

cure radicale (1) de l'épithéliome de l'utérus; mais on ne peut prétendre faire un traitement radical que lorsque la lésion est très peu étendue et l'utérus encore mobile.

Lorsque la mobilité est diminuée, lorsque les ligaments larges sont infiltrés à leur base, l'on arrivera encore parfois à faire une opération satisfaisante et l'on aura des survies inespérées. Quand la vessie semble le moins du monde envahie, il vaut mieux s'abstenir et recourir franchement au traitement palliatif.

B. Traitement palliatif. — Ce traitement palliatif est lui-même chirurgical ou médical.

1° Le chirurgien a pu se proposer de retarder la marche fatale de l'épithéliome par la méthode atrophiante et, dans ce but, a été pratiquée la ligature des artères de l'utérus. Le premier qui en parla pour les cancers inopérables fut Baumgärtner (2).

Depuis, on a lié les utérines par le vagin ou par l'abdomen, on a lié, outre les utérines, les utéro-ovariennes. Ce sont des opérations logiques et bien réglées, mais le bénéfice obtenu a toujours été douteux (3). Les hémorragies ne tardent pas à reparaitre (4).

Sans chercher à retarder notablement la marche du néoplasme, le chirurgien peut avoir pour but de modifier un symptôme.

Lorsque l'hémorragie par exemple devient inquiétante par sa quantité et sa répétition, on peut la combattre efficacement par la destruction des masses bourgeonnantes à la curette et au thermocautère. Ce sont là des interventions extrêmement utiles, mais qui demandent à être faites avec précaution, si l'on ne veut dépasser les limites de l'utérus. Elles peuvent être répétées plusieurs fois (5).

Le curettage peut également être dirigé contre la fécondité lorsqu'il existe des masses exubérantes en voie de sphacèle.

Le symptôme douleur lui-même a été combattu par les moyens chirurgicaux. J.-L. Faure (6) a pratiqué dans ce but la résection des racines postérieures de la queue de cheval, déjà faite avant lui pour des névralgies d'autre origine. Les douleurs s'amendèrent, mais la malade mourut peu après avec des phénomènes paralytiques. Nous ne croyons pas que cette opération soit souvent répétée.

La chirurgie peut enfin remédier tant bien que mal à certaines

(1) MAUCLAIRE, L'hystérectomie abdominale totale avec évidement pelvien est-elle un traitement radical du cancer utérin? (*Presse médicale*, 1899, p. 173).

(2) BAUMGÄRTNER, Zur Operation des Cervix carcinomes (*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynæk.*, Leipzig, 1888, p. 280).

(3) HARTMANN et FREDET, Les ligatures atrophiantes dans le traitement des tumeurs utérines (*Ann. de gynéc. et d'obst.*, 1898, p. 110 et 306).

(4) MORESTIN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1899, p. 136.

(5) M^{me} KANTZEL, Du curettage palliatif comme traitement de l'épithéliome inopérable du col de l'utérus, thèse de Bordeaux, 1899-1900, n° 77.

(6) J.-L. FAURE, Traitement des névralgies incurables du cancer de l'utérus par la résection des racines postérieures des nerfs de la queue de cheval (*Gaz. hebdomadaire*, 1897, p. 1158).

complications. Nous ne voulons pas parler des fistules vésico ou recto-vaginales qui, bien entendu, ne sont pas susceptibles d'être réparées, mais de l'anurie consécutive à l'envahissement des uretères ou à leur compression.

L'opération à faire dans ces cas, opération qui donne des survies parfois notables (cinq mois dans le cas de Chavannaz, au moment de sa publication) est la néphrostomie que l'on doit préférer à l'uretéro-stomie, à l'uretéro-cysto-néostomie et à l'implantation des uretères dans le gros intestin (1).

2° Le traitement palliatif non opératoire peut être un traitement général ou local. On a administré par la bouche et sous la peau de l'extrait de grande chélidoine, sans résultat naturellement, dans le but d'agir sur le néoplasme lui-même (2). La morphine ne se propose que de calmer la douleur, mais au moins elle y réussit.

Quant au traitement topique, il cherche à débarrasser le néoplasme des infections secondaires et à diminuer la fécondité et les hémorragies.

