

accompli depuis dix ans dans l'intervention abdominale contre les fibromyomes utérins, grâce uniquement au plan incliné et à de meilleures méthodes opératoires.

Il est permis de douter qu'en tenant compte des mauvais cas et en faisant la part de la chance, on obtienne jamais des résultats plus favorables. Il semble donc que l'hystérectomie abdominale a dit son dernier mot.

#### IV. — FIBROMES ET GROSSESSE.

La coexistence d'une grossesse et d'une tumeur fibreuse soulève plusieurs problèmes intéressants relativement à l'influence de la grossesse sur l'évolution des tumeurs fibreuses, relativement aussi à l'influence des fibromes sur la conception, la grossesse et l'accouchement.

La première observation de grossesse compliquée de fibromes est due à Béranger de Carpi (1530), la seconde à Fabrice de Hilden (1646); mais c'est seulement depuis le mémoire célèbre de Levret (1749) que cette éventualité pathologique a été scientifiquement étudiée.

Un fait frappa Levret et a été relevé depuis par d'innombrables observateurs, c'est l'*augmentation rapide, parfois galopante*, de tumeurs fibreuses, sous l'influence de la grossesse, et leur *diminution, parfois leur disparition, à la suite de l'accouchement*. Cette influence ne se fait sentir d'ailleurs que sur les tumeurs interstitielles; elle est presque nulle sur les tumeurs pédiculées. Les observateurs modernes, Doléris, Bossi, Polosson, Cornil, ont déterminé avec plus de précision les modifications macroscopiques et microscopiques que subissent les fibromes du fait de la grossesse ou de l'accouchement.

Macroscopiquement, le fibrome s'accroît et se ramollit, sa lobulation s'accroît, ses vaisseaux sanguins et lymphatiques augmentent de volume.

Microscopiquement, on observe une hypertrophie des cloisons fibreuses interlobulaires par hyperplasie des fibres et des cellules, une hypertrophie des fibres musculaires, une néoformation des vaisseaux à sang rouge et des lymphatiques et, en même temps, une tendance à la dégénérescence muqueuse et colloïde des éléments conjonctifs, à la dégénérescence graisseuse du tissu musculaire.

Ce double phénomène d'accroissement et de désintégration simultanée a été étudié en détail par Cornil sur un énorme myome enlevé par Péan à une femme enceinte de quatre mois. Au centre des noyaux, caractérisés par la prolifération énorme des éléments musculaires, on observait des géodes pleines d'un liquide blanchâtre et poisseux représentant des nœuds de désintégration. Ces parties mortifiées, en train de se transformer en géodes, ne présentaient plus aucun élément colorable, c'est-à-dire vivant, mais l'objectif à immersion montrait des fibres de dimensions normales traversées par des artérioles con-

tractées sans globes rouges, séparées de la zone périphérique vivante, proliférante et congestionnée, par une zone intermédiaire remplie de globules blancs en dégénérescence graisseuse et de corps granulo-graisseux, comme si les parties hypertrophiées avaient étouffé et nécrosé ces centres de mortification qu'elles environnent. Quoi qu'il en soit, après l'accouchement, ces phénomènes de désintégration prennent le dessus et ainsi s'expliquent la tendance à la mortification des tumeurs fibreuses et aussi leur tendance à la régression après l'accouchement.

L'*influence des fibromes sur la conception* est certaine: d'après Winckel et Saucerotte, tandis qu'on ne trouve sur huit femmes saines qu'une femme stérile, on trouve une fibromateuse stérile sur 3,14 malades atteintes de myomes. De plus, quand une femme porteuse d'un fibrome est féconde, elle l'est moins qu'une femme normale; c'est ainsi que, sur 100 femmes normales, on trouve 26 multipares, tandis que sur 100 femmes atteintes de fibromes on n'en compte que 9. De même Veit, Winckel, Gusserow, Pasquali, Schumacher trouvent 25 p. 100 de femmes stériles parmi les femmes mariées porteuses de fibromes; Hoffmeier, 20,5 p. 100, c'est-à-dire une femme stérile sur 4 ou sur 5.

Cette stérilité paraît provenir, d'une part des hémorragies fréquentes dues aux fibromes, d'autre part des lésions de l'appareil tubo-ovarien, enfin de l'obstacle mécanique que la tumeur peut apporter à la fécondation.

La *présence d'une tumeur fibreuse entraîne souvent des formes anormales de grossesse*, grossesse extra-utérine, grossesse cervicale (Tarnier et Mme Henry, 1893), insertion vicieuse du placenta surtout et assez fréquemment.

