

nique du col, est un des caractères de l'*utérus infantile*; on peut néanmoins la rencontrer sur un utérus bien développé; c'est une cause mécanique de dysménorrhée et de stérilité.

Dans les cas d'*allongement hypertrophique du col*, l'orifice externe est parfois si étroit que l'on ne peut le trouver sans quelque difficulté. Cet état est souvent la cause d'endométrite chronique, due à la rétention prolongée des liquides utérins, dont le libre écoulement est ralenti par l'étroitesse de l'orifice externe. Le seul *traitement* indiqué est l'incision bilatérale du col aux ciseaux, jusqu'à ses insertions vaginales, puis l'introduction d'une tige de verre afin d'empêcher la réunion des surfaces incisées. Si l'endométrite persiste encore après cette incision, elle sera traitée comme nous l'indiquerons plus tard. De toutes les causes mécaniques de *stérilité*, c'est certainement celle dont le traitement donne les résultats les plus satisfaisants, car dans le plus grand nombre de cas les malades deviennent enceintes bientôt après l'opération.

Bien des cas de sténose ou d'oblitération par rétraction cicatricielle sont dus à l'application de caustiques, mode qui fut introduite par la génération de gynécologues qui nous a précédés et qui fait encore rage parmi les praticiens sans expérience. Personne ne songera jamais à soumettre une autre muqueuse aux traitements violents qui sont appliqués journellement à la muqueuse utérine.

D'autres rétrécissements ou occlusions peuvent être la conséquence de nécrose plus ou moins étendue survenue après l'accouchement. On pourra généralement obtenir le rétablissement du canal par l'incision et l'usage prolongé d'une tige en ébonite.

J'ai observé dernièrement une malade qui se plaignait des plus violentes douleurs pendant le coït dès que l'intromission était complète. A l'inspection la plus minutieuse du col et de son voisinage par moi-même et par d'autres chirurgiens, nous ne constatâmes rien d'anormal, mais la plus légère

pression sur les lèvres du col causait des douleurs très aiguës. A défaut d'autre chose, nous devons considérer cette affection comme une simple *hyperesthésie*; et elle a été complètement guérie par une application *largâ manu* du thermocautère sur les parties du col avoisinant l'orifice externe du canal cervical.

B. — MALADIES DU COL UTÉRIN

Endométrite cervicale. — Les inflammations aiguës se propageant au col sont presque toujours blennorrhagiques ou septiques; elles peuvent encore reconnaître une origine traumatique, et être consécutives par exemple à une opération chirurgicale.

On devra soupçonner une endométrite cervicale blennorrhagique lorsque, en plus des symptômes que nous avons déjà décrits pour la vaginite, la malade se plaint d'une douleur sus-pubienne, et que l'on découvre à l'examen au spéculum un écoulement abondant, qui s'échappe de l'orifice externe. Cet état est toujours inquiétant, car l'affection peut alors atteindre facilement l'utérus et de là se propager aux trompes et aux ovaires. La malade doit absolument *garder le lit*, et être traitée par les pessaires à l'acétate de plomb et à l'opium, et par les antiphlogistiques en général. Sous aucun prétexte on ne doit employer les injections dans un cas pareil, de crainte des accidents que nous décrirons tout au long dans le chapitre traitant des ovarites.

Nous parlerons de l'*endométrite cervicale septique*, qui est toujours accompagnée de métrite, dans le chapitre qui sera consacré à cette dernière.

Quant à la forme d'origine traumatique nous avons vu qu'elle est le plus souvent la conséquence d'opérations pratiquées sur le col, comme la division de sténoses, l'amputation d'un col hypertrophié; mais elle survient plus particulière-

ment après l'emploi des éponges ou des lamineuses dans un but de dilatation.

On doit toujours avoir présent à l'esprit que l'usage de ces tiges dilatatrices fait courir certains dangers à la malade, dangers assez importants pour que, depuis plusieurs années, j'aie complètement abandonné tous ces moyens de dilatation utérine, pour adopter une méthode basée sur la traction élastique continue au moyen de bougies coniques, méthode dont je désire donner ici une description détaillée.

Dilatateur du col à traction élastique. — L'idée d'employer la traction élastique continue comme moyen de dilatation du canal cervical me vint après le succès que j'obtins à l'aide de cette méthode pour le traitement d'une inversion utérine. Je n'avais jamais été satisfait des autres moyens de dilatation, surtout des éponges et des autres tiges; ils sont toujours dangereux, soit par la décomposition du tissu de l'éponge, soit par la brutalité impossible à régler de l'effort exercé par la laminaria ou le tupelo.

Les méthodes de dilatation employées par *Hegar* et d'autres chirurgiens, consistant en l'emploi de bougies métalliques d'épaisseur graduée, me semblent aussi dangereuses que l'emploi des tiges végétales, et d'autre part cette dilatation devient un travail si absorbant pour le chirurgien que, pour ma part, je ne trouve pas le temps de la mettre à exécution. Elle exige que l'opérateur s'installe pendant des heures devant sa malade, qu'il exerce pendant tout ce temps une certaine force, qu'il s'épuise avant l'opération proprement dite, et de plus sans la narcose elle est très douloureuse pour la malade, ce qui est une autre complication. Ma méthode de dilatation par traction élastique ne donne lieu à aucun dérangement pour le chirurgien, à aucune souffrance, à aucun danger pour la malade.

