

l'un de dix-sept, l'autre de vingt et un jours, qui s'étaient produits sans prodromes chez des femmes dont le cancer était jusque-là resté latent.

La compression ou la thrombose des vaisseaux veineux donnent lieu à des œdèmes des grandes lèvres.

L'état général peut rester assez longtemps bon. L'abondance des hémorragies et des écoulements finit par épuiser les malades. La résorption des produits du néoplasme les intoxique. La fétidité des sécrétions leur enlève tout appétit. Il en résulte une perte plus ou moins rapide des forces, un amaigrissement considérable et une coloration terreuse des téguments assez caractéristique.

Les renseignements les plus précieux sont fournis par l'exploration directe de l'organe, c'est-à-dire par le toucher vaginal et la palpation bimanuelle et par l'examen au spéculum. Disons immédiatement que s'il nous fallait renoncer à l'un de ces deux modes d'exploration, ce serait le toucher qu'il faudrait garder.

Si nous avons occasion d'observer au début un cancroïde de la portion vaginale du col, le doigt sentirait en un point limité d'une des lèvres, tantôt une petite saillie végétante et irrégulière, tantôt une ulcération à bords éversés et durs, à fond bourgeonnant, tantôt un noyau enchâssé dans le tissu cervical, mais assez mal limité.

Quand les malades nous consultent, les lésions sont plus avancées, et ce que nous touchons le plus habituellement, c'est le classique chou-fleur. La comparaison est parfaite; il s'agit de masses végétales et dures, entre lesquelles le doigt peut pénétrer et dont l'ongle constate la friabilité. La tumeur est largement implantée sur une portion plus ou moins étendue du col. Le doigt fera le tour du néoplasme et cherchera à en établir les limites; la muqueuse des culs-de-sac se montrera quelquefois dégénérée.

Plus rarement le doigt pénétrera dans une cavité anfractueuse à parois indurées et friables, creusée dans l'épaisseur d'une des lèvres.

On le retirera recouvert de sang et de sécrétions fétides, et fréquemment il ramènera des débris que l'ongle aura détachés.

L'épithéliome du canal cervical pourra donner des sensations diverses. Parfois l'on sentira un col volumineux irrégulièrement induré, véritablement ligneux, sans que l'on puisse pénétrer dans le canal cervical. Dans d'autres cas, ce canal se présentera sous la forme d'une large cavité anfractueuse tapissée de bourgeons friables. Parfois les lèvres du col se seront largement éversées et le doigt rencontrera une tumeur étalée et dure; en en contournant les bords, on constatera que la surface extérieure du col est recouverte d'une muqueuse saine et que les culs-de-sac vaginaux ont gardé leur profondeur.

Dans des cas plus avancés, que l'on ait affaire à l'épithéliome pavimenteux ou à l'épithéliome cylindrique, on ne trouve plus au fond

du vagin que des masses bourgeonnantes et friables, et le doigt quelquefois pénètre dans un véritable cloaque formé par les cavités vaginale, vésicale et rectale.

Le toucher dans le cancer du corps donne peu de renseignements; ce n'est que par la palpation bimanuelle que l'on pourra se rendre compte d'une augmentation de volume du corps de l'utérus, en général peu considérable.

Pour examiner par l'inspection le col de l'utérus, on emploiera le spéculum ou plutôt les valves. L'on verra les végétations irrégulières de coloration gris rosé, recouvertes par endroits d'enduits jaunâtres ou de caillots; ailleurs, ce seront des nodosités d'un rouge violacé, mal limitées, que l'on verra faire saillie dans une des lèvres du col; ailleurs encore, une altération plus ou moins profonde, à fond grisâtre et facilement saignante.

Les formes anatomiques et cliniques sont, comme on le voit, assez variables. Outre celles que nous venons de décrire, il en est une, assez mal connue, qui se présente chez les vieilles femmes; c'est la forme dure poussée à ses dernières limites, véritable squirre atrophique. Le fond du vagin sclérosé et rétréci permet à peine au doigt de sentir un col ratatiné et dur.