Dans le cours de la grossesse, *la tumeur fibreuse peut déterminer divers accidents*: l'avortement, l'hémorragie, l'accouchement prématuré. Le siège de la tumeur règle assez généralement la nature de ces accidents; c'est ainsi qu'une tumeur du col est le plus souvent cause des hémorragies indépendantes de l'insertion vicieuse du placenta et que c'est, le plus souvent, une tumeur du corps qui, en gênant l'ampliation utérine, détermine l'avortement. Le col ne prenant part que tardivement à l'ampliation utérine, une tumeur de celui-ci sera cause, dans la plupart des cas, de l'accouchement prématuré vers le huitième mois. Une tumeur du col, également, ne pouvant s'élever au-dessus du détroit supérieur, causera mieux qu'une tumeur du corps les accidents de compression pelvienne que son augmentation rapide rendra souvent aigus. Par contre, c'est une tumeur du corps qui déterminera toujours la rétroversion de l'utérus gravide avec phénomènes d'enclavement, vers le troisième mois, ou la torsion de l'utérus à la suite de la torsion du pédicule d'un fibrome.

*Au moment de l'accouchement, les fibromyomes peuvent devenir la*

cause d'une nouvelle série d'accidents : dystocie absolue ou relative, hémorragies de la délivrance, infection puerpérale.

Les cas de dystocie sont presque exclusivement imputables aux fibromes du col; encore ceux-ci n'apportent-ils pas toujours un obstacle absolu à l'accouchement : leur ramollissement leur permet, en effet, de s'aplatir devant la tête fœtale; ils remontent parfois au-dessus du détroit supérieur : grâce à la dilatation du col, ils peuvent enfin, se détacher quand ils sont pédiculés ou même s'énucléer spontanément quand ils sont sous-muqueux, par la pression de la tête fœtale.

L'hémorragie de la délivrance est, au contraire, presque fatale quand existe une tumeur du corps utérin; elle peut être excessivement grave et l'est surtout quand le placenta s'insère au niveau d'une tumeur fibreuse qui apporte obstacle à la rétraction utérine.

L'infection puerpérale est favorisée par l'état de moindre résistance où se trouve l'utérus et surtout par la mortification d'une tumeur fibreuse. Ces diverses circonstances aggravent singulièrement le pronostic de l'accouchement et de l'avortement; c'est ainsi que Stavely a pu compter 220 morts sur 597 accouchements, 37 morts sur 307 avortements, soit une mortalité de 37 p. 100 dans l'accouchement, de 12 p. 100 dans l'avortement. Heureusement, les soins plus minutieux qu'on donne à la parturiente diminuent de jour en jour le risque qu'elle court, si bien qu'Hoffmeier a pu dire, approuvé par Keiffer et par la majorité des accoucheurs français : « Les myomes ne causent que rarement, pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, des dangers réels ou sérieux. Patience, prudence, antisepsie rigoureuse, surveillance attentive et judicieuse de la délivrance, telles sont les conditions qui permettent de diminuer considérablement ces dangers. »

La temporisation est donc le dogme moderne : il faut restreindre l'intervention aux seuls cas où elle est nécessaire ou très facile.

Les *interventions obstétricales* sont, au début de la grossesse, la réduction d'un fibrome enclavé ou l'avortement provoqué : la réduction d'un fibrome enclavé s'impose toujours sans discussion possible; l'avortement provoqué est généralement rejeté, car, dans un cas grave, il laisse subsister le fibrome qu'une opération permettrait d'extraire, et, dans un cas bénin, il expose la vie de la malade et sacrifie la vie de l'enfant sans bénéfice certain pour la mère.

Au terme de la grossesse, l'intervention obstétricale vise à permettre ou à faciliter l'accouchement. Cette intervention consiste, une fois la possibilité de l'accouchement par les voies naturelles bien établie, à hâter la délivrance dès que la mère s'épuise et que le fœtus souffre : dilatation du col par le ballon, version si la tête n'est pas engagée, forceps si elle l'est, délivrance artificielle suivie de l'introduction de la main dans l'utérus pour prévenir ou conjurer l'hémorragie, tels sont

les moyens dans l'emploi desquels une asepsie stricte est de rigueur.

Les *interventions chirurgicales* ont des indications plus complexes et des procédés plus variés; elles peuvent être nécessaires au cours ou au terme de la grossesse.

Au cours de la grossesse, on doit intervenir pour toute tumeur fibreuse qui met en danger la vie de la malade, par son volume excessif, par son accroissement trop rapide accompagné de troubles graves de la santé générale, ou par les phénomènes de compression qu'elle provoque; on peut intervenir pour toute tumeur éventuellement menaçante dont l'ablation ne paraît devoir compromettre ni la continuation de la grossesse, ni l'existence de la femme. Au terme de la grossesse, le chirurgien doit intervenir lorsque l'accouchement est impossible.