Elle consiste en une ceinture, qui est bouclée à la hauteur voulue autour de la malade; en avant et en arrière descendent

deux bandes, sur chacune desquelles est fixée une série de crochets, auxquels on assujettira les fils élastiques qui doivent opérer la traction. L'instrument dilatateur proprement dit consiste en une tige droite et je répéterai à ce propos ce que j'ai déjà dit, c'est que je préfère que tous mes instruments soient droits, sans aucune courbure, de manière à ce que je puisse toujours savoir dans quelle direction ils agissent.

A l'une des extrémités de cette tige existe un collier vissé, et à l'autre trois trous superposés, dans lesquels passent les fils élastiques exerçant la traction. Sur l'extrémité pointue peuvent être fixées à volonté deux, trois ou quatre bougies

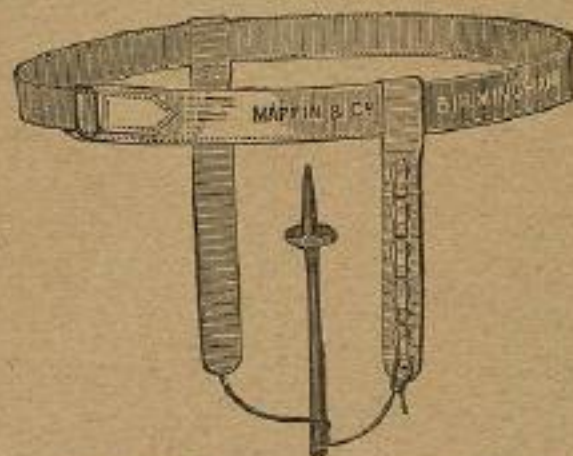


Fig. 13. — Dilatateur utérin de TART.

de calibre différent. Leur graduation est réglée de telle façon que l'extrémité du n° 2 correspond au même calibre que la partie moyenne du numéro précédent, n° 1, et ainsi de suite. La tige est munie d'un rebord en forme de collerette, qui l'empêche de s'engager trop profondément dans l'utérus; en plus dans cette saillie circulaire est pratiquée une entaille, qui laisse passer le doigt, afin de pouvoir se rendre compte de l'engagement de la tige et du degré de dilatation obtenu.

On doit toujours et dans tous les cas commencer la dilatation avec le n° 1; l'extrémité de la bougie est engagée dans le col, puis les fils élastiques sont fixés aux crochets de la ceinture de façon à maintenir la tige en place, sans opérer une

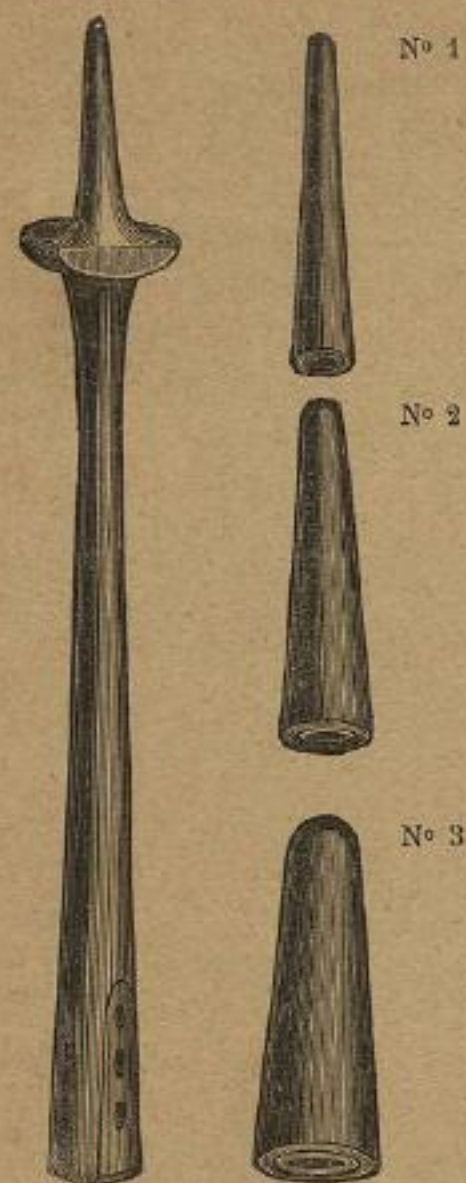


Fig. 14. — Bougies du dilatateur.

Dès que la bougie n° 1 est entrée complètement jusqu'à la collerette, elle sera remplacée par le n° 2, et, après l'introduction complète de celle-ci, c'est le n° 3 qui prendra sa place, lorsque l'on désire obtenir une dilatation d'une certaine étendue. Pour la plupart des interventions opératoires la bougie n° 2 suffira amplement, mais, lorsque l'on désire explorer la cavité utérine à l'aide du doigt, c'est le n° 3 qui seul donnera la dilatation nécessaire à cette investigation.

Cet instrument est d'une valeur inappréciable pour remplir différentes indications, ainsi pour le traitement des sténoses, pour le redressement du canal utérin dans des cas graves de

traction trop forte; elle ne doit pas occasionner de douleurs. On devra enseigner à la garde de maintenir toujours la tension des fils en les remontant de deux ou trois crochets plus haut après quelques heures, mais toujours de manière à ne pas faire souffrir la malade par une traction trop forte ou trop rapidement progressive.

Lorsque cette dernière est réglée comme elle doit l'être, la dilatation est obtenue après 24 ou 36 heures sans aucune souffrance. Mais lorsque cela sera nécessaire, on pourra arriver à une forte dilatation en six heures; seulement le procédé rapide est douloureux et il exige l'administration d'une injection de morphine.