On décrit quelquefois la forme polypeuse. Nous verrons qu'elle existe dans le sarcome. Pour ce qui est de l'épithéliome, c'est sur la foi de Richet (1) et de Montfumat (2) qu'on en parle. Dans le cas observé par Montfumat chez Richet, le doigt pénétrant dans la cavité rencontrait une masse arrondie qui n'était pas nettement pédiculée. L'analyse histologique faite par Ranvier conclut à un cancroïde appartenant au genre cylindre. On ne peut donc dire qu'il s'agissait d'un polype et peut-être ne s'agissait-il pas d'un épithéliome. Dans le cas de Richet, il diagnostiqua des végétations polypiformes naissant sur le col, papillomes demi-bénins, demi-malins. Il nous semble que jusqu'à nouvel ordre on pourrait sans inconvénient passer cette forme sous silence.

Enfin, l'on a pu décrire une forme latente, dans laquelle l'épithéliome est une trouvaille d'autopsie, ou ne se révèle que tardivement. C'est ainsi que Mme Pilliet et Delaunay ont observé chez une femme de trente ans un cancer de l'utérus à marche très rapide avec conservation telle de l'état général que la malade en un an avait augmenté de 30 livres (3).

**Diagnostic.** — Au point de vue du traitement, il serait d'une extrême importance de faire de bonne heure le diagnostic de l'épithéliome de l'utérus. Ce n'est malheureusement pas l'habitude, et cela se conçoit

(1) RICHTER, *Gaz. des hôpitaux*, 1885, p. 770.

(2) MONTFUMAT, Étude sur les polypes de l'utérus, thèse de Paris, 1867.

(3) M<sup>me</sup> EDWARDS PILLIET et DELAUNAY, *Bull. de la Soc. anat.*, 1896, p. 120. — Prosper MERKLEN et JACOMET, *Bull. de la Soc. anat.*, 1898, p. 180.

quand on songe à la façon insidieuse dont s'installe le mal.

Toutes les fois qu'une femme d'âge mûr accusera une modification de l'écoulement menstruel, l'apparition d'un écoulement leucorrhéique ou l'augmentation d'un écoulement préexistant, il ne faudra pas négliger d'explorer ses organes génitaux. Le diagnostic est le plus souvent facile, au moins pour l'épithéliome du col; et c'est le toucher qui le fera faire bien mieux que le spéculum.

Celui-ci nous fera voir quelquefois un col volumineux, fongueux, ulcéré, et nous pourrons songer au cancer; que le doigt remplace le spéculum et l'on se rendra compte que ce col volumineux est souple, un peu mou, que l'ulcération bourgeonnante ne donne qu'une sensation veloutée: c'est une vulgaire métrite cervicale.

Ailleurs, nous verrons une saillie à la surface du col ou dans l'épaisseur d'une de ses lèvres; la coloration en est violacée et suspecte; le doigt nous fera constater l'existence d'un noyau dur à ce niveau. Ce noyau est-il bien limité, la muqueuse qui le recouvre semble-t-elle souple et non infiltrée, ce sera un petit fibrome du col; les limites ne sont-elles point nettes et la muqueuse fait-elle corps avec la tumeur, ce sera très probablement un épithéliome à forme nodulaire.

Les petits papillomes du col se distingueront aussi à l'absence d'infiltration au-dessous et autour d'eux.

A un stade plus avancé, il est une erreur de diagnostic que commet fréquemment le praticien peu expérimenté. Une femme présente des pertes sanguines, un écoulement fétide, un état général parfois fort altéré. Le doigt sent dans le vagin, obstruant celui-ci, une masse volumineuse, à surface un peu tomenteuse, l'ongle pourra quelquefois en ramener quelques débris fétides; le diagnostic de cancer sera porté. Un examen plus approfondi aurait fait constater que l'on peut faire le tour de cette masse, qu'elle est arrondie, rénitente, qu'à la partie toute supérieure du vagin, le doigt arrive à se glisser entre la tumeur et un bourrelet de tissu mou et souple comme du caoutchouc: il s'agit d'un polype fibreux qui a traversé le col ramolli et dilaté, polype fibreux en voie de sphacèle.

