

rière du canal cervical, on voit sur les coupes microscopiques des cavités d'apparence nettement glandulaire dans lesquelles l'épithélium a subi d'importantes modifications. Au lieu d'une seule assise de cellules, il y en a plusieurs couches. Les cellules de la partie profonde conservent nettement leur caractère cylindrique; celles des parties centrales sont de forme variable plus ou moins atypique. Tantôt on trouve seulement deux ou trois assises superposées de cellules, tantôt au contraire l'ancienne cavité glandulaire en est complètement bourrée et représente alors une véritable alvéole carcinomateuse; d'autant plus que quand les choses en sont arrivées là, la paroi glandulaire a perdu sa structure normale; les cellules épithéliales périphériques reposent directement sur du tissu conjonctif plus ou moins fibreux sans caractère propre et même sur du tissu musculaire lisse. A cette phase de développement, la tumeur correspond à ce qu'on appelle souvent, en Allemagne, l'adéno-carcinome. Plus tard, on voit des bourgeons vasculaires de la paroi conjonctive faire des saillies minces, irrégulières dans l'intérieur des anciennes cavités glandulaires, de manière à former des figures dendritiques. Ces bourgeons sont tous tapissés de cellules métatypiques avec de gros noyaux et de gros nucléoles. Enfin, les cellules épithéliales diffusent dans le tissu conjonctif et les coupes ont l'aspect bien connu de l'épithéliome infiltré. Il faut faire remarquer avec M. Cornil, que dans ces épithéliomes, à côté d'alvéoles remplies de cellules dont les plus périphériques ont nettement le caractère cylindrique, on en trouve d'autres remplies de cellules polyédriques, qu'on pourrait tout aussi bien prendre pour des cellules pavimenteuses. Dans d'autres cas, ainsi que le signale Williams, les cellules épithéliales deviennent ovoïdes; elles perdent tout caractère morphologique précis; et il serait à peu près impossible de reconnaître leur nature si l'on ne pouvait suivre, quelquefois dans une même cavité glandulaire, toutes les formes de transition entre elles et les grandes cellules cylindriques. Du reste, il ne faudrait pas croire qu'il s'agisse de simples transformations de cavités glandulaires préexistantes. Il y a en réalité une néoformation considérable de boyaux épithéliaux qui sur la coupe ont l'air de culs-de-sac; et ces boyaux pénètrent en plein tissu musculaire.

Les épithéliomes du canal cervical peuvent naître en un point quelconque du col. Williams pense que la partie inférieure en est plus souvent l'origine que la région de l'isthme.

Au point de vue macroscopique, tantôt ils forment des tumeurs saillantes, presque polypeuses; tantôt, et cela est peut-être plus fréquent, le néoplasme infiltre le tissu utérin, qui prend une dureté de bois. Alors, s'il a débuté au voisinage de l'orifice externe, on voit celui-ci s'entr'ouvrir, ses lèvres se renversant en dehors par un véritable ectropion néoplasique. Puis l'ulcération survient, les couches internes de la tumeur se désagrègent, s'éliminent; le canal cervical s'agrandit d'autant par cette destruction; il s'évase, s'excave, et ce travail suivant une marche excentrique, il arrive dans certains cas que les lèvres du col sont détruites et que la cavité vaginale se continue sans transition avec la cavité cervicale élargie en forme d'entonnoir. Si le néoplasme débute plus haut, il forme parfois une volumineuse tumeur avant de s'ulcérer, puis, l'ulcération survenant, il se creuse dans le col une sorte de caverne entourée d'une zone infiltrée et dure.

Dans quel sens se fait l'extension de l'épithéliome du canal cervical? Williams nous dit qu'il a tendance à s'étendre vers le bas, c'est-à-dire vers le vagin, mais

surtout du côté du tissu cellulaire pelvien et qu'il infecte rapidement le septum vésico-utérin. Je crois que cela est exact; mais il faut bien savoir que cette variété de néoplasme a tendance aussi à remonter dans l'utérus. Il arrive souvent jusqu'au niveau de l'orifice interne, et envahit quelquefois le corps de l'organe. Il diffère singulièrement à ce point de vue de l'épithéliome de la portion vaginale. Ce dernier envahit le vagin et le tissu cellulaire avant d'atteindre le corps de l'utérus, tandis que le premier peut envahir le corps alors que le vagin et le tissu cellulaire sont parfaitement sains. Il faut ajouter qu'en clinique on ne sait jamais où il s'arrête.