Dès que la bougie n° 1 est

entrée complètement jusqu'à la

flexion, et pour obtenir le début du travail dans un accouchement prématuré; de plus il a absolument remplacé pour moi toutes les autres méthodes de dilatation de la cavité utérine. Son emploi est absolument *inoffensif* et dans plusieurs centaines de cas, dans lesquels je l'ai employé, je n'ai jamais constaté l'ombre d'un inconvénient. Inutile de dire d'ailleurs que pour son emploi, comme pour celui de tous les autres instruments, les plus grands soins de propreté sont de toute importance.

L'endométrite cervicale chronique est souvent consécutive à la période aiguë, mais elle dépend beaucoup plus fréquemment d'un état de subinvolution de tout l'organe ou spécialement du col, et elle est alors accompagnée d'une induration chronique des tissus et d'une hypertrophie manifeste de la muqueuse.

Dans la majorité des cas, même lorsque l'état de subinvolution intéresse tout l'organe, le catarrhe muqueux reste limité au col et ne s'étend pas à la cavité utérine. Je ne sais pourquoi il en est ainsi; mais l'expérience journalière nous apprend que quelques applications astringentes dans la cavité cervicale suffisent à guérir la plupart des cas de *catarrhe utérin*. Dans l'endométrite cervicale chronique les lèvres sont épaissies et renversées en dehors, le canal cervical est largement ouvert. Lorsque l'on a l'occasion d'examiner la section d'un pareil col, on verra que la muqueuse présente l'aspect et les caractères qu'elle offre pendant la grossesse. Elle est environ trois fois plus épaisse qu'à son état normal, ses plis ont conservé leur forme dendritique et ses cryptes leur profondeur exagérée.

Vis-à-vis de ces altérations l'emploi d'un caustique est pleinement justifié et deux ou trois applications de nitrate d'argent seront toujours avantageuses, mais son emploi ne doit pas être prolongé. Pour la seconde partie du traitement l'acide phénique est préférable et il doit être suivi de l'application

de la glycérine à l'acétate de plomb. Lorsque ce premier traitement ne suffit pas, il faudra dilater l'utérus, pratiquer l'abrasion de la muqueuse à la curette tranchante et puis toucher toute la surface dénudée au thermocautère de *Paquelin*.

Pendant la grossesse la muqueuse cervicale prend tous les caractères que nous venons de décrire et elle oblitère en partie la cavité utérine. Il est assez fréquent que des malades viennent se plaindre à nous de la leucorrhée abondante qui accompagne généralement cet état. Aussi, avant de procéder à aucune intervention intra-cervicale, faudra-t-il s'inquiéter avec grand soin si ce catarrhe cervical n'est pas dû à l'état de gestation. Dans ce dernier cas on s'en tiendra prudemment aux injections *vaginales* à l'acétate de plomb ou au sulfate de zinc ; je connais en effet plus d'un cas où une fausse couche inattendue est résultée d'une application trop précipitée du porte-caustique. Après l'accouchement, tout particulièrement après le premier, il n'est pas du tout rare de constater la présence d'une endométrite cervicale à forme aiguë ou sub-aiguë. D'autre part, pendant les dernières semaines de la grossesse et pendant plus ou moins longtemps après l'accouchement, les rapports sexuels sont interrompus et le mari a perdu ce que *Ricord* appelle avec beaucoup de raison *l'acclimatation*. Par conséquent cet écoulement leucorrhéique, dû au catarrhe cervical *post partum*, peut avoir sur lui, dès le premier rapprochement, l'effet d'un virus gonorrhéique, et il m'est arrivé plus d'une fois de recevoir de la part des époux la confidence de graves soupçons d'infidélité, basés sur cet incident. Une explication détaillée suffira le plus souvent à rassurer les femmes raisonnables, et pour les autres le mieux est de les abandonner à leurs divagations.

Allongement hypertrophique du col utérin. — L'allongement hypertrophique du col peut être d'origine congénitale ou acquise ; dans ce dernier cas il est toujours le résultat d'une grossesse, il est accompagné alors de subinvolution de

tout l'organe, et il n'exige que fort rarement une intervention opératoire. Mais, lorsqu'il est compliqué de *prolapsus utérin*, il peut réclamer un traitement chirurgical.

L'allongement du col, que l'on rencontre si fréquemment chez les femmes stériles, est certainement d'origine congénitale, quoique ce vice de conformation ait une grande tendance à s'augmenter après la puberté. Dans quelques cas je l'ai trouvé si accentué chez des jeunes filles n'ayant pas atteint la puberté, que le col apparaissait à la vulve.

Le plus souvent ces malades viennent nous consulter pour la stérilité, qui est la conséquence forcée de cet état anormal. Le vagin est toujours *court*, et on constate un col très allongé, conique, arrivant souvent jusqu'à la vulve, et dont la surface muqueuse prend parfois l'aspect d'une surface cutanée. Au toucher, on trouvera que la partie sus-vaginale du col a aussi subi un allongement manifeste, de sorte que l'organe tout entier est augmenté de volume. L'orifice externe est *étroit*, le canal cervical est rétréci sur toute son étendue. Cet état cause de graves désagréments pour les femmes mariées. Le meilleur traitement est *l'amputation à l'écraseur* de la partie vaginale hypertrophiée, et la dilatation consécutive du canal. A la suite de cette intervention j'ai vu survenir plusieurs fois la grossesse peu de temps après l'opération.

