

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Leser - Trélat (signe de)**

**DENUCE, M. - Un symptome de
malignité (signe des noevi de Trélat)
applicable aux tumeurs profondes de
l'abdomen et du bassin**

*In : Revue des maladies cancéreuses (Paris), 1899,
t. 5, 4e fasc., pp. 146-56*

- SIMON G. — Monatsch. z. gebustsk. 1895. XIII. 68.
SOEMMERNIG. — De morbis vasorum absorb. P. 403.
SOUDAKEWICH. — Annales de l'Institut Pasteur. 1892. N° 3.
THIERSCH. — Der épith. krebs. Leipzig. 1865.
TROISSIER. — Bull. de la Soc. méd. des hôp. 1886.
VERNEUIL. — De l'adénome sudoripare. Arch. de méd. 1859.
VIRCHOW. — Virch. arch. XXXII, 345. Gesammelte abhandlungen.
WALDEYER. — Die Entwicklung des carcinoms. Virch. Arch. T. 55, 1872.
— Virch. Arch. XXXII, 543.
WESTHOFF. — Microscop onderzockingen over de ontardum van aderen en zemuven in kanker. Utrecht, 1860.
WEBER O. — Virch. Arch. Bd XXXV. 1866.
ZEHNDER. — Uber Krebs-Entwicklung in Lymphdrüsen, Virch. Arch. 119.
ZIEGLER. — Handf. der path. Anatomie, 7, Auflage

UN SYMPTOME DE MALIGNITÉ

(SIGNE DES NŒVI DE TRÉLAT)

APPLICABLE AUX TUMEURS PROFONDES DE L'ABDOMEN ET DU BASSIN

par le Docteur M. DENUGÉ

Agrégé, chargé du cours de pathologie externe à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

En 1884, alors que j'étais son interne, le professeur Trélat insistait souvent, dans ses leçons cliniques, sur un signe de malignité, auquel il attribuait, pour les tumeurs du sein, une réelle importance. Ce signe consistait dans l'apparition, sur la peau de la mamelle et des parties voisines, de petits *nœvi*, généralement multiples, plus ou moins nombreux, de dimensions très restreintes, ne dépassant guère le volume d'une tête d'épingle, de forme arrondie, bien limitée, et offrant une couleur rouge nettement accentuée. Les *nœvi* de cet ordre sont assez fréquents. La plupart sont d'origine congénitale. Quelques-uns, beaucoup plus rares,

peuvent apparaître à tout âge, surtout dans la vieillesse, sans qu'aucune tumeur, maligne ou non, soit en jeu. Mais dans ce dernier cas, ils sont presque toujours uniques, et si l'on en voit apparaître plusieurs, ils sont généralement dispersés sur une étendue plus ou moins considérable du revêtement cutané. Leur importance séméiologique, au point de vue du diagnostic des tumeurs malignes, repose donc sur leur apparition multiple, sinon simultanée, tout au moins, se faisant dans un espace de temps assez restreint, et dans une région limitée au niveau et tout autour de la tumeur.

Ce signe de malignité a été signalé par un ancien élève de Trélat, Barette, dans le « Concours médical (1885, nos 25-26), au cours d'une revue sur le diagnostic des tumeurs du sein. « L'examen attentif de la peau de la mamelle et du thorax montre souvent l'existence d'un certain nombre de petites taches d'un rouge vif ayant l'aspect de tout petits *angiomes*; nous avons remarqué que chez les cancéreuses on les observait d'une façon constante ou presque constante. On a objecté à un auteur qui avait aussi noté ce signe que ces taches vasculaires sont plutôt un signe de sénilité; nous voulons bien l'admettre en partie, mais, dans nombre de cas, nous avons reconnu qu'elles s'étaient montrées en même temps que la tumeur, et nous les avons observées sur des femmes relativement jeunes, 42, 48, 50 ans, atteintes de cancer à marche rapide. Ces jours derniers encore, sur trois malades atteintes, deux de cancer et une de sarcome kystique, les *noevi* ne se montraient que sur les cancéreuses. »

Je ne sais quel est l'auteur auquel Barette fait allusion comme ayant noté ce signe. Mais ni les Traités de chirurgie français ou étrangers que j'ai pu consulter, ni les Manuels de diagnostic chirurgical (Duplay, Rochard et Demoulin, Pearce Gould, Rosswell Park, etc.), ni l'ouvrage de Monod et Jayle sur le cancer du sein (collection Charcot-Debove) n'en font mention.