Les cancers du corps de l'utérus ressemblent tout à fait à ceux de la cavité cervicale; ce sont des épithéliomes formés de tubes très larges, fréquemment anastomosés et séparés seulement par de très minces travées conjonctives. Dans chaque tube dont la coupe a l'aspect d'un cercle, d'une alvéole, on voit plusieurs couches de cellules superposées. La couche externe, celle qui repose sur le tissu conjonctif ou bien directement sur le tissu musculaire, est formée de longues cellules nettement cylindriques. Les cellules des couches superpo-

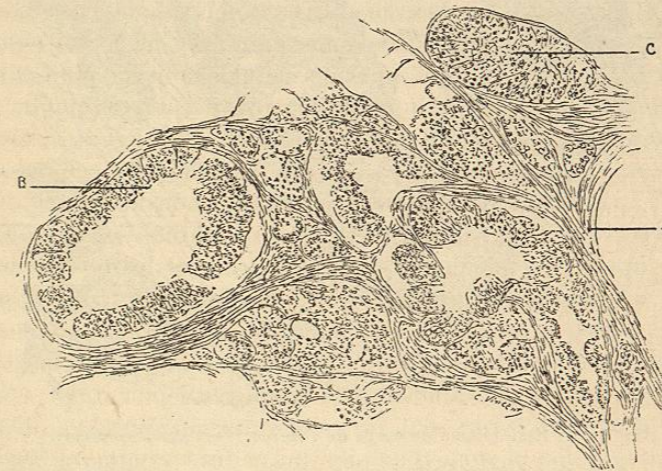


FIG. 45. — Épithéliome du corps de l'utérus. (D'après une préparation de Toupet.)

A, travées conjonctives. — B, alvéoles dont une partie des cellules s'est détachée. — C, alvéole complètement remplie de cellules épithéliales.

sées deviennent polyédriques, irrégulières, et perdent d'autant plus de leur caractère primitif qu'elles se rapprochent davantage du centre de la petite cavité. Le centre même est souvent rempli d'une sorte de liquide muqueux, contenant en suspension des cellules chargées de granulations, dont le noyau est atrophié. On ne peut voir ces derniers détails que sur les coupes qui ont été incluses dans la paraffine ou dans la celluloidine. Sur les coupes simplement durcies par l'alcool, les couches internes de cellules ont le plus souvent disparu, et le centre des alvéoles est vide. Il en est toujours ainsi, quelque précaution qu'on prenne, sur les pièces recueillies dans les autopsies. Les coupes prennent alors des aspects étranges qu'il serait difficile d'interpréter si l'on ignorait cette particularité. C'est sur des pièces fraîches, enlevées chirurgicalement, qu'il faut étudier ces néoplasmes.

Les tubes épithéliaux ne conservent pas longtemps la régularité que je leur

ai décrite. On voit de fins bourgeons conjonctivo-vasculaires se détacher de la paroi et pénétrer dans la cavité. Chacun de ces fins prolongements est revêtu d'un rang de cellules cylindriques. On voit très bien ces détails sur la figure suivante empruntée à M. Cornil. Les bourgeons conjonctivo-vasculaires peuvent prendre un grand développement; la cavité dans laquelle ils se développent s'élargissant à mesure qu'ils grandissent, devient irrégulière et anfractueuse.

On a beaucoup écrit et discuté, en Allemagne surtout, sur les adénomes de l'utérus. On les a même divisés en deux classes : les adénomes bénins et les adénomes malins. Cette question des adénomes, c'est-à-dire de la prolifération