Il y a quelques années j'ai soigné avec mon ami *M. H. Langley Browne*, de West-Bromwich, un cas très prononcé de cette malformation, où la grossesse survint à la suite d'une simple dilatation, sans amputation. Le col était resté en *prolapsus* et il ne semblait avoir aucun rapport avec la tuméfaction constituée par l'utérus gravide. Si je n'avais pas connu cette malade auparavant, le diagnostic eut été très difficile.

L'accouchement ne donna lieu à aucune complication, la dilatation du col se fit aisément et aucune intervention ne fut nécessaire ; cette dame a eu depuis lors plusieurs enfants.

Dans un de ces cas d'allongement hypertrophique du col,

j'eus à amputer plus de deux pouces de sa longueur, afin de pouvoir atteindre un polype, car la dilatation obtenue au moyen de l'éponge préparée n'était pas suffisante pour me permettre de manœuvrer à l'aise. La malade guérit parfaitement de cette double opération sans présenter aucun symptôme inquiétant.

Il est certain que ce vice de conformation du col peut, lorsqu'il complique une grossesse donner lieu à de sérieuses difficultés pendant l'accouchement, car le professeur *Simpson* (1) a décrit un cas fort intéressant, où il dut avoir recours à la perforation et au broiement de la tête fœtale pour terminer l'accouchement chez une femme, dont le col avait une longueur de 4 à 5 pouces et une épaisseur correspondante. En outre il cite encore d'autres cas semblables où il dut pratiquer des incisions latérales profondes afin de pouvoir terminer l'accouchement.

Un cas très singulier a été publié dans un journal américain (2); il s'agit d'une opération césarienne, faite dans des circonstances semblables; mais il est bien évident par la description de cette intervention qu'elle ne fut amenée que par une erreur de la part du chirurgien, qui croyait se trouver en présence d'une *grossesse ectopique*, car il est fort douteux que cette opération se soit trouvée nécessaire ou justifiée par un simple allongement hypertrophique du col.

Utérus infantile. — Dans certains cas d'aménorrhée ou de dysménorrhée nous constatons que l'utérus et ses annexes sont imparfaitement développés, c'est-à-dire qu'ils ont conservé plus ou moins leur caractère infantile. Cet état peut être facilement diagnostiqué par la forme et l'aspect du col. Il est alors petit, court, ressemblant à un mamelon, son canal est rétréci, et le corps utérin est presque toujours en antéflexion.

On pourra rencontrer ces exemples d'utérus infantile chez

(1) *Edinburgh Obstetrical Society's Transactions*, vol. 8, page 34.

(2) *American Journal of Obstetrics*, novembre 1888.

des femmes jeunes, parfaitement bien développées et paraissant jouir de la plus robuste santé. Dans ces cas les *ferrugineux* ne sont d'aucune utilité. On doit employer un stimulant mécanique de l'utérus, dont le meilleur est le *pessaire galvanique* de *Simpson*; mais il n'est pas exempt de tout danger.

Différentes affections du système nerveux central sont sous la dépendance de cet arrêt de développement des organes sexuels féminins et c'est tout spécialement le cas pour l'*épilepsie*. J'ai vu dans ma pratique hospitalière un grand nombre de malades atteintes de cette névrose avec insuffisance ou même absence totale de la menstruation, et qui ont été complètement guéries dès le rétablissement de cette importante fonction.

Sténose du col. — En dehors des cas bien marqués d'arrêt de développement ou de ceux dus à un traumatisme, les rétrécissements du canal cervical sont loin d'être communs, quoique la sténose d'un de ses orifices, surtout de l'*externe*, soit très fréquente ainsi que nous l'avons déjà dit. Les rétrécissements du canal cervical proprement dit seront traités par la dilatation graduelle au moyen des bougies intra-utérines. La sténose de l'orifice interne doit être levée par l'incision bilatérale et l'usage prolongé d'une tige d'ébonite ou de verre; car la simple dilatation n'est pas suivie de succès, ce rétrécissement ayant un caractère *spasmodique* plutôt qu'*organique*. Cette interprétation me semble devoir expliquer des cas qui seraient autrement inintelligibles et que tout gynécologue a eu l'occasion d'observer. Dans ces cas une sonde utérine de gros volume passera très facilement à travers l'orifice interne, mais la stérilité et la dysménorrhée ne sont guéries que par l'opération de *Simpson*.

Les symptômes de cette forme de sténose ressembleront beaucoup à ceux de tout autre nature de dysménorrhée mécanique, mais le caractère des douleurs et le moment exact de leur apparition pourront faciliter le diagnostic. Il est tou-

jours fort difficile de faire comprendre à une nullipare ce que sont les *douleurs expulsives*, mais quelques malades nous donnent une description si exacte de leurs souffrances qu'il n'y a pas à s'y tromper.

Lorsque la douleur *précède* l'apparition du flot menstruel, la dysménorrhée est *d'origine tubaire*; tandis que lorsque la douleur *suit* l'écoulement, lorsqu'elle présente un caractère spasmodique, qu'elle est surtout localisée dans les reins, elle est généralement due à quelque *obstruction mécanique* du canal utérin.

Il arrive parfois que le rétrécissement siégeant au niveau de l'orifice *interne* est consécutif au premier accouchement, par conséquent d'origine traumatique, et qu'il devient la cause de la stérilité postérieure.

Je n'ai encore observé aucun cas *d'atrésie complète* du canal cervical ou de l'orifice interne qui ne fût d'origine congénitale ou causée par l'emploi inconsidéré des caustiques. Leur traitement ne différera en aucune façon de celui qui a déjà été décrit à propos de l'atrésie du vagin ou de l'orifice externe.

