut-on espérer ralentir la marche du néoplasme, calmer les souffrances (*Bull. de la Soc. de chir.* 1884); malheureusement l'intervention a quelquefois un résultat absolument inverse.

SCHRÖDER a conseillé l'amputation supra-vaginale du col de l'utérus qui consiste à sectionner le col après avoir dégagé les insertions vaginales sur le museau de tanche; des sutures réunissent ensuite l'utérus au vagin et latéralement les parois vaginales. Sur trente-sept (37) opérations, SCHRÖDER compte quatre (4) morts et quinze (15) récidives.

Hystérectomie. — Cette opération se pratique de deux manières différentes : 1^o par la voie abdominale, opération de FREUND ou *laparo-hystérectomie*; 2^o par la voie vaginale, ou *kolpohystérectomie*. Dans le premier cas, après avoir fendu la paroi abdominale sur la ligne médiane de la symphyse à l'ombilic, le chirurgien va à la recherche de l'utérus qu'il traverse avec un fil pour l'attirer en haut. Chacun des ligaments larges est lié au moyen de trois ligatures et sectionné du côté de l'utérus. Lorsque l'utérus est isolé du péritoine et de la vessie, on l'enlève en détachant les insertions supérieures du

vagin. Le dernier temps de l'opération comprend la suture des parois vaginales et du péritoine. Le même procédé permet d'enlever partiellement l'utérus. La mortalité moyenne serait de 75 à 80 p. 100.

Les résultats de ces tentatives ne sont pas jusqu'ici encourageants, car il ne faut pas confondre les succès opératoires avec les guérisons. La kolpohystérectomie, ou hystérotomie par la voie vaginale, a été essayée par BILLROTH; après avoir attiré en bas le col utérin au moyen d'un fil, on détache les attaches vaginales. Ce premier temps permet de dégager avec le doigt ou les instruments les adhérences utérines et d'attirer la matrice en bas à travers l'ouverture du péritoine. Ensuite les ligaments larges sont liés en trois points et sectionnés; les parois vaginales et le péritoine sont suturés avec soin.

SÄNGER, sur cent trente-trois (133) cas d'ablation totale de l'utérus par cette méthode, relève quatre-vingt-dix-huit (98) guérisons et trente-huit (38) morts, ce qui semble diminuer la mortalité moyenne qui serait de 50 p. 100. OLSHAUSEN, MARTIN, TEUFFEL s'en déclarent partisans. DEMONS, sur 109 cas trouve une mortalité de 32,1 p. 100. Cependant il s'agit là en réalité d'une opération formidable; plusieurs fois le chirurgien a dû s'arrêter en chemin. J. BÖCKEL pratiqua ultérieurement la néphrectomie pour remédier à une fistule urétérale; ces accidents n'empêchèrent pas la reproduction ganglionnaire. En France, malgré le plaidoyer de DEMONS, ces extirpations ne sont pas encore acceptées et la Société de chirurgie (1884) a exprimé un avis défavorable au sujet de ces ablations totales, qui exposent aussi bien à la récurrence que les opérations partielles et beaucoup plus à la mort. Nous ne doutons pas que les beaux résultats obtenus à l'étranger et même en France ne modifient bientôt ce jugement.

§ 5. — Déplacements de l'utérus

Toute modification de la position de l'utérus dans l'un des plans verticaux porte le nom de déviation, par opposition à l'élévation et à l'abaissement ou à l'inversion qui concernent les changements de position horizontaux.