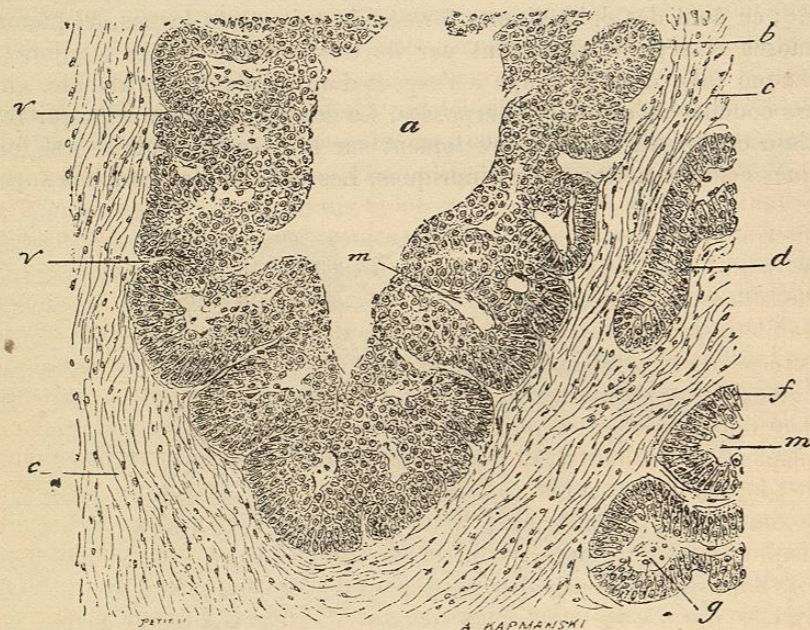


FIG. 44. — Épipithélioma du corps de l'utérus. (Fort grossissement.)

c, tissu conjonctif. — d, cul-de-sac glandulaire à peine modifié. — f, g, m, glandes dilatées et modifiées; leur revêtement épithélial est formé de cellules cylindriques, mais leur cavité *mg* est remplie de cellules, la membrane glandulaire fait défaut. — a, grande cavité au milieu d'un îlot d'épipithélioma. — la masse épithéliale *b* est pénétrée par des vaisseaux qui partent du tissu conjonctif voisin comme on le voit en *v*. — *m*, sections obliques ou en divers sens de ces mêmes vaisseaux. (Cornil.)

abondante d'éléments glandulaires, suivant leur type normal, est embarrassante partout. Il s'agit de savoir si elle constitue une formation d'ordre néoplasique, ou bien si elle n'est pas tout simplement une production inflammatoire. J'ai déjà eu à étudier cette question à propos de la mamelle, et je me suis efforcé de montrer que la plupart des adénomes se rattachent aux mammites chroniques. Je crois aussi que dans l'utérus, tout ce qu'on a appelé adénome bénin doit rentrer dans la classe des métrites glandulaires. Quant aux adénomes malins, ce ne sont que des épithéliomes au début de leur évolution. J'ajouterai, qu'à en juger par les figures, bien des cas publiés comme adénomes malins n'étaient sans doute que des métrites glandulaires hyperplasiques. Il faut avouer du reste qu'au point de vue microscopique, la distinction n'est pas toujours aisée. M. Cornil attache une grande importance au manque d'adhésion des cellules à la paroi. Quand les cellules se détachent de cette paroi, on aurait

affaire à un épithéliome. Je crois que cela est fort exagéré. Le retrait qui amène la séparation des cellules épithéliales avec la paroi conjonctive est dû simplement à l'action de réactifs. Je l'ai vu se produire dans des cas où il s'agissait incontestablement de métrite. On peut l'observer du reste sur des glandes parfaitement saines. Suchard me l'a montré sur des préparations de parotides de nouveau-nés. Ce qui a la plus grande importance, c'est la multiplication des assises cellulaires dont le type se modifie, et c'est l'absence de paroi propre. Dans les épithéliomes, les cellules épithéliales reposent sur un tissu conjonctif le plus souvent assez fibreux et qui n'a aucun caractère particulier; quelquefois même elles reposent directement sur le muscle lisse. Cela ne s'observe jamais dans les métrites, car lorsque les glandes hypertrophiées par l'inflammation pénètrent dans le tissu musculaire, elles sont toujours entourées de tissu conjonctif.