Il existe au niveau du col des lésions tuberculeuses végétantes dont le diagnostic avec l'épithéliome peut être fort difficile. La tuberculose cervicale est encore trop peu connue pour que nous en puissions préciser les caractères distinctifs; le microscope seul pourra parfois trancher la question (1).

Lorsque, chez une femme se plaignant d'écoulements sanguins et leucorrhéiques, le col aura été trouvé intact, on pourra hésiter entre plusieurs diagnostics et se demander s'il s'agit de métrite hémorragique, d'épithéliome du corps ou d'un utérus fibromateux.

La palpation bimanuelle nous permettra d'apprécier le volume du

(1) VITRAC, Tuberculose végétante du col utérin simulant le cancer (*Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, mars 1898).

corps utérin. S'il est très considérable, on aura affaire vraisemblablement à un fibrome. S'il n'est pas augmenté, on pensera à l'endométrite hémorragique; mais c'est là un diagnostic qu'il ne faut accepter chez les femmes d'un certain âge que sous bénéfice d'inventaire. Quand l'utérus est un peu augmenté, l'embarras peut être grand lorsque la perte des forces, les douleurs, l'immobilisation de l'organe ne permettent pas d'affirmer qu'il s'agit de tumeur maligne.

En somme, pour l'épithéliome du corps très souvent, pour l'épithéliome du col quelquefois, le dernier mot devra rester au microscope. Il ne faudra pas hésiter à pratiquer le curettage explorateur ou à exciser un fragment de tumeur cervicale. On devrait même systématiquement faire examiner par un histologiste compétent tous les produits de curettage des métrites hémorragiques et toutes les muqueuses cervicales enlevées par les diverses amputations du col; on serait ainsi mis à même de pratiquer dans quelques cas des opérations absolument efficaces.

Ce n'est pas tout de diagnostiquer l'épithéliome, il faut se rendre compte de son extension. Si l'utérus a gardé sa mobilité, les limites n'en sont pas franchies et les ganglions ne sont que rarement envahis. La mobilité diminuée indique l'infiltration du voisinage.

Le toucher pourra montrer la base d'un ou des deux ligaments larges indurée. Le toucher rectal délimitera encore mieux la zone malade. En avant, l'on sentira quelquefois la paroi vaginale antérieure plissée, raccourcie, ayant perdu son élasticité. Les envies fréquentes d'uriner, le ténesme feront penser à l'envahissement de la vessie et le doigt pourra percevoir une modification de consistance de ses parois. Du côté du rectum, on constatera parfois que le calibre de cet intestin est effacé par la compression des masses néoplasiques qui l'entourent.

**Pronostic.** — Le pronostic est fatal comme dans tout épithéliome, mais à échéance plus ou moins longue.

D'une façon générale, les formes dures, qui sont peut-être plus réfractaires aux infections secondaires, évoluent plus lentement que les formes molles, végétantes, à mortification rapide.

L'épithéliome du corps est le moins malin; il évolue assez lentement et reste longtemps cantonné dans l'utérus. Puis vient le cancroïde de la portion vaginale qui, dans son premier stade, est peu envahissant. La variété de beaucoup la plus maligne est l'épithéliome cylindrique du canal cervical qui dépasse très vite les limites de l'organe.

Il est difficile de donner des chiffres pour la durée de l'affection, puisque la date de début n'est pas exactement connue. L'épithéliome du corps peut durer de deux à quatre ans; les autres variétés ne dépassent guère dix-huit mois. Chez les jeunes femmes, la marche est quelquefois galopante.