Les tumeurs pédiculées du col ou du corps peuvent être extirpées sans compromettre le cours de la grossesse : l'ablation des polypes vaginaux ou cervicaux s'impose. Felsenreich a pu en extirper un du volume d'un citron sans provoquer le moindre trouble; les cas de myomectomies pour fibromes sous-séreux pédiculés sans interruption de la grossesse sont nombreux. Suivant des statistiques récentes, Mayer, sur 11 myomectomies, accuse 8 guérisons et 5 accouchements à terme; Pestalozza, sur 7 myomectomies, 5 guérisons et 4 accouchements à terme; Treub, sur 2 myomectomies, 2 guérisons et 2 accouchements à terme.

La conduite à tenir, en présence des tumeurs interstitielles, donne lieu à plus de discussions : autant que possible, il faut respecter le tissu utérin.

Toutefois, l'énucléation des fibromes du col ne présente guère que des avantages et n'expose qu'à peu de risques : Mayo Robson a pu énucléer, au septième mois de la grossesse, un fibrome cervical de la grosseur d'une noix de coco, et l'accouchement s'est fait à terme. L'énucléation par la voie abdominale est moins séduisante, bien que l'atmosphère des myomes, œdématisée dans la grossesse, la facilite; elle entraîne souvent, en effet, l'ouverture de la cavité utérine et de l'œuf; d'où avortement qui aggrave singulièrement le pronostic opératoire. Aussi semble-t-il, qu'à moins d'indications toutes spéciales, il vaille mieux pratiquer l'hystérectomie que la myomotomie abdominale, d'autant qu'aujourd'hui on n'intervient que dans les cas très graves où la vie de la mère est menacée et où son salut doit primer toute autre considération.

Quand le chirurgien intervient au terme de la grossesse, il n'est guidé que par l'obligation de délivrer la malade dont l'accouchement est impossible; aussi, en mettant à part le cas exceptionnel où, en énucléant simplement une tumeur cervicale, il peut ouvrir la voie au fœtus, le seul problème qui se pose devant lui est le suivant : doit-il faire la césarienne simple ou la césarienne avec hystérectomie ou

opération de Porro? Cette dernière est doublement séduisante, car elle débarrasse la malade de son infirmité en même temps qu'elle permet de sauver la vie de l'enfant; mais, en tenant compte des tendances sans cesse plus conservatrices de la chirurgie et de l'obstétrique, il convient de placer ailleurs le terrain du débat et d'examiner simplement quelle est l'opération qui sauvegarde à la fois le plus d'enfants et le plus de mères. En ce qui concerne la vie de l'enfant, les deux opérations sont égales; mais, en ce qui concerne la vie de la mère, l'opération de Porro paraît infiniment plus innocente.

La césarienne simple présente, pour la mère, le triple inconvénient de l'exposer à l'hémorragie autant que l'accouchement normal, de l'exposer davantage à l'infection, de ne pas supprimer sa tumeur utérine qui, dans plus de la moitié des cas, ne régresse pas dans les suites de couches; aussi sa mortalité est-elle énorme: Cazin, dans une statistique un peu ancienne, ne notait que 4 guérisons sur 28 cas, soit 85 p. 100 de mortalité.

Aujourd'hui, la mortalité serait sans doute moindre, mais le résultat ne serait certes pas aussi favorable que celui de l'opération de Porro.

Sur 22 cas de Porro réunis par Karl Hauser, 8 malades ont succombé, soit 36 p. 100 de mortalité; 14 fois le pédicule était externe, 4 décès, soit 28 p. 100 de mortalité; 8 fois il était interne, 4 décès, soit 50 p. 100 de mortalité.

De ces chiffres il faudrait conclure à la supériorité indiscutable de l'opération de Porro à pédicule externe; mais l'hystérectomie abdominale totale a permis d'autre part, dans la même année 1897, à Pantaloni à Marseille, à Mouchet à Sens, à Varnier et Pierre Delbet à Paris, de sauver trois malades en obtenant trois enfants vivants. L'hystérectomie abdominale totale semble donc être, actuellement, le procédé de choix.

Le manuel opératoire des interventions chirurgicales chez la femme enceinte atteinte de fibromatose utérine ne présente rien de particulier. Quand on est contraint de faire l'opération de Porro, on se conduit exactement comme pour une hystérectomie abdominale; mais, dès que l'utérus est extériorisé, on l'incise, aussi exactement que possible, sur la ligne médiane, on extrait l'enfant et on pratique la délivrance avec le maximum de rapidité. L'utérus est ensuite bourré de gaze iodoformée et extirpé par un des procédés décrits plus haut.