Au point de vue macroscopique, les épithéliomes du corps de l'utérus revêtent deux aspects distincts : tantôt ils forment dans la cavité utérine des tumeurs saillantes, d'ordinaire largement sessiles, quelquefois presque pédiculées, polypiformes; tantôt, au contraire, le néoplasme se développe dans l'épaisseur de la paroi utérine qui, lorsque l'ulcération survient, se trouve peu à peu détruite. La paroi peut être ainsi perforée de part en part; le plus souvent, il se produit alors des adhérences qui protègent la cavité péritonéale; mais l'organe adhérent est envahi et perforé à son tour, et il en résulte des fistules qui font communiquer l'utérus avec l'intestin; quelquefois ces adhérences manquent, et la perforation amène une péritonite mortelle. Les épithéliomes infiltrés, interstitiels, s'étendent non seulement en profondeur, mais aussi en surface. Il est très rare qu'ils dépassent les limites de l'orifice interne, mais ils peuvent s'étendre à presque toute la cavité de l'utérus. D'après Williams, cette forme diffuse serait la plus commune. On a même vu le néoplasme se propager par l'*ostium uterinum* jusque dans les trompes. Williams cite un cas de ce genre appartenant au musée de Saint-Bartholomew. Peut-être peut-il se former dans l'utérus lui-même de véritables noyaux métastatiques indépendants de la tumeur primitive. J'ai déjà dit qu'on a observé dans quelques cas très rares, avec de gros cancers du corps, de petits cancers tout à fait au début dans le col. Hofmeier et Winter considèrent ces derniers comme dus à une véritable inoculation.

Les ganglions du ligament large et de la colonne vertébrale peuvent être envahis. On a observé des noyaux métastatiques dans les viscères, les poumons, le foie, les reins.

Les diverses variétés de cancer de l'utérus coïncident assez souvent avec des fibromyomes. Certains auteurs ont insisté sur ces faits. Il s'agit d'une pure coïncidence sans intérêt anatomique.

En terminant, je signalerai 2 cas de O. Pierning⁽¹⁾ et de Gebhardt⁽²⁾, où l'on a trouvé dans le corps de l'utérus des épithéliomes pavimenteux. Ces faits n'ont guère qu'un intérêt de curiosité. J'ai déjà eu l'occasion de dire à propos des métrites que l'épithélium cylindrique de la cavité utérine pouvait se transformer en épithélium pavimenteux. Il en était ainsi dans ces deux cas. Rien d'étonnant à ce qu'un épithéliome pavimenteux se soit développé aux dépens de cet épithélium devenu lui-même pavimenteux.

⁽¹⁾ O. PIERNING, *Zeitschr. für Heilk.*, vol. VIII.

⁽²⁾ GEBHARDT, *Gesell. für Geb. und Gyn. zu Berlin*, 15 novembre 1891. *Centr. für Gynäk.*, 1892, p. 49.

Étiologie. — La cause prochaine de tous les cancers reste toujours profondément inconnue. Je n'ai pas à revenir ici sur cette question d'ordre général.

Le cancer de l'utérus est extrêmement fréquent. D'après la statistique de T. Y. Simpson, c'est le plus fréquent de tous. Le cancer du corps est beaucoup plus rare que le cancer du col.

Il serait fort intéressant et fort important au point de vue pratique d'être renseigné sur la fréquence relative du cancer de la portion vaginale et du cancer du canal cervical. Malheureusement, il est fort difficile d'avoir des renseignements précis sur ce point, car tous les gynécologues n'admettent pas cette division. En tout cas, il me paraît hors de doute que l'épithéliome pavimenteux de la portion vaginale est beaucoup plus fréquent que l'épithéliome cylindrique du canal cervical.

Les cancers de l'utérus, comme tous ceux des organes génitaux, sont pour ainsi dire inconnus avant la puberté. Laidley (1) a publié récemment un cas de cancer des organes génitaux internes chez une petite fille de deux ans et demi. Gusserow en ajoutant sa statistique propre à celles qui avaient été publiées auparavant arrive au chiffre de 5585. Sur ce nombre énorme, 2 seulement se sont développés avant vingt ans, l'un à dix-sept, l'autre à dix-neuf. De vingt à trente ans, les épithéliomes du col sont rares; on en observe cependant un certain nombre; c'est entre quarante et cinquante ans qu'ils atteignent leur maximum de fréquence. A ce point de vue, il y a une certaine différence entre les épithéliomes du col et ceux du corps. Ces derniers se développent en général plus tard. Il résulte en effet, des statistiques de Gusserow et de Pichot (2), que c'est entre cinquante et un et soixante ans que se développe de beaucoup le plus grand nombre.