Tumeurs du col utérin. — J'ai rencontré de petits *kystes* de la région cervicale, pas plus volumineux qu'un gros pois et contenant un liquide glaireux. Leur paroi extérieure est toujours fort mince et ils disparaissent souvent par rupture spontanée. J'ai eu l'occasion d'en examiner un en place, sur l'utérus d'une vierge, et j'ai constaté qu'il consistait en une dilatation sacciforme d'un follicule muqueux et qu'il était rempli de mucus épaissi. Ils n'ont d'ailleurs aucune importance clinique.

Les petits *polypes muqueux* sont assez fréquents sur le col, ils sont généralement d'une coloration rouge foncée, très vasculaires, ils n'atteignent jamais un volume bien considérable et ils ne donnent lieu à aucun symptôme spécial; leur découverte est le plus souvent tout à fait accidentelle. Il sont très

friables, et ils ne semblent avoir aucune tendance à la récurrence, une fois extirpés. Autant que j'ai pu m'en rendre compte, ils consistent en un fragment de la muqueuse, qui a subi une hypertrophie avec augmentation de sa vascularité. Ils diffèrent totalement des *polypes fibreux* que nous décrirons plus tard.

J'ai déjà attiré l'attention sur l'affection syphilitique du col utérin, de sorte que je n'ai rien de plus à en dire. J'ai en ma possession une pièce provenant d'une autopsie, qui montre que les changements survenus dans ces cas consistent principalement en une modification épithéliale; les follicules muqueux sont dilatés et remplis de grandes cellules rondes, remplaçant leur épithélium ordinaire cylindrique; toute la couche muqueuse est fortement épaissie et la profondeur des follicules est augmentée. On observe d'ailleurs les mêmes modifications pour les affections syphilitiques de la langue. Son aspect clinique est, ainsi que je l'ai déjà dit, très semblable à celui du *cancer* et on doit prendre bien des précautions afin d'éviter une grave erreur.

CANCER UTÉRIN

Nous pouvons très bien traiter ici cette importante question, car, dans la majorité des cas, cette affection débute par l'orifice externe et par la région cervicale. Elle constitue certainement une des maladies les plus douloureuses qui puisse atteindre la femme, et c'est de toutes la plus terrible, car nous ne pouvons obtenir une guérison complète, et tous nos moyens palliatifs sont insuffisants. Ainsi que tous les autres spécialistes, j'ai eu souvent à lutter contre cette affection et j'ai l'impression qu'elle devient *de plus en plus fréquente*.

J'ai consacré beaucoup de temps et de travail à des recherches pathologiques sur le cancer utérin et je suis arrivé

à une conclusion analogue à celle de *Waldeyer*, à savoir que tous les cas ont une origine épithéliale.

Variétés. — Le cancer utérin peut toujours être rangé sous deux classifications ; la première comprenant les cas où la prolifération épithéliale se fait à l'extérieur et prend une forme *villose* ; la seconde, de beaucoup la plus commune, où les follicules sont les premiers intéressés, les modifications cellulaires s'étendant de ceux-ci dans l'intérieur des tissus.

La première de ces deux variétés est *très rare*, elle est généralement connue sous le nom « *d'excroissance en chou-fleur* », terme qui est assez avantageux pour donner idée de la tumeur, mais qui a le tort de laisser croire que cette affection n'intéresse jamais le corps de l'utérus. Je ne suppose pas qu'aucun praticien ait eu l'occasion de voir un grand nombre de fois cette variété, au moins je ne le trouve spécifié dans aucun traité. Dans ma pratique elle a été très rare, car sur plusieurs centaines de cas de cancer utérin, je n'en ai rencontré qu'une vingtaine d'exemples. Dans un de ceux-ci la tumeur avait comme point de départ non pas le col, mais le fond de l'utérus ; je l'enlevais de temps à autre et cela dura pendant trois ans, mais la malade mourut d'épuisement. L'utérus n'avait contracté aucune adhérence et aucun autre organe n'était intéressé. Dans un autre cas, j'attaquai la tumeur par le vagin et finalement j'enlevai tout l'utérus, car la lésion, partie d'un point très limité du fond de l'organe, l'avait progressivement envahi. Mais une récidive enleva plus tard la malade.

Cette variété me semble être analogue au *cancer villosus* que l'on rencontre dans la vessie et sur l'intestin, elle devrait porter la même dénomination. Elle se développe aux dépens des villosités de la muqueuse utérine et le plus fréquemment de la région cervicale, mais elle ne montre pas grande tendance à envahir les surfaces muqueuses avoisinantes. En effet j'ai vu une tumeur aussi volumineuse qu'une tête d'en-

fant, qui remplissait tout le vagin et venait faire saillie à la vulve ; après son extirpation complète nous trouvâmes que la muqueuse vaginale était absolument saine et que la lésion restait nettement limitée à la surface villose du col.

Cette affection n'est pas toujours de *nature maligne*, car *Simpson* a décrit un cas dans lequel, 18 ans après l'extirpation, il n'était pas survenu de récidive.

Je soigne actuellement une jeune fille, âgée de 20 ans, chez laquelle existe une tumeur molle, se développant dans le col et apparaissant à l'orifice externe, et qui récidive toujours quelque temps après son extirpation. Elle ne cause pas grands désagréments à la malade, mais, d'après son aspect extérieur et sa structure histologique, elle ressemble beaucoup à cette variété de cancer en chou-fleur. Elle pourra certainement devenir maligne. Mais tous nos efforts pour arriver à une définition exacte de la *malignité* d'une tumeur ont toujours échoué et dans un grand nombre de cas nous en sommes encore réduits aux idées pathologiques de *Syme*, qui avait l'habitude de nous enseigner qu'il regardait toute lésion qu'il ne pouvait guérir comme étant de nature maligne.