Contre les hémorragies, on a recommandé d'appliquer au contact du col des tampons imprégnés de perchlorure de fer. Les injections chaudes n'ont pas ici leur efficacité habituelle; on leur substitue l'eau de Pagliari.

Contre l'infection, on pratique des pansements à la gaze iodoformée ou plus simplement des injections vaginales avec de la liqueur de Labarraque, du permanganate de potasse, de l'eau oxygénée, des solutions formolées.

Guinard a conseillé le carbure de calcium dont on met un morceau au contact du néoplasme en bourrant ensuite le vagin avec de la gaze. L'acétylène qui se dégage et l'élévation de température qui se produit modifient le cancer lui-même et ses sécrétions.

Si nous envisageons d'un coup d'œil d'ensemble ce chapitre thérapeutique, nous voyons qu'il en est de l'épithéliome de l'utérus comme de celui des autres organes. Il est logique au début de tenter la cure radicale par l'ablation large; dans des cas plus avancés, quand l'utérus commence à perdre sa mobilité, on obtient encore parfois des résultats paradoxaux; dans d'autres circonstances, on ne pourrait faire qu'une opération aussi dangereuse qu'inutile.

La récurrence est malheureusement la règle et on ne peut même pas affirmer qu'elle sera plus tardive en faisant une opération large, puisque les statistiques nous donnent à ce sujet les résultats les plus contradictoires.

(1) CHAVANNAZ, Néphrostomie pour anurie compliquant le cancer de l'utérus (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1899, p. 487). — LABOISNE, Des lésions uretéro-rénales au cours du cancer utérin, thèse de Bordeaux, 1898-1899, n° 96.

(2) Ueber die Behandlung des Uteruskrebses mit Chelidonium majus (*Centralbl. für Gynæk.*, 1897, p. 859).

Ce sont les épithéliomes du corps, puis ceux du museau de tanche qui permettent d'espérer les meilleurs résultats. Ceux qui récidivent le plus vite sont les épithéliomes cylindriques de la cavité cervicale, qui sont d'ailleurs les plus envahissants. Chez les femmes âgées et dans les formes dures, le pronostic post-opératoire est également meilleur.

ÉPITHÉLIOME ET GROSSESSE (1).

Fréquent est l'épithéliome de l'utérus, fréquente est la grossesse; néanmoins, la coexistence des deux est heureusement assez rare: une cancéreuse sur deux mille accouchées environ. Cette rareté tient évidemment à ce que l'âge auquel survient d'habitude l'épithéliome n'est pas celui où les grossesses sont habituelles.

La grossesse peut se produire chez une cancéreuse, de même que l'épithéliome peut naître chez une femme enceinte; le plus souvent c'est au cours d'une exploration pendant la grossesse que l'on constate l'existence de l'épithéliome, et cela chez des pluripares âgées. C'est toujours de néoplasmes du col qu'il s'agit, ceux du corps rendant la grossesse impossible.

Les symptômes ne présentent rien de particulier. Le diagnostic n'est pas toujours fait de bonne heure, les hémorragies du cancer éloignant l'idée de grossesse. Quand la grossesse a dépassé trois mois, il suffit d'une exploration pour y faire penser, sinon pour la diagnostiquer; le ramollissement qu'elle détermine au niveau du col facilite la constatation des parties épithéliomateuses dont la consistance reste plus dure.

Influence de l'épithéliome sur la grossesse et l'accouchement. — L'avortement est rare et la grossesse arrive à terme tant que le col n'est pris que dans ses parties basses. Au cours de la grossesse, on a pu observer des ruptures utérines par friabilité des tissus. Généralement ce n'est qu'au moment de l'accouchement que l'épithéliome exerce une influence fâcheuse. A ce moment, en effet, le col doit se dilater; si l'infiltration néoplasique en occupe une grande partie, la dilatation n'est plus possible.

Le travail peut s'établir et ne pas aboutir si la résistance est trop grande (travail manqué, *missed labour*), mais c'est extrêmement rare.

Quand il reste assez de tissu sain, l'accouchement peut être assez facile; dans les cas moyens, il y a souvent rupture prématurée des membranes ou inertie utérine.