**Traitement.** — Suivant le mode d'évolution et suivant l'extension des lésions, les indications que fournit l'épithéliome de l'utérus peuvent être très différentes.

**A. Traitement curatif.** — Ce n'est pas ici le lieu de nous demander s'il existe un traitement chirurgical du cancer. Retenons seulement que, dans l'état actuel de la science, l'épithéliome nous apparaît comme une lésion primitivement locale ne s'étendant et ne se généralisant que dans la suite. Il est donc rationnel de dire qu'en faisant une opération adéquate au mal on peut espérer une guérison radicale.

L'anatomie pathologique nous a montré que dans l'épithéliome du col l'envahissement du corps est très rare, que de même l'épithéliome du corps laisse généralement le col intact. Nous avons vu par contre que les régions ganglionnaires sont plus souvent envahies qu'on ne le pensait autrefois et que c'est surtout vers la base des ligaments larges que se fait la propagation de l'épithéliome cervical.

Lorsque l'on prétend faire le traitement radical d'un épithéliome quelconque, il est entendu que l'on doit enlever largement la tumeur, enlever autant que possible les lymphatiques qui en partent et les ganglions auxquels aboutissent ces lymphatiques.

Appliquons ces données à l'épithéliome de l'utérus. Et tout d'abord doit-on enlever l'organe en entier, ou peut-on se contenter d'une ablation partielle? Le problème se pose à peine quand il s'agit d'un épithéliome du corps. Pour l'épithéliome du col, il a été au contraire fort discuté et le point était d'importance à l'époque où l'ouverture du péritoine était redoutée.

Pendant longtemps on ne faisait de façon courante que l'amputation du col sous-vaginale, puis sus-vaginale. Verneuil en 1888 défendait encore l'opération partielle à la Société de chirurgie, et l'on arrivait à démontrer par des statistiques que la récurrence était plus tardive lorsqu'on se bornait à enlever le col.

L'anatomie pathologique nous fait comprendre que dans bien des cas la valeur thérapeutique des deux opérations est la même; mais dans d'autres cas, il n'en serait pas ainsi; comme aujourd'hui l'ouverture du péritoine ne nous effraie plus et que l'amputation sus-vaginale du col est plus difficile à bien faire que l'hystérectomie totale, l'on s'accorde à dire que le traitement curatif de l'épithéliome de l'utérus est l'hystérectomie totale.

L'accord est moindre lorsqu'il faut choisir la voie d'accès.

Zuckerkindl (1) a proposé la *voie périnéale* et Frommel (2) l'a employée deux fois, mais ne la recommande pas.

La *voie sacrée* (3) a été plus employée, mais est aujourd'hui à peu

(1) ZUCKERKANDL, Ein neues Verfahren die Beckenorgane vom Mittelfleische aus operativ blosszulegen (*Wiener med. Presse*, 1889, n° 7).

(2) FROMMEL, *Handb. der Gynæk.* von J. Veit, Band III, Hälfte 2, 1899, p. 426.

(3) SIEUR, Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée (*Arch. prov. de*

près complètement abandonnée. Il en est de même de la *voie parasacrée* de Zuckerkindl (1).

Il ne reste plus en présence que l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale, et toutes deux comptent encore actuellement des partisans convaincus.

L'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus non prolabé semble avoir été faite pour la première fois par Sauter (2) à Constance; Récamier perfectionna la technique (1829); mais ce n'est que depuis Czerny (1878) que cette opération a été pratiquée volontiers (3).

C'est en 1878 également (30 janvier) que fut faite par Freund la première hystérectomie abdominale pour cancer. Il employa une technique bien réglée, sa malade guérit et était encore en bonne santé longtemps après. Il eut des imitateurs, mais l'on dut constater bientôt que la mortalité était effroyable, dépassant 70 p. 100, et l'opération tomba dans un profond discrédit.