Les cancers villoïdes de l'utérus sont presque toujours de mauvaise nature, c'est-à-dire qu'ils récidiveront après l'extirpation et que l'on ne pourra obtenir leur guérison.

En octobre 1878, j'extirpai à l'*Hôpital gynécologique* un polype du volume d'un gros poing, qui était situé dans la cavité vaginale et qui s'insérait par un pédicule bien marqué juste dans la cavité cervicale. Tous les symptômes particuliers à ce genre de tumeur dataient de 5 ans. L'aspect macroscopique de la grosseur était absolument celui d'un *fibromyome*. Mais en l'incisant, sa consistance et sa structure me semblèrent bien différentes. A l'examen microscopique je la trouvai exclusivement composée de cellules épithéliales, et elles formaient par places une sorte de réseau, comme dans le cancroïde de la peau. En me basant sur ces constatations

j'annonçais la récurrence de la lésion et en effet six mois plus tard mon pronostic s'était confirmé. Mais d'autre part j'ai observé des tumeurs qui présentaient les mêmes formes à l'examen microscopique et qui ne donnèrent lieu à aucune récurrence; après des années de travail au microscope et une vaste expérience clinique, je suis arrivé à la conclusion que le microscope ne nous donne aucun renseignement, quant au pronostic des tumeurs pelviennes, abdominales et des mamelles.

Quant à la seconde variété du cancer utérin, celle où la prolifération épithéliale part des *follicules* et s'étend dans toutes les directions, le pronostic est encore plus défavorable, car il n'y a pas de guérison possible. Je l'ai extirpé par tous les procédés dans un grand nombre de cas et je n'ai jamais obtenu de guérison. Même dans le cas remarquable de *Mundé*, où l'efficacité de l'opération fut aidée par la gangrène de tout l'utérus, l'affection récidiva dans la cicatrice. Je désapprouve absolument les tendances qu'ont aujourd'hui beaucoup de chirurgiens à extirper tout l'organe dans les cas de cancer utérin, et cela pour les raisons suivantes: le taux de la mortalité restera toujours très élevé; dans les quelques cas où il n'y a pas eu de récurrence, il s'agissait certainement *d'erreurs de diagnostic*.

Les opérations pour des affections dont la récurrence est à peu près certaine ne doivent pas prendre rang dans la bonne chirurgie; il faut en effet tenir compte de l'état d'esprit du public; cette manière de procéder a pour effet de le rendre hésitant quand il s'agit d'affections dont l'opération sera certainement suivie de résultats secondaires excellents. Comme je tiens avant tout à ce que mon travail soit utile et durable, je me suis de tout temps opposé à cette extirpation de l'utérus pour le cancer et mon premier jugement a été confirmé par les résultats obtenus.

Étiologie. — L'étiologie de cette terrible affection sont

obscurés et tout ce que nous en savons, c'est que l'*hérédité* y joue un rôle important. Le cancer utérin survient dans la jeunesse et dans la vieillesse, car je l'ai observé à l'âge de 22 et de 75 ans: chez les célibataires et chez les femmes mariées, chez les femmes stériles et chez celles qui ont eu un grand nombre d'enfants, mais il semble apparaître *de préférence* pendant les années qui précèdent la ménopause.

Cette question de la pathologie du cancer en général et du cancer utérin en particulier ne pourrait être discutée ici sans étendre inutilement ce volume. Les *caractères histologiques* distinctifs du cancer sont la prolifération cellulaire, la présence de nombreux noyaux, libres ou enfermés dans les cellules, noyaux qui suggèrent l'idée que les cellules n'ont pas eu le temps de devenir adultes.

Je n'admets pas le *squirrhe primitif de l'utérus*; c'est-à-dire une forme de cancer où le point de départ de l'affection ne se trouve pas dans le revêtement épithélial. Le corps utérin peut être transformé en une masse dure, et subir lui-même des modifications qui à l'œil nu et au microscope présentent tous les caractères du squirrhe, cela est parfaitement vrai; mais après avoir observé un grand nombre de cas, je n'hésite pas à me rallier à l'opinion que toutes ces formes sont *d'origine épithéliale*, et que les modifications observées sont secondaires, comme pour la langue.

De temps à autre surgit une nouvelle nomenclature; on propose des noms nouveaux pour les tumeurs et pour les formes cancéreuses en particulier, et leurs inventeurs croient volontiers qu'ils ont trouvé des vérités neuves et de nouvelles conclusions. Mais ceci n'est pas encore démontré. Les nouvelles dénominations produisent la confusion, inquiètent les vieux, et font croire aux jeunes qu'ils connaissent des affections ignorées de leurs anciens, ce qui n'est pas ici le cas.

Marche. — La marche de l'affection cancéreuse est très variable avec chaque malade, et cela sans aucune raison ap-

parente; même dans des cas où le début a été identique, la terminaison peut être très différente. Ainsi j'ai eu à soigner deux malades, dont j'ai suivi l'une pendant *près de quatre ans*, chez laquelle l'ulcération profonde à bords élevés et indurés, que j'avais déjà constatée lors de ma première visite, s'était très peu étendue pendant tout ce temps. Par contre chez ma seconde malade, dont l'ulcération était moins étendue au début, quoique d'aspect tout à fait analogue, elle avait abouti après six semaines à la perforation de la vessie et du rectum et un mois plus tard à la mort de la malade, âgée seulement de vingt-sept ans.