Tous les gynécologues des États-Unis sont d'accord pour reconnaître que les négresses qui sont si fréquemment atteintes de fibromyomes ont beaucoup moins de cancers de l'utérus que les blanches.

Les diverses causes auxquelles on attribue un rôle dans la pathogénie du cancer ne présentent que bien peu d'intérêt. Conheim, qui, pour le dire encore une fois, attribue l'origine des néoplasmes au développement aberrant et tardif de germes embryonnaires restés oubliés, inutilisés dans les tissus, explique justement la plus grande fréquence du cancer au niveau des orifices naturels en faisant remarquer que c'est là, au point où se font les invaginations épithéliales, que ces germes ont le plus de chance de s'égarer. On a fait intervenir aussi, pour expliquer cette fréquence, les traumatismes dont ces régions sont le siège. Pour les cancers du col, Emmet et Breisky ont pensé que les déchirures, qui sont si fréquentes à la suite des accouchements, devaient favoriser le développement du cancer. Williams repousse absolument cette hypothèse, car il n'a jamais vu un cancer débiter au niveau ou seulement au voisinage immédiat d'une déchirure.

On a incriminé aussi les accouchements répétés. Il semble bien démontré que le cancer du col est plus fréquent chez les multipares; mais cela n'a rien d'étonnant, car les multipares, surtout en Allemagne où les statistiques ont été faites, sont bien plus fréquentes que les nullipares. On n'a donc pas le droit de conclure que les accouchements ont une action sur le développement du cancer.

(1) LAIDLEY, *Saint-Louis Cour. of med.*, juillet 1891.

(2) PICHOT, Thèse de Paris, 1888.

Si le cancer du col est plus fréquent chez les multipares, Schrœder et Hofmeier ont bien montré que le cancer du corps est plus fréquent chez les femmes stériles.

Martin, Winckel, Berns (1) pensent que la blennorrhagie constitue une prédisposition au cancer. A cette hypothèse on a opposé ce fait, que le cancer est relativement rare chez les prostituées. Fenwick, Parson, Spanton (2) ont cité des cas de cancers développés sur des cicatrices d'ulcères syphilitiques. Ces deux dernières causes peuvent certainement jouer un rôle, mais il faut bien se garder d'y voir une action spécifique. Si elles agissent, c'est au même titre que la métrite, que toutes les inflammations chroniques. Il paraît démontré en effet qu'une muqueuse enflammée est plus exposée à subir la dégénérescence cancéreuse, qu'une muqueuse saine.

Symptômes. — J'étudierai successivement les cancers du col et ceux du corps.

Tant qu'un cancer du col de l'utérus n'est pas ulcéré, tant qu'il n'a pas dépassé les limites de l'organe, il ne détermine aucun symptôme. Tous les cancers du col débutent donc par une longue période latente, et c'est là ce qui rend plus terrible encore ce mal redoutable, car lorsque les femmes se décident à se laisser examiner, il est bien souvent trop tard pour que l'ablation chirurgicale puisse être complète, c'est-à-dire efficace.

Quand le néoplasme s'ulcère, surviennent des hémorragies et des sécrétions fétides; quand il dépasse les limites de l'utérus pour gagner le tissu cellulaire, les douleurs paraissent.

Dans la très grande majorité des cas, c'est l'ulcération qui commence, et le premier symptôme est une hémorragie; dans quelques cas exceptionnels, surtout dans les formes interstitielles, le néoplasme envahit le tissu cellulaire avant de s'ulcérer et ce sont les douleurs qui ouvrent la scène.

8 fois sur 10 l'hémorragie est le premier symptôme. Tantôt c'est la durée des règles qui est augmentée: tantôt la première hémorragie se produit en dehors des règles, après un effort, à la suite du coït, ou même sans cause. Quand ces hémorragies surviennent chez des femmes qui ne sont plus réglées, elles sont souvent prises pour un retour de la menstruation. Quelquefois, surtout dans les formes papillaires à végétations abondantes, les hémorragies deviennent rapidement fréquentes et profuses; elles prennent presque d'emblée un caractère grave et conduisent vite les malades au dernier degré de l'anémie. Il est très remarquable que malgré leur fréquence et leur intensité, ces hémorragies ne sont presque jamais mortelles. Il n'est pas rare de voir les hémorragies diminuer d'abondance dans les périodes ultimes de la maladie; elles sont alors remplacées par un écoulement permanent, légèrement rosé, d'une odeur infecte.