Elle en est sortie dans ces dernières années depuis que l'on emploie couramment la position de Trendelenburg et depuis que l'on sait limiter parfaitement le champ opératoire.

La Société de chirurgie a discuté cette question de thérapeutique en 1899; les différents Congrès de 1899 et de 1900 s'en sont occupés (Congrès de gynécologie d'Amsterdam en 1899, rapport de Ricard au Congrès de chirurgie de 1899, rapport de Richelot au Congrès international de médecine de 1900).

L'accord n'est encore à peu près fait que pour l'épithéliome du corps que l'on enlève de préférence par l'abdomen à cause de sa friabilité.

Quant à l'épithéliome du col, si Ricard se déclarait partisan de l'hystérectomie abdominale, Richelot au contraire resta fidèle à l'hystérectomie vaginale.

Il est certain *à priori* que l'opérateur qui prend la voie vaginale s'interdit l'examen et à plus forte raison l'ablation des zones ganglionnaires; cette conduite paraîtrait en toute autre région peu recommandable: il n'est donc pas logique de l'employer pour l'utérus. Par le ventre, au contraire, on peut explorer les ganglions et les enlever s'il y a lieu; on voit ce que l'on fait, on peut disséquer les uretères.

Les adversaires de la méthode lui reprochent sa gravité plus grande et le peu de supériorité de ses résultats. La gravité va diminuant tous les jours à mesure que la technique se perfectionne; quant

*chir.*, 1896, p. 519). — MORESTIN, Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée, thèse 1894, p. 295.

(1) ZUCKERKANDL, Zur Blosslegung der Beckenorgane (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1889, nos 13 et 18).

(2) SAUTER, Die gänzliche Exstirpation der carcinomatösen Gebärmutter, Constance, 1822.

(3) BIGEARD, Des hystérectomies totales vaginale et abdominale dans le cancer de l'utérus; opérations, résultats, indications, thèse de Paris, 1898-1899, n° 279.

aux résultats, il faut bien songer que la plupart des chirurgiens ont envisagé surtout l'hystérectomie abdominale comme une opération destinée à reculer les limites de l'opérabilité. La seule statistique démonstrative serait celle qui comparerait, au point de vue de la récurrence, des hystérectomies abdominales et vaginales faites pour des épithéliomes n'ayant pas franchi les limites de l'utérus, seuls cas qui se prêtent vraiment à un traitement curatif.

Avec Terrier, Schwartz, Reynier, Quénu, Ricard, Michaux, nous nous déclarons donc partisans de la voie haute, tandis que Segond et Richelot restent fidèles à la voie vaginale.

La technique de l'hystérectomie vaginale pour cancer ne diffère pas notablement de celle que l'on emploie pour d'autres lésions. On commence par détruire à la curette toutes les parties friables, l'on s'amarré sur le reste et on enlève la matrice de préférence sans hémisection. Suivant l'habitude de l'opérateur ou suivant la facilité du cas, on fait l'hémostase avec des ligatures ou avec des pinces à demeure, cette dernière pratique étant plus usitée en France.

Dührssen en Allemagne et Chaput en France ont recommandé de faire dans certains cas des débridements de la vulve pour se faciliter l'accès de l'utérus.

Quant à l'hystérectomie abdominale, elle ne ressemble plus que de loin à l'opération de Freund, et est devenue une opération si étendue qu'on a pu parler d'évidement pelvien (1).

L'on se propose en somme d'enlever, outre l'utérus et une portion du vagin, les ganglions et la plus grande partie du tissu cellulaire pelvien, et cela sans perdre de sang et en respectant les uretères, la vessie et le rectum. Ce sont les uretères qui sont le plus gênants; aussi Clark et Kelly y introduisent-ils préalablement des bougies afin de sûrement les reconnaître.

Généralement, on commence par enlever à la curette par le vagin toute la partie friable et septique du néoplasme. L'on peut compléter ce temps vaginal par la suture du col et même par la section circulaire du vagin. Tout cela peut se faire avantageusement avec des gants et avec des instruments qui ne serviront plus dans la suite de l'opération.