1^o DÉVIATIONS UTÉRINES

Bibliographie. — VELPEAU, *Gaz. des Hôp.*, 1845. — SOMMER, *Deutsch. klin.*, 1850, et *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1854. — FANO, *Union méd.*, 1869. — *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1876. — GUNTHER, *Revue de Hayem*, t. XIX, 1880. — COURTY, *Journ. de thérap.*, 1881. — VEDELER, *Arch. f. Gyn.*, Bd XIX, 1882. — GRENZER, *Arch. f. Gyn.*, Bd XI. — GRASSI, *Lo Sperimentale*, 1882, et *Revue de Hayem*, t. XX, 1882. — MERMANN, *Arch. f. Gyn.*, Bd XVIII. — THÉVENOT, *Arch. de tocologie*, 1883. — SCHULTZE, *Traité des déviations utérines*, trad. Herrgott, Paris, 1884. Thèses de Paris. — 1873, PIQUANTIN. — 1874, DE FRANCE. — 1876, GOUIN, PARRICAL DE CHAMMARD, LACROIX (Bibliogr.). — 1877, DARD, GENY, GONTCHAROFF. — 1881, COUÉTOUX.

Normalement l'utérus jouit de quelque mobilité dans le bassin en raison de la laxité de ses organes suspenseurs. Tous les mouvements s'exécutent autour

d'un axe passant par le col de la matrice. La vessie est-elle pleine, le fond de l'utérus se trouve porté en arrière et en haut et les ligaments ronds sont dis-

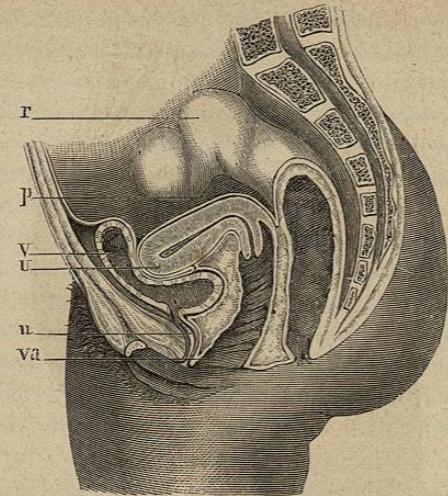


Fig. 145. — Utérus en antéflexion.

U, utérus, — V, vessie, — u, urètre, — r, rectum, — va, vagin, — p, péritoine. (D'après DE SINÉTY.)

tendus, tandis que dans l'état de vacuité l'organe présente un certain degré d'antécourbure et d'antéversion. La réplétion du rectum amène l'utérus et surtout la portion cervicale en avant.

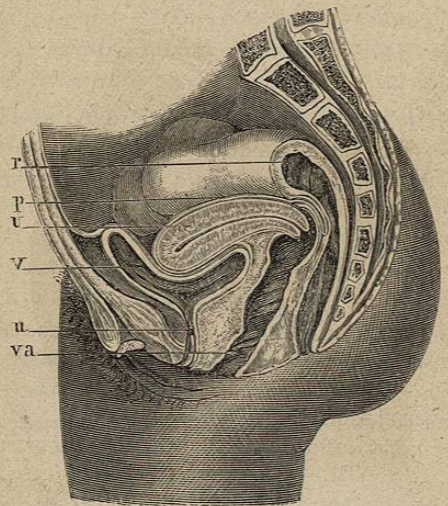


Fig. 146. — Utérus en antéversion

U, utérus, — V, vessie, — u, urètre, — r, rectum, — va, vagin, — p, péritoine.

Anatomie pathologique. — Toute déviation totale de l'utérus dans le plan antéro-postérieur ou transversal porte le nom de *version*. On réserve le

nom de *flexion* à l'inclinaison du corps sur le col resté dans l'axe normal.

Dans l'*antéversion* l'organe entier s'incline en avant, le fond de l'utérus vers la vessie, le col en arrière; la matrice bascule en quelque sorte au tour

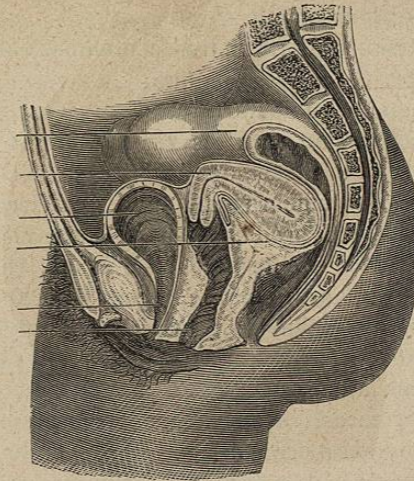


Fig. 147. — Utérus en rétroflexion.