Ces écoulements ichoreux sont encore plus constants que les hémorragies. Au début, ils ont quelquefois l'aspect de l'écoulement leucorrhéique ordinaire; puis le liquide devient bien plus clair, bien plus fluide, presque comme de l'eau. Plus tard, il est mêlé d'un peu de sang; il reste très fluide, mais il prend une couleur rosée, ou roussâtre, et les malades le comparent à de la *lavure de chair*, à de la *raclure de boyaux*. Quand les parties superficielles du cancer se putréfient, il devient plus foncé, visqueux, et répand une odeur fade, écœurante, repous-

(1) BERNS, *Deutsche Zeit. für Chir.*, vol. XXVII, p. 5.

(2) SPANTON, *British gyn. Journal*. London, mai 1891.

sante, presque caractéristique. Parfois on y trouve mêlés des morceaux sphacelés de la tumeur.

L'apparition des douleurs est en général tardive. Quelquefois on en observe dès le début, mais elles ne sont pas très violentes et paraissent liées à des inflammations de voisinage. Les grandes douleurs, les douleurs cancéreuses sont dues à l'infiltration du tissu cellulaire et quelquefois des nerfs eux-mêmes par le néoplasme. Ces douleurs siègent dans le bassin, dans les reins, avec des irradiations dans les jambes. Elles sont incessantes, durent jour et nuit, avec des crises où elles redoublent encore. Leur acuité est extrême; elles déterminent une véritable torture. Quelquefois il s'y mêle des douleurs d'un autre ordre, dues à de petites poussées de péritonite. Ces poussées légères seraient fréquentes, d'après Schröder, et il insiste sur la tension des parois abdominales qui les accompagne.

Toutes ces douleurs gênent l'excrétion de l'urine et des matières fécales. Les fonctions de la vessie et du rectum peuvent être encore troublées par l'infiltration néoplasique du tissu cellulaire. Ces organes sont alors emprisonnés dans une sorte de gaine rigide, inextensible, qui apporte autant d'obstacle à leur distension qu'à leur contraction. Puis ils sont pris pour leur propre compte. Les boyaux épithéliaux, après avoir traversé la cloison vésico-utérine, envahissent la région du trigone; l'ulcération, le sphacèle détruisent bientôt cette paroi, et la fistule est constituée. L'urine coule dans le vagin, irrite la vulve, les cuisses et devient encore une nouvelle cause de tourments. La vessie ouverte, le contact avec les masses sphacelées ne tarde pas à l'enflammer; elle se recouvre quelquefois de fausses membranes inflammatoires. Ces cystites peuvent donner naissance à de véritables septicémies comme dans les 2 cas d'Eppinger⁽¹⁾; mais c'est l'exception. Parfois l'inflammation se propage aux reins par les uretères. Plus souvent le tissu conjonctif pelvien infiltré comprime ces canaux, gêne l'excrétion de l'urine et l'on voit bientôt survenir des signes d'insuffisance rénale: troubles gastriques, vomissements, somnolence. Les veines du bassin comprimées ou envahies s'oblitérent, et la *phlegmatia alba dolens* s'établit.

Le rectum fonctionne mal; la constipation est habituelle; la rétention des matières fécales entraîne cet état de coprémie sur lequel Barns a tant insisté. Joint à l'anémie, il ne tarde pas à déterminer des troubles gastriques, perte d'appétit, mauvaises digestions, qui viennent encore aggraver l'état général. Quelquefois le rectum est, lui aussi, envahi et perforé: et le vagin n'est plus qu'un cloaque infect où se mêlent à l'urine et aux matières fécales les débris sphacelés de la tumeur.

