

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, *Handbuck 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.

pavimenteux stratifié; le canal cervical est tapissé par une muqueuse du type cylindrique. La limite respective des deux territoires varie avec l'âge et l'état pathologique. Chez la petite fille, l'épithélium cylindrique débordé l'orifice externe; avec l'âge et les grossesses, l'épithélium pavimenteux tend à envahir la cavité cervicale.

Y a-t-il métrite avec ectropion ou érosion, c'est de nouveau l'épithélium cylindrique qui apparaît au dehors. Il y aura donc lieu de distinguer :

1° L'épithéliome pavimenteux ou cancroïde de la portion vaginale du col;

2° L'épithéliome cylindrique de la cavité cervicale;

3° L'épithéliome cylindrique du corps.

**Anatomie pathologique.** — 1° *Cancroïde de la portion vaginale.*

— C'est en réalité un cancer de la muqueuse vaginale; il est pavimenteux lobulé avec globes épidermiques et globes muqueux, mais l'extension des boyaux néoplasiques donne souvent à ce néoplasme l'aspect tubulé.

Il se présente macroscopiquement sous des types différents.

Sur l'une ou l'autre lèvre, des saillies irrégulières se produisent et leur réunion arrive à constituer le chou-fleur classique. Le développement se fait à la surface du col et les masses néoformées tendent à remplir le vagin. C'est la *forme papillaire*. Les parties superficielles dont la nutrition est mal assurée se nécrosent et peuvent se détacher.

Dans d'autres cas, on sent dans l'épaisseur du col un noyau dur se constituer; la muqueuse à sa surface paraît à peine altérée; le développement se fait suivant le mode interstitiel et l'infiltration gagne la substance même de l'organe. C'est la *forme nodulaire*. Ce ne sont plus ici les couches superficielles qui tendent à se nécroser, c'est le centre même, et, lorsque la muqueuse a fini par s'ulcérer, elle laisse voir une cavité profonde à parois friables et irrégulières.

Quelquefois la néoplasie débute par la muqueuse vaginale des culs-de-sac et s'étend sur le museau de tanche, constituant la *forme liminaire* de Pozzi.

On peut voir enfin un épithéliome parti des culs-de-sac vaginaux s'infiltrer si bizarrement dans la profondeur qu'il devient épithéliome pavimenteux du corps en laissant le col intact (1).

L'extension de ce néoplasme se fait de préférence vers le vagin. Les culs-de-sac sont envahis de proche en proche. Parfois le processus est sous-muqueux et tend à rétrécir la portion supérieure du vagin. Dans d'autres cas, on voit sur la muqueuse vaginale une petite tumeur papillaire faisant face à celle que porte le col, comme s'il y avait eu inoculation par contact.

(1) BOUGLÉ, *Bull. de la Soc. anat.*, 1900, p. 514.

Du côté de l'utérus, il est rare que l'épithéliome pavimenteux se propage le long de la muqueuse cervicale. C'est dans l'épaisseur du col même que pénètre en forme de coin le néoplasme, ou bien encore il détruit le col étage par étage.

Il ne va guère loin dans ce sens, ne dépassant presque jamais l'orifice interne.

Exceptionnellement on a constaté des traînées de lymphangite cancéreuse pénétrant dans le corps de l'utérus (Seelig) (1).

Quant à l'extension à la muqueuse du corps, il n'y en a aucun cas qui soit à l'abri de la critique.

Le tissu cellulaire pelvien peut être envahi après les culs-de-sac, mais assez tardivement; on sent alors l'infiltration se diriger en forme de coin vers la paroi pelvienne.

La vessie peut être atteinte par le cancroïde de la lèvre antérieure, soit qu'il ait franchi le cul-de-sac antérieur, soit qu'il ait envahi la portion sus-vaginale du col. Il en résulte quelquefois des fistules vésico-vaginales (fig. 186).

Le processus peut gagner les orifices des uretères ou bien ils se laissent entourer et comprimer par la néoplasie dans leur portion terminale. Il en résultera de la distension uretéro-rénale (uronéphrose). La substance rénale en sera altérée; la pyélite et la pyélo-néphrite seront imminentes (2).

Le rectum est plus rarement intéressé par cette forme de cancer; on a constaté néanmoins des fistules recto-vaginales.