Lorsque les contractions restent énergiques, l'accouchement finit par se produire au prix de ruptures du col. Ces déchirures peuvent s'étendre plus ou moins loin, suivant que les ligaments larges sont

(1) O. SARWEY, Carcinom und Schwangerschaft (*Handb. der Gynæk. von Veit*, Band III, 2^e Hälfte, p. 489, 1899).

plus ou moins infiltrés. Très souvent, la longue durée du travail a amené la mort du produit.

Lorsque le col oppose une résistance invincible, la rupture de l'utérus peut se produire au cours du travail.

Influence de la grossesse et de l'accouchement sur l'épithéliome. — On a été autrefois jusqu'à parler de guérison de l'épithéliome par la grossesse; on en est bien revenu de nos jours. Le cancer évolue plus rapidement pendant la grossesse et pendant les suites de couches; l'infection est des plus fréquentes. Plus d'un tiers des cancéreuses meurent pendant ou peu après l'accouchement.

Traitement. — Le cancer peut se présenter dans des conditions différentes d'opérabilité au point de vue d'une cure radicale: on peut avoir à le traiter au cours de la grossesse ou seulement au moment de l'accouchement; enfin, suivant l'âge de la grossesse, on peut avoir ou non à tenir compte de la vie de l'enfant.

1. — **Traitement du cancer opérable.** — A. *Au cours de la grossesse.* — 1^o *Jusqu'à quatre mois.* — Tout le monde est aujourd'hui d'accord pour faire l'hystérectomie et elle a toujours été faite jusqu'à présent par le vagin. On enlèvera l'utérus sans évacuation préalable. Sur 29 cas que donne Sarwey, il n'y a pas une mort opératoire et trois cas de survie dépassant trois ans.

2^o *De quatre à sept mois.* — Le volume de l'utérus ne permet plus guère la voie vaginale; on a le choix entre trois méthodes:

Hystérectomie abdominale totale;

Hystérectomie abdominale sus-vaginale et extirpation du col par le vagin (Zweifel);

Évacuation rapide de l'utérus, suivie immédiatement d'ablation vaginale (Dührssen).

C'est la première de ces méthodes qui nous paraît devoir être préférée; elle a d'ailleurs encore pour elle l'avantage de pouvoir amener un enfant vivant à la fin de cette période.

3^o *De sept à neuf mois.* — Ce n'est qu'à cette période de la grossesse qu'il faut tenir compte de la vie de l'enfant. On a à sa disposition:

L'opération césarienne classique suivie:

D'hystérectomie abdominale;

D'hystérectomie par voie combinée;

D'hystérectomie vaginale;

L'opération césarienne vaginale de Dührssen (1) suivie d'hystérectomie vaginale.

C'est encore la voie haute que nous emploierions de préférence.

B. *Pendant le travail.* — S'il reste assez de tissu cervical sain pour que la dilatation paraisse possible, on pourra laisser l'accou-

(1) DÜHRSSSEN, *Sammlung klin. Vorträge*, 1898, p. 1365. — SCHWAB, L'opération césarienne vaginale (*Presse méd.*, 1899, n^o 95).

chement se faire spontanément, quitte à le terminer par version, extraction au forceps, incisions, s'il tardait trop et que l'enfant en fût incommodé.

Si le fœtus était mort, on débarrasserait l'utérus par embryotomie.

L'utérus évacué, la conduite la plus rationnelle est de faire séance tenante l'hystérectomie.

Nous ne verrions aucun inconvénient à agir comme si le travail n'était pas commencé et à faire par l'abdomen l'extraction du fœtus et l'hystérectomie. C'est d'ailleurs la conduite qu'ont tenue Bischoff, Schröder, Fochier, Grapow et Fritsch ; mais ils n'ont choisi cette méthode que parce que l'accouchement par les voies naturelles paraissait impossible.

II. — **Traitement du cancer inopérable.** — A. *Au cours de la grossesse.* — Aucune opération ne peut plus sauver les jours de la mère, l'intérêt du fœtus passe au premier plan. Il faut tâcher d'amener la grossesse à terme, se borner à désinfecter le néoplasme et à fortifier l'état général. Si la grossesse est avancée et si la mère vient à mourir, il faut pratiquer l'opération césarienne.