La cachexie fait son apparition: la peau prend une teinte jaune paille; l'amaigrissement devient extrême; l'état de ces malheureuses femmes, empestées par les sécrétions de leur tumeur, torturées nuit et jour par des douleurs de toute sorte, vésicales, rectales, péritonéales, névralgiques, devient digne de la plus profonde pitié, et la mort tarde encore à venir.

Dans le plus grand nombre des cas, c'est l'amaigrissement, l'affaiblissement progressif, le marasme qui l'amène; 48 fois sur 95 cas dans les statistiques de Blau. Bien souvent l'urémie vient s'y mêler surtout sous sa forme chronique. Quelquefois la forme aiguë, avec son coma profond ou ses convulsions généralisées, vient abrégier le triste dénouement.

(1) EPPINGER, *Prager med. Woch.*, 1876, p. 210.

Dans d'autres cas qui ne sont pas rares, c'est la péritonite qui intervient (58 fois sur 155 cas), péritonite par perforation quelquefois, plus souvent par propagation. On trouve encore signalées comme causes de mort, la pleurésie, la pneumonie, l'embolie de l'artère pulmonaire, la pyélo-néphrite, la pyéléphlébite. Gusserow fait remarquer, en y insistant, combien sont rares la septicémie et la pyohémie à la suite de ces cancers. Il est en effet assez singulier que le sphacèle si habituel de portions du néoplasme, que le contact de cette plaie gangrenée avec l'urine et les matières fécales, détermine si rarement des phénomènes d'infection générale. La véritable raison en est que c'est le néoplasme lui-même qui se sphacèle et s'ulcère, et que ce néoplasme est beaucoup moins propre à l'absorption que les tissus normaux.

On voit que l'évolution du cancer du col peut se diviser en trois périodes: une première période dans laquelle le mal reste absolument latent; une seconde, caractérisée par les hémorragies et les écoulements; la troisième est la période des douleurs et de la cachexie, se terminant inévitablement par la mort. La mort est en effet le terme fatal du cancer de l'utérus, comme de tous les autres. On a prétendu à diverses reprises que les cancers pouvaient se gangrener en totalité, s'éliminer complètement et guérir ainsi; mais on n'a jamais donné une seule observation qui prouve la possibilité de cette guérison.

Étant donnée cette première période de latence, il est à peu près impossible de préciser la durée du cancer du col. On ne peut apprécier avec une suffisante exactitude que le temps qui s'écoule entre la première manifestation symptomatique, l'hémorragie en général, et la mort. La durée moyenne ainsi comprise est d'un an à un an et demi. West indique 17 mois, Lever 20, Lebert 16, Gusserow 12. Mais ces moyennes ne peuvent nous renseigner sur un cas particulier, car on a vu des cancers durer 4 ans, et d'autres évoluer en 4 mois.

Le cancer du corps au début donne lieu à des symptômes qui sont très analogues à ceux des fibromyomes. Il survient de très bonne heure des menstruations profuses, qui ne sont pas dues à l'ulcération de la tumeur, mais bien aux modifications concomitantes de la muqueuse, absolument comme dans les cas de fibromyomes. Il y a cependant un symptôme qui distingue le cancer du corps au début d'un fibromyome, c'est l'intensité des douleurs. Tandis que dans les tumeurs fibreuses, les douleurs sont surtout dues à des phénomènes de compression, on observe dans les cancers du corps des douleurs d'une acuité extrême, alors que la tumeur est encore très petite. Ces douleurs reviennent parfois sous forme de crises d'une grande violence. Elles tiendraient, d'après Martin, à l'obstacle que l'infiltration néoplasique apporte aux contractions de l'utérus.

On voit que les premières manifestations symptomatiques du cancer du corps diffèrent sensiblement de celles du col. Les douleurs, tardives dans les cancers du col, sont au contraire précoces dans les cancers du corps.

Plus tard les symptômes fonctionnels présentent quelque analogie, surtout en ce qui concerne les écoulements. Aux hémorragies du début, fait suite un écoulement hydrorrhéique, qui ne tarde pas, quand la tumeur s'ulcère, à présenter les mêmes caractères que les écoulements du cancer du col. Toutefois son odeur est en général moins infecte.

On n'observe que très exceptionnellement des troubles fonctionnels du côté de la vessie et du rectum. Les symptômes péritonéaux sont également rares. On a observé cependant la péritonite par perforation.