Puis la malade est placée en position de Trendelenburg à 45° et le ventre incisé sur la ligne blanche de la symphyse à l'ombilic; la grande valve sus-pubienne est extrêmement utile. Des compresses recouvrent les anses intestinales et ne laissent voir que la cavité pelvienne. Pour peu que le cas paraisse difficile, on fera dès le début la ligature temporaire ou définitive des artères hypogastriques, comme le conseille J.-L. Faure.

(1) AUCLAIR, De l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement du cancer de l'utérus, thèse de Paris, 1898-1899, n° 563. — BELLŒUF, De l'hystérectomie abdominale totale avec évidement du bassin dans le traitement du cancer de l'utérus, thèse de Paris, 1899-1900, n° 552.

Voici la technique indiquée par Ries (1) : ligature et section du ligament infundibulo-pelvien d'un côté; section du péritoine sur l'iliaque primitive et dissection mousse de ce vaisseau jusqu'à sa bifurcation, isolement de l'uretère. Ce conduit est mis à nu jusqu'à la vessie; pendant cette dissection, on a vu et lié l'utérine aussi loin que possible de l'utérus; tout le ligament large est séparé de la paroi pelvienne. Le ligament rond est coupé à distance de l'utérus; une section transversale permet de libérer la vessie de l'utérus et du vagin.

Dans l'angle de bifurcation des artères iliaques, on enlève les ganglions et tout le tissu cellulo-graisseux. On libère les adhérences entre la face postérieure de l'utérus et le rectum et l'on excise le ligament utéro-sacré le plus loin possible de l'utérus. Ces divers temps sont répétés de l'autre côté, les culs-de-sac incisés et l'utérus enlevé. Un surjet ferme le péritoine pelvien et l'on draine par le vagin. C'est là une opération qui satisfait l'esprit, mais nous pensons qu'il est inutile de la faire durer trois heures comme le chirurgien de Chicago.

Cullen (de Baltimore) nous a fait connaître au Congrès de 1900 la technique de Werder (de Pittsburgh). L'opération est faite par le ventre à peu près comme ci-dessus. Lorsque l'utérus et la partie supérieure du vagin sont parfaitement libérés et qu'il ne reste plus qu'à sectionner les parois vaginales, un aide tire fortement le col en bas et la cavité pelvienne est fermée par la suture au-dessus de l'utérus, du péritoine vésical au péritoine rectal; l'abdomen est fermé et l'on va chercher par le vagin l'utérus en sectionnant au thermocautère ou au bistouri la paroi vaginale qui seule le retient encore. Nous n'avons pas l'expérience de ce procédé, mais il est séduisant en ce qu'il réduit au plus strict minimum les chances d'infection et d'inoculation du péritoine.

Que l'on opère par la voie vaginale ou par la voie abdominale, les dangers sont les mêmes: septicémie péritonéale, lésions de la vessie, du rectum et surtout des uretères.

La mortalité est encore actuellement plus forte pour l'hystérectomie abdominale (15 p. 100 d'après le rapport de Ricard en 1899) que pour l'hystérectomie vaginale (7,8 p. 100 d'après le rapport de Richelot en 1900), si tant est que l'on puisse se fier aux statistiques. Quant aux résultats éloignés, nous n'en avons guère en France pour l'hystérectomie abdominale, puisque la première fut pratiquée par Terrier en 1896; d'autre part, il n'est pas niable que la vaginale en a donnés (Richelot a une malade guérie depuis dix-sept ans).

En somme, sans vouloir torturer les chiffres ni les faits, nous pensons que la voie haute est plus rationnelle lorsque l'on cherche la

(1) RIES, Eine neue Operationsmethode des Uteruscarcinoms (*Zeitschr. für Geb. u. Gynæk.*, 1897, p. 518).