Dans certains cas l'affection progresse par *destruction* des tissus; dans d'autres par contre elle procède par *formation* de tumeurs et par *propagation aux organes voisins*. C'est dans la première de ces deux variétés que doit prendre place la forme décrite par *Clark* sous le nom d'*ulcère rongeur*, mais il ne diffère ni au point de vue clinique, ni au point de vue pathologique de la seconde forme; sa durée seule est différente. Parfois la lésion a le fond de l'utérus comme point de départ et elle reste localisée à cette région, sans jamais intéresser la région cervicale. Un cas fort intéressant de cette espèce me fut envoyé par le D^r *Evans*, de Sutton Coldfield; le premier symptôme, qui permit de poser un diagnostic certain, fut le passage de l'urine à travers le col utérin.

Symptômes. — Les symptômes du cancer utérin sont très variables et ils dépendent en grande partie de la marche de l'affection. Ainsi pour la variété *villose* le symptôme principal est la persistance d'un écoulement aqueux et fétide, accompagné à intervalles irréguliers d'hémorragies plus ou moins abondantes, survenant tout spécialement après le coït ou après quelque effort ou quelque exercice violent. Il n'existe parfois que peu de *douleurs*, surtout au début, et la cachexie peut ne survenir que fort tard. L'écoulement aqueux, parfois teinté de sang, les hémorragies répétées, sont des symptômes pres-

que constants de toutes les variétés de cancer utérin et les pertes sanguines deviennent souvent continues et extrêmement abondantes. Lorsque chez une femme, qui a atteint la ménopause depuis plusieurs années, il survient des métrorragies irrégulières ou périodiques, elles doivent toujours être considérées comme l'indication de quelque affection maligne. Je n'ai jamais vu d'exception à cette règle, quoique j'aie eu souvent à attendre pendant des mois, même dans un cas pendant près de trois ans, avant d'avoir la confirmation absolue de ma supposition. L'écoulement cancéreux a généralement une *odeur toute spéciale*, de sorte qu'un praticien exercé pourra le plus souvent faire le diagnostic avant d'avoir posé une seule question à la malade.

Les malades qui appartiennent à la clientèle hospitalière sont si habituées aux pertes sanguines, qu'il n'est pas rare qu'elles ne se présentent à nous qu'à la période la plus avancée de l'affection, sans se douter que la cause de leurs métrorragies est plus sérieuse qu'un simple accident ou la conséquence d'une vulgaire fausse couche.

Traitement des douleurs. — A une certaine période, les douleurs deviennent persistantes, très aiguës, et le traitement consistera surtout à *calmer les souffrances* de ces pauvres malades.

Le seul médicament recommandable dans ce but est l'*opium*; la jusquiame, la belladone et la ciguë peuvent être absolument abandonnées dans ces cas de cancer, le chloral est principalement un hypnotique et non un sédatif, enfin la cocaïne est dangereuse dès qu'il s'agit d'un usage continu.

L'emploi de l'opium réclame quelque attention, si l'on veut en retirer tout le bénéfice désirable. Si la malade est renseignée sur son état et si elle sait ce qui l'attend, on doit lui donner une explication détaillée sur l'usage qu'elle doit en faire. Mais si, pour une raison ou pour une autre, on préfère tenir la malade dans l'ignorance de la gravité de son état, les

prescriptions devront être faites en conséquence. D'ailleurs je ne puis que protester contre la coutume encore trop fréquente de cacher leur état aux malades atteintes de cancer; lorsque mon diagnostic est absolument ferme, je le cache aussi peu à la malade qu'à sa famille.

Afin d'obtenir tout l'effet désirable du traitement opiacé, on doit le prescrire au début sous la forme de teinture ordinaire, à prendre à raison de 30 à 50 gouttes au moment du coucher. Les douleurs des cancéreuses, au moins à une période peu avancée, sont toujours plus violentes pendant la nuit et l'état général des malades sera grandement soutenu par un bon et long sommeil. On doit exiger qu'elles s'en tiennent aussi longtemps que possible à cette seule dose du soir, qu'elles n'en prennent pas pendant la journée, car, dès qu'elles absorbent même de petites doses dans la journée, l'efficacité de l'opium diminue.

Lorsque des doses de 120 à 150 gouttes deviennent nécessaires pour obtenir un bon sommeil, il sera utile de changer la méthode d'administration et de prescrire chaque soir un suppositoire de beurre de cacao et de morphine (de 0,03 à 0,06). Plus tard, à la période la plus avancée de la maladie, on devra en arriver à l'emploi des injections hypodermiques, mais on devra les retarder aussi longtemps que possible, car avec ce mode d'administration de la morphine les doses doivent être augmentées trop rapidement. Enfin il pourra devenir nécessaire de soumettre la malade à l'emploi du chloral ou même du chloroforme. On peut très bien apprendre aux malades intelligentes à se servir de l'appareil à anesthésie du Dr Combie, qui donne toute sécurité, mais il sera toujours mieux que l'emploi des anesthésiques soit surveillé par un praticien expérimenté.