Chargé de 1887 à 1893 d'un cours de séméiologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux, j'ai fréquemment insisté sur la valeur de ce signe dans les tumeurs de la mamelle en le désignant sous le nom de signe de Trélat. J'en ai recueilli 43 observations. Voulant appuyer surtout sur la valeur de ce symptôme dans les tumeurs abdominales profondes, je ne rapporterai pas ces observations ici. Il me suffira de résumer brièvement les conclusions auxquelles elles permettent d'arriver dans le diagnostic des néoplasmes mammaires.

Tout d'abord, et dans les conditions indiquées au début de ce travail, l'apparition plus ou moins simultanée de petits angiomes multiples au voisinage d'une tumeur du sein est bien un signe de malignité. La sénilité seule n'entraîne jamais la même multiplicité et une localisation aussi restreinte. En voici un exemple :

OBSERVATION. — Madame X..., aujourd'hui âgée de 89 ans, jouit d'une constitution robuste, et malgré son grand âge, d'une excellente santé. Sa mère et sa grand'mère maternelle étant mortes de cancer du sein, la première à 62 ans, la seconde à 64, Madame X... vit avec la crainte perpétuelle de voir survenir chez elle la même affection, et ne laisse guère plus de six mois s'écouler sans faire examiner sa poitrine. En janvier 1890, je constate la présence sur le sein gauche, un peu au-dessus et en dedans du mamelon, d'un nœvus gros comme une tête d'épingle, rond, bien limité et de couleur rouge. Je suis certain que ce petit angiome n'a pu échapper à mon attention dans les derniers examens qu'il m'a été donné de pratiquer, et que son apparition date tout au plus de quelques mois. Le sujet, interrogé, confirme le fait : elle n'a jamais vu autrefois cette petite tache rouge, et m'en signale une qu'elle porte depuis son enfance dans la région sous-claviculaire droite. Celle-ci est d'ailleurs plus volumineuse, de coloration plus brunâtre : elle est plus saillante, d'aspect papillaire, et pigmenté. J'explore le sein gauche avec grand soin et ne trouve aucune tumeur. Je revois cette personne à diverses reprises, sans rien constater de nouveau et, l'ayant perdue de vue quelque temps, au mois de novembre 1894, à un nouvel examen, je retrouve un nœvus semblable au premier, d'apparition toute récente, mais cette fois sur le flanc droit, au niveau du rebord costal, à peu près vers l'extrémité de la neuvième côte. En février 1895, j'en trouve un troisième sur l'épaule droite, au-dessus de l'épine de l'omoplate, et, en novembre 1897, un quatrième un peu au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche. Ces divers nœvi se sont un peu développés après leur apparition, mais très lentement, et leur dimension n'excède pas la moitié d'un pois. A aucun moment, dans les seins ni ailleurs, je n'ai trouvé de tumeur.

Cette observation de nœvi séniles est absolument typique. Je l'ai résumée ici à cause de l'apparition du premier nœvus dans la région mammaire. Mais celui-ci est demeuré seul plus de quatre ans, et, quand d'autres nœvi ont apparus, ils se sont montrés à de longs intervalles et sur des points irrégulièrement disposés, éloignés

les uns des autres et dispersés sur toute l'étendue du revêtement cutané thoracique et abdominal.