U, utérus, — V, vessie, — u, urètre, — r, rectum, — va, vagin, — p, péritoine. (D'après DE SINÉTY.)

de ses attaches vaginales (fig. 146). Les déviations inverses (fond de l'utérus en arrière, museau de tanche sous le pubis) (fig. 148) constituent la *rétroversion*.

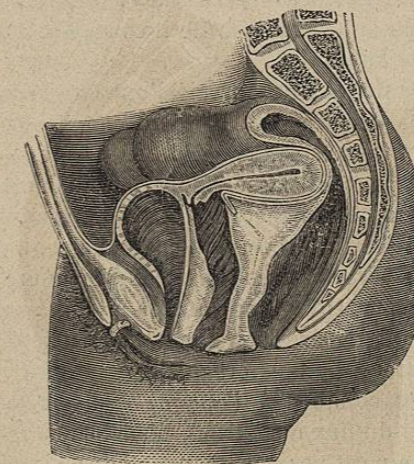


Fig. 148. — Utérus en rétroversion.

L'utérus en *antéflexion* est comme plié sur lui-même et forme au niveau de l'isthme un sinus ouvert en avant (fig. 145); dans la *rétroflexion* le même angle s'ouvre en arrière (fig. 147). Au niveau des points fléchis on a signalé une proli-

fération du tissu conjonctif au détriment de l'élément musculaire qui tend à disparaître. Assez fréquemment il existe de la métrite, une déformation du col dans la version et très rarement l'ulcération ou la perforation du vagin par le fait de la pression anormale du museau de tanche. La rétroversion s'accompagne parfois d'abaissement.

Les déviations ou versions latérales, très communes, ne constituent pas à proprement parler une lésion pathologique; elles reconnaissent pour cause une diminution de longueur du ligament rond.

Étiologie. — Congénitales ou acquises, les déviations sont dues presque toujours à des adhérences anormales, des brides cicatricielles, des connexions d'origine inflammatoire, des tumeurs (corps fibreux). Vierges, femmes mariées et multipares y sont également prédisposées, cependant le plus grand nombre des déviations surviennent de trente à trente-cinq ans. Quant à la cause déterminante, elle n'est pas souvent facile à reconnaître. On a incriminé la métrite chronique, le ramollissement du tissu utérin, la dysménorrhée, les rapports sexuels incomplets, les grossesses successives, le défaut d'allaitement, les avortements et même la masturbation.

Les déviations postérieures (rétroflexion et rétroversion), plus communes que les antérieures, débutent d'ordinaire par la rétroversion. Le mécanisme de leur production a été exposé plus haut; ajoutons qu'il n'est pas rare de les voir apparaître subitement comme conséquence d'une chute ou d'un effort. Pour BERNUTZ, la rétroversion serait constamment symptomatique.

L'antéversion et l'antéflexion succèdent à un raccourcissement des ligaments sacro-utérins inflammatoire ou autre et affectent de préférence les multipares. SCHULTZE admet un plissement cicatriciel dans le segment postérieur de l'un ou des deux ligaments larges. Pour VEDELER, l'antéflexion serait de beaucoup la déviation la plus commune; sans doute il considère comme pathologique l'antéflexion normale de l'organe.

Symptômes. — Les auteurs ont apprécié d'une façon fort différente l'importance séméiologique des déviations. Cela tient en grande partie à ce que les troubles fonctionnels et les accidents offrent en pareil cas de grandes variations. Si les déviations peuvent passer inaperçues, d'autres fois elles déterminent une série de symptômes spéciaux et prédisposent à diverses complications utérines ou péri-utérines. Les douleurs rénales, lombaires et dans les cuisses sont communes aux diverses variétés. Les mouvements imprimés à l'utérus par le vagin permettent de constater la mobilité anormale de l'organe et l'absence de douleur par la pression sur le museau de tanche.