Les lymphatiques semblent être envahis assez tardivement et les ganglions ne sont guère pris que lorsque le tissu cellulaire pelvien est infiltré. Le ganglion qui reçoit le plus souvent les lymphatiques du col se trouve situé, d'après Peiser (3), sur la paroi externe du petit

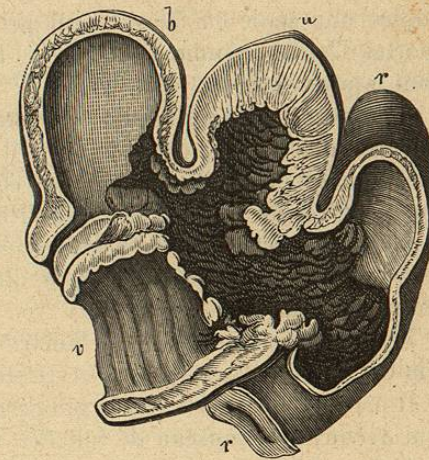


Fig. 186. — Cancer du col étendu à la vessie et au rectum et à la partie supérieure du vagin. — a, communication établie par l'ulcération entre le vagin, la vessie et le rectum; u, utérus; v, vagin; c, rectum; b, vessie (Courty).

(1) SEELIG, *Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Ausbreitungswege des Uteruscarcinoms im Bereiche des Genitaltractus* (*Arch. für path. Anat.*, CXL, p. 80. — Diss. Strassburg, 1894).

(2) LANCEREAUX, De la néphrite consécutive à l'épithéliome de l'utérus (*Ann. des mal. gén.-urin.*, 1884, 417).

(3) PEISER, *Anatomische und klinische Untersuchungen über den Lymphapparat des Uterus mit besonderer Berücksichtigung der total Exstirpation bei Carcinoma Uteri* (*Zeitschr. für Geburt. und Gynäk.*, 1898, XXXIX Heft 2).

bassin, au-dessous de la ligne innominée, entre la veine iliaque externe et le nerf obturateur, quelquefois sur le nerf même, le plus souvent au-dessus du milieu de la veine iliaque externe. Il peut être remplacé par un autre situé dans l'angle formé par la bifurcation de l'artère iliaque primitive, recouvrant le plus souvent l'origine de l'iliaque externe. D'autres troncs se porteraient dans les ligaments utéro-sacrés et aboutiraient à des ganglions sacrés.

Dans des cas très avancés, on a pu observer même l'adénopathie sus-claviculaire de Troisier et Petit.

Les métastases sont rares et tardives. Winter (1) n'en a pas rencontré une seule en faisant l'autopsie de quarante-quatre femmes mortes d'hystérectomie pour cancer. Le foie, le poumon, le rein y sont le plus exposés.

2° *Épithéliome du canal cervical.* — Ce n'est plus un cancer vaginal, mais bien un cancer utérin. Il prend naissance soit dans l'épithélium, soit dans les glandes, entre l'orifice externe et l'orifice interne du col. C'est un épithéliome cylindrique.

Ce cancer peut proliférer dans le canal cervical ou pénétrer dans le tissu du col; il peut n'occuper qu'une des parois ou prendre la forme circulaire.

Le plus souvent il s'ulcère et l'on trouve une cavité cervicale élargie, limitée par des tissus indurés et friables (*forme cavitaire* de Pozzi).

Il n'a aucune tendance à envahir par continuité de muqueuse celle qui recouvre le museau de tanche. S'il arrive à détruire les parties extérieures du col, ce n'est que de dedans en dehors, à travers le tissu utérin.

Du côté du corps de l'utérus, l'envahissement peut se faire par continuité de muqueuse. On a beaucoup discuté par contre sur la coexistence de deux foyers cancéreux isolés l'un dans la muqueuse du corps, l'autre dans le col. Winter en cite onze cas sur lesquels cinq fois seulement le cancer du corps était certainement secondaire à celui du col. Le plus ordinairement, le cancer du col se propage au corps en infiltrant à la fois la paroi et la muqueuse.

Le tissu cellulaire pelvien est ici facilement pris, et l'ulcération en est assez rapide, produisant de vastes cavités néoplasiques dans les ligaments larges.

L'extension peut se faire aussi vers le péritoine, restant limitée au cul-de-sac de Douglas dont les deux feuilletts arrivent à se souder, ou donnant lieu à une péritonite septique.

La vessie se prend facilement et les uretères sont fréquemment comprimés par les tissus malades.