Nous pourrions résumer cet exposé en disant qu'aujourd'hui toute femme enceinte dont l'utérus est fibromateux doit être traitée d'abord par l'expectative unie à une surveillance attentive et à une rigoureuse antisepsie, opérée seulement au cours de la grossesse quand le fibrome est gênant ou dangereux par son volume exagéré, par les troubles généraux ou les accidents de compression qu'il provoque, opérée au terme de la grossesse quand l'accouchement est impos-

sible. Avant le terme, le chirurgien sera au maximum conservateur; au moment de l'accouchement, il sera, de préférence, radical, dans l'intérêt bien entendu de la mère et de l'enfant.

P. SEGOND, De l'hystérectomie vaginale (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, févr. 1891); *Congrès de 1900*. — QUÉNU, De l'hystérectomie vaginale par section médiane dans le traitement des suppurations pelviennes (*Ann. de gynéc.*, 1892, p. 321). — Pozzi, *Traité de gynécologie*, Paris, 1892. — GOTTSCHALK, *Arch. fur gyn.*, 1893, t. XLII, p. 534. — APOSTOLI, *Travaux d'électrothérapie gynécologique*, Paris, 1894. — BAUDRON, De l'hystérectomie vaginale, thèse de Paris, 1894. — HOFFMEIER, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, 1897. — DOYEN, *Technique chirurgicale*, Paris, 1897. — NOBLE, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, 1897. — RICHELLOT, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, 1897. — VARNIER et DELBET, Rétroflexion complète de l'utérus gravide à terme. Obstruction par un fibrome adhérent. Hystérectomie abdominale totale. Guérison (*Ann. de gynéc. et d'obst.*, février 1897). — KEIFFER, Des fibromes pendant la grossesse et l'accouchement, *Gazette de gynéc. de Paris*, 1897. — PUJOL, La grossesse dans l'utérus fibromateux, *Revue int. méd. et chir.*, Paris, 1897. — NOBLE, *British gyn. Journal*, mai 1897. — Olshausen, *Handbuch f. gynéc.* Wiesbaden, 1897. — TERRIER, De l'hystérectomie abdominale totale et partielle (supra-vaginale) (*Congrès de chir.*, XI<sup>e</sup> session, 1897; *Revue de chir.*, 1897 et 1898). — HARTMANN et FRÉDET, Des ligatures atrophiantes dans le traitement des tumeurs utérines (*Ann. de gynéc. et d'obst.*, 1898, p. 111-129). — LEGUEU et MARIEN, Des éléments glandulaires dans les fibromyomes de l'utérus (*Ann. de gynéc. et d'obst.*, 1898, p. 135). — HOFFMEIER, De la myotomie abdominale, *Ann. de gynécologie*, février 1898. — P. DELBET, *Traité de chirurgie de DUPLAY et RECLUS*, t. VIII. — L. BIGEARD, Les hystérectomies totales, vaginales et abdominales dans le cancer de l'utérus, thèse de Paris, 1899. — M. HEPP, thèse de doctorat, 1899. — LAGUERRIÈRE, Thèse de Paris, 1900. — CLAISSE, Thèse de Paris, 1900.

#### CANCER DE L'UTÉRUS (1).

Le terme *cancer* existait avant l'histologie pathologique et n'est pas près de disparaître devant les progrès de celle-ci. Il ne saurait prétendre désigner une variété histologique de néoplasme, mais il a un sens clinique bien défini: il signifie tumeur maligne. Nous étudierons donc sous ce nom toutes les tumeurs malignes de l'utérus.

De ces tumeurs, les plus fréquentes appartiennent au type épithélial, ce sont les *épithéliomes*; d'autres, les *sarcomes*, sont du type conjonctif. On commence à parler aussi d'*endothéliomes*. Enfin, il est une tumeur maligne qu'on n'a rencontrée jusqu'ici que dans l'utérus, dont on ne conçoit la possibilité que dans l'utérus et dans la trompe, le *déciduome*, qui exige pour se produire la greffe d'un ovule sur la muqueuse génitale.

#### I. — ÉPITHÉLIOME DE L'UTÉRUS.

La division ancienne en cancer du col et du corps est manifestement insuffisante; la présence au niveau du col de deux variétés d'épithélium y fait prévoir l'existence de deux classes d'épithéliomes.

En effet, la portion du col saillante dans le vagin est recouverte d'une muqueuse analogue à la muqueuse vaginale avec épithélium

(1) Avec la collaboration du D<sup>r</sup> Paul RICHE, chirurgien des hôpitaux.