Au contraire, dans les tumeurs du sein, les nævi symptomatiques n'apparaissent qu'après la tumeur et se multiplient assez rapidement dans son voisinage. Le diagnostic entre les angiomes séniles et les nævi symptomatiques est donc facile dans la généralité des cas.

En second lieu, l'apparition de ces nævi est un signe de malignité, mais de malignité dans son sens le plus large. Elle indique une tumeur de mauvaise nature, à *marche rapide*, susceptible d'envahir sans retard les parties voisines et de se généraliser, ou tout au moins d'infecter les ganglions à brève échéance. Les formes où on la voit le plus nettement sont le carcinome encéphaloïde à marche rapide et le sarcome encéphaloïde. On la voit moins dans les formes squirrheuses, et pas du tout dans le sarcome fibroplastique. Ce signe ne peut donc servir à distinguer un carcinome d'un sarcome, comme le croit Barette. Conformément à l'assertion de Trélat, c'est un symptôme de malignité. On ne peut l'invoquer pour distinguer si une tumeur est du type épithélial ou vasculo-conjonctif. Mais il permet d'éliminer sans hésitation toute idée de tumeur bénigne et d'affirmer la forme maligne de la tumeur, qu'elle soit épithéliomateuse ou sarcomateuse.

Sur les 43 observations mentionnées plus haut et où j'ai relevé ce signe, toujours il s'agissait de tumeurs du sein chez la femme. Trois cas examinés à la consultation soit de l'hôpital Saint-André, soit de l'hôpital protestant de Bordeaux, n'ont pas été revus, et les autres symptômes de la tumeur, quoique permettant de faire le diagnostic probable de carcinome, n'entraînaient pas une conviction absolue. 19, au contraire, quoique n'ayant pu être suivis davantage, présentaient un ensemble symptomatique ne pouvant laisser aucun doute. 4 que j'ai pu suivre étaient inopérables et ont succombé après un temps variable. Sur ces quatre cas, l'autopsie faite deux fois, a révélé l'existence d'un carcinome encéphaloïde avec généralisation. Pour les 17 autres, l'opération a eu lieu et l'examen histologique, pratiqué sur toutes les tumeurs, a donné les résultats suivants :

Squirrhe, 7 cas (dont 6 ordinaires, rameux, et 1 atrophique).

Carcinome encéphaloïde, 9 cas.

Sarcome encéphaloïde, 1 cas.

Dans deux cas de sarcome fasciculé, à marche relativement lente, que j'ai opérés, le signe manquait.

On peut donc admettre que le signe de Trélat, s'il n'est pas constant, n'en constitue pas moins, lorsqu'il existe un signe pré-cieux de malignité dans le diagnostic des tumeurs du sein. Nous allons voir que ce signe peut être utile dans des régions autres que la région mammaire.

II

Tout d'abord, ce signe peut se montrer dans les épithéliomas soit cutanés, soit glandulaires plus ou moins superficiels. En voici deux observations résumées :

OBSERVATION. — Madame X..., 45 ans, est atteinte d'une tumeur de la grande lèvre gauche. Cette tumeur, dont le début remonte seulement à quatre ou cinq mois, a les dimensions d'une petite noisette. Elle est ronde, mais sa délimitation n'est pas très nette ; il y a déjà un ganglion pris dans la région inguinale gauche, gros comme un pois, roulant sous les téguments, et très dur. Sur la partie supéro-interne de la cuisse, je découvre trois nævi absolument semblables à ceux qui ont été décrits ci-dessus, et deux autres sur le mont de Vénus, près de sa limite inférieure, à gauche. Ces derniers sont très faciles à reconnaître parmi les poils très clairsemés du pénis. La tumeur et le ganglion sont enlevés ; l'examen histologique montre un épithéliome pavimenteux lobulé. La récurrence a eu lieu au bout de six mois, *in situ*. La malade a refusé toute nouvelle intervention, et a succombé au bout de dix-huit mois.