Les ganglions deviennent plus fréquemment et plus rapidement cancéreux que dans le cancroïde de la portion vaginale. Ce sont

(1) WINTER, *Handb. der Gynäk.* von Veit, Band III, 2, Hälfte p. 222.

d'ailleurs les mêmes. On a vu un ganglion sous-pubien anormal être envahi (1).

Les métastases ne sont pas plus fréquentes que dans la forme précédente.

Dans l'une et l'autre forme de cancer du col, la muqueuse du corps est souvent malade. Abel et Landau décrivent les premiers ces altérations et voulurent en faire du sarcome. Beaucoup d'auteurs les ont retrouvées, mais ils sont d'accord pour en faire de l'endométrite, ce qui est bien plus vraisemblable.

3° *Épithéliome du corps.* — C'est un épithéliome cylindrique qui a son point de départ dans l'épithélium de revêtement ou dans les glandes.

Il peut se présenter sous la forme diffuse et envahir en peu de temps presque toute la muqueuse, ou sous la forme de néoplasme circonscrit. Il peut bourgeonner du côté de la cavité utérine ou s'infiltrer plutôt dans l'épaisseur de la paroi. Quand celle-ci est complètement détruite, le néoplasme fait saillie sous la séreuse.

Dans les formes diffuses, il n'est pas rare que le processus gagne l'épithélium cervical. Dans les formes circonscrites, on constate parfois des noyaux secondaires au-dessous du néoplasme primitif.

Le tissu cellulaire pelvien est tardivement envahi; il faut pour cela que le cancer ait franchi toute la paroi sur les parties latérales. Quand il arrive au contact du péritoine des adhérences se produisent souvent avec les anses grêles et celles-ci peuvent avoir leurs tuniques détruites.

Les ganglions sont rarement et tardivement pris; ce sont, cette fois, les ganglions lombaires qui entourent l'iliaque primitive et l'aorte.

Les métastases sont rares.

On constate fréquemment, en même temps qu'un cancer du corps de l'utérus, des tumeurs des ovaires, et la question mériterait certainement d'être plus sérieusement étudiée. Quelquefois, tout le fond de la cavité pelvienne est rempli par des masses néoplasiques dans lesquelles le corps de l'utérus, les trompes et les ovaires sont englobés; c'est la *carcinose pelvienne*; dans d'autres cas, on peut voir de volumineux kystes des deux ovaires être rattachés l'un à l'autre par un fond d'utérus dégénéré. On peut aussi bien concevoir un néoplasme utérin envahissant les annexes par contiguïté qu'un néoplasme ovarien greffé dans l'utérus par migration. La coexistence est assez fréquente pour attirer l'attention.

L'épithéliome de l'utérus, qu'il siège sur le col ou dans le corps, a été rencontré assez fréquemment en compagnie de fibromes (2).

(1) MALARTIC et GUILLOT, Cancer utérin avec ganglion sous-pubien (*Bull. de la Soc. anat.*, 1900, p. 123).

(2) VERSTRAETE, Du fibrome utérin compliqué de cancer épithélial, thèse 1898-

Il ne semble pas qu'il y ait là autre chose qu'une coïncidence. Nous verrons que les fibromes peuvent donner naissance aux sarcomes, mais jamais ils ne dégénéreront en épithéliomes. Par contre, on a pu voir ces fibromes être envahis à leur périphérie par l'accroissement du cancer; on a pu même trouver au centre d'un fibrome un noyau cancéreux secondaire à un cancer du poumon (1).

Le fibrome oppose d'ailleurs une grande résistance à l'infiltration épithéliale.

Si le cancer primitif de l'utérus est fréquent, l'épithéliome secondaire en est rare. Il en existe néanmoins des observations, et il se produit soit par contiguïté, à la suite de cancer de la vessie, du rectum, des ovaires, soit par métastase.

**Étiologie.** — L'épithéliome de l'utérus atteint les femmes à un âge assez avancé. Il est excessivement rare avant vingt ans, exceptionnel entre vingt et trente ans, devient plus fréquent entre trente et quarante ans, pour atteindre son maximum de fréquence entre quarante et cinquante ans et aller ensuite en décroissant. Le cancer du corps survient de préférence après cinquante ans.

L'influence de l'hérédité est appréciée différemment suivant les auteurs.

La race nègre, plus sujette au fibrome, le serait moins à l'épithéliome de l'utérus. Le fait n'a pas été confirmé par les recherches plus récentes de Michel (2).

Les grossesses nombreuses et pénibles se retrouvent souvent dans les antécédents des femmes atteintes d'épithéliome du col; au contraire, l'épithéliome du corps atteint de préférence les nullipares.