B. *Pendant le travail.* — Il ne faut pas trop compter sur l'accouchement spontané. L'enfant peut être parfois amené à l'extérieur, grâce à des incisions du col et à l'emploi du forceps ; mais s'il donne des inquiétudes, il vaut mieux pratiquer l'opération césarienne classique.

Si l'enfant est mort, on l'extraira par embryotomie.

II. — SARCOME DE L'UTÉRUS.

C'est là une question d'étude assez récente ; les premiers cas certains datent d'une quarantaine d'années. Hutchinson, Callender (1), Paget et West avaient décrit des fibromes récidivants. Virchow décrivait le sarcome de la muqueuse et croyait à la transformation sarcomateuse des fibromyomes. Hegar (2) publia le premier travail d'ensemble en 1871, celui de Gusserow (3) est de 1878. Depuis lors, les observations se sont multipliées.

Il faut distinguer le *sarcome de la muqueuse* et le *sarcome de la paroi*.

A l'inverse de l'épithéliome, le sarcome siège de préférence au niveau du corps de l'utérus (8 du corps contre 1 du col d'après Gessner) (4). La fréquence du sarcome comparée à celle de l'épithé-

(1) CALLENDER, Recurrent fibroid tumour of the uterus with growths of a similar character in the pericardium, the lungs and the body of the sixth cervical vertebra (*Transact. of the London path. Soc.*, 1858, IX, p. 327).

(2) HEGAR, Das Sarkom des Uterus (*Arch. für Gynæk.*, Bd II, S. 29, 1871).

(3) GUSSEROW, Sarkome des Uterus (*Handbuch der Frauenkrankheiten von Billroth*, Bd II).

(4) GESSNER, Das Sarcoma Uteri (*Handb. der Gynæk. von Veit*, dritter Band, 2^{te} Hälfte, Zweite Abtheilung, S. 867, 1899).

liome serait de 1 pour 40 d'après cet auteur, de 1 pour 20 d'après von Franqué (1).

De l'étiologie, nous ne savons presque rien, sinon que la grossesse ne semble pas avoir d'influence, que le sarcome de la muqueuse se rencontre dans la première enfance, au moment où la menstruation s'établit, mais surtout dans les années qui précèdent ou suivent immédiatement la ménopause ; que le sarcome de la paroi n'existe pas avant la période d'activité sexuelle, a son maximum de fréquence entre quarante-cinq et cinquante ans et n'est pas très rare entre cinquante et soixante ans.

SARCOME DE LA MUQUEUSE.

Anatomie pathologique. — Il peut se présenter sous la forme *diffuse* ou sous la forme *polypeuse*, cette dernière environ deux fois moins fréquente.

Le sarcome diffus de la muqueuse siège de préférence au voisinage du fond, sa surface est irrégulièrement mamelonnée, la section en est gris jaunâtre, blanche ou rosée, parfois hémorragique suivant la vascularisation ; on y voit quelquefois des vacuoles et de petits kystes.

La néoplasie se développe de préférence vers la cavité utérine et a peu de tendance à envahir le muscle utérin. Le volume du corps de l'utérus est faiblement et régulièrement augmenté ; la consistance est peu altérée. L'orifice interne peut être obstrué et il en résulte alors, par rétention du sang et des sécrétions, une augmentation de volume très considérable. La vessie et le rectum restent indemnes.

Les métastases sont tardives.

Dans la forme polypeuse, le point de départ est vraisemblablement la couche profonde de la muqueuse. Les couches superficielles et les éléments glandulaires peuvent rester longtemps intacts.

La tumeur en augmentant détermine des contractions utérines qui dilatent le col, permettent au polype de se montrer ; le col peut l'étrangler et y déterminer par striction des processus de nécrobiose.

Microscopiquement, on décrit des sarcomes fuso et globo-cellulaires, mais les formes pures sont rares.

A la surface des tumeurs, les glandes peuvent être conservées ; dans leur intérieur on n'en trouve que rarement : ce sont alors des adénosarcomes.

Les vaisseaux y sont généralement rares, sauf dans les angiosarcomes.

Symptomatologie. — Les symptômes n'ont rien de bien caracté-

(1) VON FRANQUÉ, Ueber Sarcoma Uteri (*Münch. med. Wochenschr.*, 1898, p. 1301).