OBSERVATION. — Monsieur X..., de Parempyre (Gironde), a été opéré, en novembre 1885, par mon père, le professeur Denucé, d'un épithéliome de la parotide. Cette tumeur ayant récidivé, le malade vient me consulter en décembre 1886. La région parotidienne, qui présente une cicatrice très étendue, trace de la première opération, est occupée par une tumeur assez dure, de forme un peu irrégulière, avec des prolongements en avant et en arrière assez peu étendus en apparence. Le côté correspondant de la face est paralysé. Pas de ganglions perceptibles. Pas de douleurs. Sur la peau de la joue, de la région temporale, et sur la partie du cou avoisinant la région parotidienne existent cinq nævi, que le malade dit d'apparition récente : trois se sont montrés en même temps que la première tumeur, avant l'opération ; deux plus récents se sont développés

à mesure que la cicatrice perdait sa souplesse, et que la tumeur réapparissait. Ces nœvi n'avaient pas attiré l'attention de ceux qui avaient assisté à la première opération. J'ai dû me contenter des dires du malade : les trois taches les plus anciennes, selon lui, avaient augmenté de volume à mesure qu'apparaissaient les nouvelles. J'ai extirpé la tumeur récidivée. Malheureusement, l'examen histologique n'a pas été pratiqué. La tumeur a récidivé une deuxième fois au bout de deux ans, mais le malade ne m'ayant pas consulté, je ne sais ce qui s'est passé.

Voilà donc deux tumeurs superficielles, l'une cutanée, l'autre développée dans une glande sous-cutanée, ou dans le tissu cicatriciel sous-cutané, toutes deux des épithéliomes à marche maligne qui ont donné lieu au signe de Trélat. Je l'ai observé encore dans un sarcome périostique à marche très rapide de l'humérus.

OBSERVATION. — Jean X..., âgé de 28 ans, en juillet 1892, tombe, du haut d'une charrette, sur l'épaule droite, et se contusionne fortement l'extrémité supérieure de l'humérus. Il ne semble pas qu'il y ait eu de fracture ; mais l'épaule, ou plutôt l'extrémité supérieure de l'humérus est demeurée douloureuse, et il y a eu de l'impotence persistante du membre, probablement par atrophie du deltoïde. En septembre, X... vient me consulter à l'hôpital St-André, où je supplée le professeur Demons. Je trouve l'extrémité supérieure de l'humérus augmentée de volume et *pulsatile*, et diagnostique un ostéo-sarcome télangiectasique. En même temps existaient au niveau de l'empreinte deltoïdienne, sur la partie antérieure de l'épaule, et sur la paroi antérieure de l'aisselle, juste au-dessus du bord inférieur du grand pectoral, trois nœvi, que le malade déclare de formation toute récente.

Désarticulation du bras. A l'examen anatomique, gros sarcome périostique télangiectasique globo-cellulaire avec quelques myéloplaxes. Le malade est rentré chez lui : la tumeur a repullulé dans la cicatrice, s'est ulcérée et j'ai su que le malade était mort d'hémorragie.

Ici, le signe de Trélat accompagnait un néoplasme profond, un ostéo-sarcome de forme essentiellement maligne ; en réalité, la connaissance de ce signe, pas plus que dans la plupart des observations précédentes, n'était nécessaire pour arriver au diagnostic exact. Au contraire, pour les tumeurs abdominales profondes, et notamment les tumeurs ovariennes dont nous avons encore à parler, c'est ce signe seul qui permettra, dans certains cas, de

diagnostiquer la nature maligne du néoplasme, et par conséquent de porter un pronostic exact.