Le coït ne semble pas jouer un grand rôle: les vierges ne sont pas à l'abri du cancer; pourtant, il atteint chez elles de préférence le corps.

Y a-t-il des lésions antérieures de l'utérus qui favorisent le développement de l'épithéliome? Pour le corps, ce n'est pas démontré; pour le cancroïde de la portion vaginale, il semble qu'il puisse être précédé par des lésions leucokératosiques (3) semblables à celles que l'on connaît aux lèvres et sur la langue et qui y font le lit de l'épithéliome.

Le prolapsus ne prédispose pas à l'épithéliome.

**Symptomatologie.** — L'épithéliome au début ne donne que peu de symptômes et demande à être soigneusement recherché.

1899, n° 538). — LOUBET, Cancer du col coïncidant avec un fibrome du corps (*Bull. de la Soc. anat.*, 1899, p. 738). — BOUGLÉ, Fibrome et cancer utérin; cancer secondaire des ovaires (*Bull. de la Soc. anat.*, 1900, p. 514).

(1) SCHAPER, *Arch. für path. Anat.*, Berlin, 1892, CXXIX, p. 61.

(2) MICHEL, Carcinoma uteri in the Negro (*Med. News*, Philadelphia, 1892, XI, p. 400).

(3) D'HOTMAN DE VILLIERS et THÉRÈSE, Altérations épithéliales du col utérin (*Congrès de Genève*, 1896), in DE PUIFFE DE MAGONDEAU, Étude de la leucokératose vulvo-vaginale, thèse de Paris, 1897.

Ce sont les hémorragies et la leucorrhée qui ouvrent la scène.

Les hémorragies commencent par prendre le type menstruel; les règles durent plus longtemps et deviennent plus abondantes. Puis on voit l'hémorragie se produire entre deux périodes; elle est rarement très abondante, et peut se borner à colorer une leucorrhée habituelle. Sa répétition peut néanmoins conduire à un état d'anémie très prononcée.

Ces hémorragies doivent surtout attirer l'attention quand elles se produisent au voisinage de la ménopause ou après son établissement. Les femmes ne s'en préoccupent guère en général; les pertes sanguines irrégulières sont mises sur le compte de l'âge critique; la réapparition des règles est accueillie souvent avec satisfaction.

L'hémorragie se produit quelquefois en petite quantité à la suite d'un coït ou pendant les efforts de défécation. Cela doit immédiatement mettre le praticien en éveil.

Enfin, quelquefois l'hémorragie fait défaut, surtout dans les formes dures.

La leucorrhée peut être le premier et rester longtemps le seul signe de l'épithéliome. L'écoulement est d'abord séreux et inodore, puis devient souvent rosé. Quand le néoplasme, s'ulcère il est mêlé de pus et de sang, de débris de tumeur, il devient roussâtre et de plus en plus fétide. Les malades le comparent à de la lavure de chair.

Les femmes, qui fréquemment étaient leucorrhéiques auparavant, ne s'inquiètent pas beaucoup de voir leurs pertes blanches augmenter; elles se bornent à se garnir. Ce n'est souvent que la fétidité de l'écoulement qui les fait sortir de leur quiétude. Cette fétidité devient quelquefois épouvantable et fait des malheureuses un objet d'horreur pour elles-mêmes et pour leur entourage.

Les douleurs font défaut au début de l'épithéliome de l'utérus et ne surviennent que tardivement.

Dans l'épithéliome du corps, il se produit quelquefois des douleurs dues à la contraction de l'utérus qui cherche à expulser le néoplasme; dans celui du col, la douleur ne se manifeste que lorsque la gaine hypogastrique est infiltrée. Elle peut devenir excessivement vive et ne disparaît pas par le repos au lit.

Quand le néoplasme s'est étendu, des symptômes de voisinage se produisent. Le rectum, mécaniquement comprimé, ne laisse plus passer les matières et l'obstruction s'installe.

Plus souvent, on note des troubles urinaires. Ce sont d'abord des envies fréquentes, puis du ténesme. Quand la vessie est manifestement prise, les urines deviennent troubles, puis un beau jour elles s'écoulent par le vagin: la fistule s'est produite. La compression des uretères, par la rétro-dilatation qu'elle occasionne, finit par altérer les reins et peut aboutir à l'urémie. Les cas d'anurie ne sont pas extrêmement rares. Debove et Dreyfus-Brisac en ont observé deux cas,