1° *Antéflexion.* — Cette déviation, lorsqu'elle est assez prononcée, provoque de la dysménorrhée, des coliques à l'époque menstruelle; pour les uns il s'agirait d'une rétention du flux menstruel, pour SCHULTZE d'une paramérite. Certainement la métrite n'est pas rare dans le cours de cette déviation, ainsi que les inflammations péri-utérines, mais il semble bien difficile de dire si la déviation est la cause ou l'effet. Signalons en outre les troubles de la miction, la prédisposition à la stérilité.

2° *Rétroflexion.* — Souvent consécutive à la rétroversion, cette déviation affecte de préférence les multipares; à la longue, bien qu'elle soit assez bénigne,

elle entraîne la métrite, la gêne de la défécation et même l'obstruction intestinale. La rétroflexion expose moins que la précédente à la stérilité et à la dysménorrhée, mais elle retarde la ménopause, provoque les métrorragies, la ménorrhagie. Par suite de la pression exercée par l'utérus sur le rectum, on voit assez communément survenir des douleurs sourdes, une gêne de la marche, de la dyspepsie, du météorisme, des troubles cardiaques et exceptionnellement des paralysies ou des contractures. Le gonflement des seins et la sécrétion mammaire ont été signalés.

3° *L'antéversion* ne présente des symptômes bien nets que dans les cas où elle coïncide avec une métrite ou une pelvi-péritonite. Signalons cependant quelques troubles de la miction et de grandes irrégularités au point de vue de l'abondance du flux menstruel.

4° *La rétroversion*, quand elle s'accompagne d'accidents, offre les mêmes symptômes que la rétroflexion.

La plupart des phénomènes pathologiques consécutifs disparaissent ou sont atténués au moment de la ménopause; les flexions très prononcées pourraient amener l'hydromètre chez les vieilles femmes. L'utérus gravide atteint de déviation peut, au lieu de remonter au détroit supérieur, rester en rétroflexion et rétroversion; il en résulte un avortement vers le quatrième mois ou un enclavement de l'utérus dans le petit bassin. Cette complication grave ne tarde pas à engendrer des phénomènes d'obstruction, la rétention d'urine, l'ulcération et la gangrène de la vessie, l'hydronéphrose et même des accidents urémiques, l'obstruction intestinale, la péritonite aiguë, l'infiltration urinaire, etc.

Diagnostic. — Tous les renseignements nécessaires sont fournis par l'exploration bimanuelle; en effet, comme on l'a vu plus haut, les troubles fonctionnels qui accompagnent les déviations n'ont rien de caractéristique. Donc, c'est au palper abdominal combiné avec le toucher vaginal et rectal que le chirurgien devra s'adresser, en ayant soin de pratiquer ces explorations successivement dans le décubitus dorsal et dans la station verticale. On s'assure de la position du col, de son degré de sensibilité, de la direction du corps et de sa mobilité. Lorsque la déviation est symptomatique d'une tumeur, le diagnostic devient déjà plus difficile; les néoplasmes offrent en général des irrégularités; les affections inflammatoires chroniques, certains kystes ovariens pourraient, lorsqu'ils siègent en arrière, être confondus avec la rétroflexion; un examen attentif, l'emploi prudent de l'hystéromètre fourniront des indications précieuses sur la position exacte du fond de l'utérus.

Pronostic. — Sans présenter par elles-mêmes une grande gravité, les déviations utérines constituent en réalité une infirmité. La rétroflexion est la plus sérieuse, car les autres déviations sont susceptibles d'améliorations spontanées; celle-ci semble moins facile à guérir. Nous avons dit que toutes exposaient aux affections chroniques de l'utérus et à la stérilité.

Traitement. — Il est général symptomatique ou curatif.

a. *Traitement général.* — Le chirurgien instituera en premier lieu le traitement tonique et reconstituant, toutes les fois que la déviation paraît liée à une affection utérine ou à une altération de la santé (chlorose).

b. *Traitement symptomatique.* — Il consiste à calmer les douleurs pen-