Traitement des hémorrhagies. — Quant aux hémorrhagies, elles pourront être combattues par des injections de vinaigre, ou d'une solution de 10 0/0 de sulfate de fer, ou par un pes-

saire contenant 0,3 à 0,5 de perchlorure de fer; le tamponnement vaginal est une méthode barbare et peu scientifique et il ne devrait jamais être employé. Néanmoins les métrorrhagies peuvent devenir si abondantes et si fréquentes, que les moyens ordinaires ne peuvent plus les arrêter et qu'il devient nécessaire de procéder à quelque intervention chirurgicale. A cet effet l'application du *fer rouge* constitue la méthode la plus simple, mais aussi celle qui donne les résultats les moins satisfaisants. L'objection principale à son emploi est que l'hémorrhagie se reproduit dès que l'eschare, due à la cautérisation, vient à se détacher. J'ai trouvé qu'une méthode, bien préférable pour arrêter les hémorrhagies pendant quelque temps est l'*ablation*, au moyen de la *curette de Simon*, de toutes les fongosités jusqu'à ce que l'on arrive sur du tissu absolument sain. Je crois que ce traitement palliatif est le seul qui soit indiqué dans ces cas de cancers utérins avancés, excepté pour la variété vilieuse, qui devra être extirpée.

Traitement chirurgical. — Lorsque nous trouvons sur le col une petite ulcération suspecte, ayant une marche très lente, nous devons toujours en faire l'*ablation complète*, car nous pourrions rencontrer un cas où il ne se produira pas de récurrence, quoique nous ayons fort peu de chances pour cette heureuse issue dès qu'il s'agit d'une affection cancéreuse. Tous les traitements qui ont été recommandés par leurs inventeurs comme aboutissant à une guérison *radicale*, sont jusqu'à présent illusoire et beaucoup d'entre eux ne procèdent que du charlatanisme.

La période ultime est souvent terriblement prolongée et il m'est bien souvent arrivé de regretter ne pouvoir faciliter aux patientes la terminaison qu'elles appellent de leurs vœux. La mort survient par *épuisement*, dû aux pertes continuelles et aux hémorrhagies, et aux troubles fonctionnels causés par la maladie et par les hypnotiques, puis enfin par

l'empoisonnement long et continu, occasionné par le cancer. On a donné le nom de *cachexie maligne* à l'aspect jaunâtre, amaigri et ridé de ces malades, arrivées à la dernière période du cancer, mais ce changement n'est pas constant et il peut survenir dans d'autres maladies, de sorte que dans les cas douteux il n'a pas une bien grande importance pour le diagnostic.

G. — MALADIES DE L'UTÉRUS.

Métrites aiguës. — La métrite aiguë d'origine *blennorrhagique* est très rare; car, même lorsque l'affection se propage à travers les trompes jusqu'aux ovaires, le corps utérin ne semble pas en être affecté au delà de son revêtement épithélial. Une forme d'origine *traumatique* semble être parfois consécutive à des opérations sur l'utérus, mais, comme elle se présente avec les mêmes symptômes que celle d'origine infectieuse, il devient impossible de les distinguer l'une de l'autre.

La métrite *post-puerpérale* n'est que trop fréquente et trop souvent mortelle; elle peut survenir après une fausse couche ou après un accouchement.

J'ai vu survenir des métrites aiguës après l'introduction d'un laminaria ou d'une éponge, après une simple dissection du col ou après l'ablation d'un polype, ou après d'autres opérations sans importance. En effet, on ne saurait jamais prendre trop de précautions contre l'infection, car les femmes, particulièrement pendant l'état puerpéral, y sont éminemment sujettes. Aussi je regarde comme absolument inexcusables les praticiens qui, travaillant à la salle de dissection ou à des recherches pathologiques, donnent des soins à des accouchées en pratiquant n'importe quelle opération chirurgicale; je trouve de plus que des chirurgiens engagés dans la pratique chirurgicale générale, ayant constamment à faire avec

des surfaces en suppuration, ne doivent pas entreprendre d'opérations sur l'utérus. Nous ne connaissons pas la nature de la contagion que nous communiquons, mais nous ne pouvons pas nous méprendre plus longtemps sur le fait même que les mains du chirurgien ou les instruments ne sont que trop souvent le véhicule de cette infection. Dans les cas d'infection aiguë *post-puerpérale* la source de la contagion a été démontrée sans aucun doute, de sorte que, dans tous les cas où elle est en cause, la responsabilité de l'accoucheur est actuellement reconnue par la loi.

La *métrite septique* débute généralement par un *frisson*, quoiqu'il puisse aussi faire défaut; les premiers symptômes sont des nausées, un pouls rapide et une température élevée. L'abdomen est distendu dès le début, et à l'examen du vagin on trouvera que l'utérus est de consistance molle, très sensible et qu'il s'écoule du col un liquide fétide. L'haleine prend bientôt cette odeur de foin, particulière à la pyohémie, les vomissements deviennent continuels, bilieux au début, plus tard même sanguins et la mort peut survenir en quelques heures. Dans d'autres cas les symptômes ne deviennent pas aussi inquiétants, ou s'amendent après quelques jours et la malade guérit lentement. J'ai essayé toute espèce de traitement pour lutter contre cet accident, et je puis dire que je n'ai reconnu l'avantage d'aucun médicament sauf peut-être des purgatifs, et encore actuellement j'évite l'emploi des opiacés, sauf dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. En somme je traite tous ces cas comme ceux de *péritonite traumatique*, traitement que je décrirai dans un prochain chapitre.

Ces dernières années il est devenu de mode d'abuser du mot « *septique* » en l'attribuant à toute espèce d'inflammation. Ceci provient de l'erreur si répandue de vouloir faire de chaque nouvelle découverte toutes sortes d'applications possibles ou impossibles. Dès que les travaux de *Semmelweis* (1851) furent connus à Londres (1878), presque tous les chi-