III

C'est par hasard que, la première fois, j'ai eu l'idée d'appliquer le signe de Trélat au diagnostic des tumeurs ovariennes. En 1893, j'étais entré un matin dans l'amphithéâtre où le professeur Demons opérait. Ses aides apprêtaient une femme à qui il allait enlever un kyste de l'ovaire. En regardant cette femme dont l'abdomen était déformé par la tumeur, je fus étonné de voir la peau de toute la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure parsemée de petits nævi semblables à ceux déjà décrits. Il y en avait au moins huit ou dix. La malade était déjà chloroformée. Bien que le diagnostic porté fût simplement « kyste de l'ovaire » j'annonçai sans autre examen, que la tumeur serait un néoplasme malin de l'ovaire ; dès que la paroi abdominale eut été incisée, mes prévisions se trouvèrent confirmées. Le péritoine contenait une certaine quantité de liquide ascitique. La tumeur avait contracté avec la paroi de nombreuses adhérences. Elle était constituée par des kystes nombreux avec des masses solides assez considérables, charnues, molles. L'examen anatomique montra qu'il s'agissait d'un cysto-sarcome. La malade ayant succombé, je n'ai pu avoir de renseignements plus précis.

J'ai eu l'occasion d'examiner d'une façon plus complète et détaillée, un deuxième cas de tumeur ovarienne. En voici l'observation :

OBSERVATION. — Madame X..., âgée de 35 ans, mère d'un fils de 16 ans, n'ayant jamais eu d'autre grossesse, toujours bien réglée, jouissant d'ailleurs d'une bonne constitution et d'une excellente santé, sans antécédents, ni héréditaires, ni personnels à noter, vient me consulter en novembre 1896. Elle n'accuse que des troubles assez vagues, de la constipation opiniâtre, quelques troubles dyspeptiques, anorexie, digestions pénibles, etc. Elle urine assez fréquemment. Enfin elle dit avoir beaucoup maigri, surtout de la face et des membres. Ses yeux sont excavés et ses traits tirés. Par contre le volume de son abdomen a un peu augmenté. Sa taille qui, précédemment, il y a quelques mois, mesurait 53 centimètres, en mesure aujourd'hui 63 environ. Elle a dû changer

de corset et faire élargir ses vêtements. En outre, le soir, elle a un peu de gonflement œdémateux au niveau des malléoles.

J'examine son abdomen et constate l'existence d'une tumeur s'élevant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Globuleuse, à peu près régulière, non bosselée, cette tumeur est médiane, et occupe toute la partie inférieure de l'abdomen. Résistante à la palpation, elle donne dans tous les sens une sensation très nette de fluctuation ; à la percussion on trouve une zone de matité dont la limite supérieure convexe, régulièrement arrondie, passe à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic et se continue par une zone concentrique de submatité décroissante. Les flancs restent sonores. A l'auscultation on perçoit çà et là des frottements assez doux et peu étendus, quand on mobilise légèrement la tumeur.

Le toucher vaginal montre l'utérus élevé, mais libre. Rien de net dans les culs-de-sac. Combiné avec le palper abdominal, il fait reconnaître l'indépendance de l'utérus.

En outre, sur la paroi abdominale soulevée, au-dessous de l'ombilic, irrégulièrement disséminés, existaient cinq nœvi que la malade déclara formellement de formation toute récente. Jé diagnostiquai une tumeur kystique de l'ovaire, à laquelle la présence des nœvi me permettait de supposer une forme maligne, et, ayant montré la malade au professeur Demons qui voulut bien m'assister pour l'opération, je lui fis part de mon diagnostic, et lui rappelai quelle valeur pronostique je croyais pouvoir attribuer à ces petits angiomes.

Aussitôt la paroi abdominale incisée, il s'écoula une certaine quantité de liquide ascitique. La tumeur, de couleur gris-rosée, offrait une surface à petites bosselures, comme villeuse, et végétante, parsemée de productions papillomateuses frangées ou kystiques, grisâtres. Les cavités kystiques étaient nombreuses, et plusieurs ponctions successives ne donnèrent issue qu'à des quantités minimales de liquide, épais, filant, s'écoulant mal, et d'une coloration brun-rougeâtre plus ou moins foncée suivant les kystes. Des masses solides, assez épaisses, paraissaient interposées entre les kystes. J'agrandis l'incision et fis sortir la tumeur, après avoir libéré quelques adhérences assez lâches avec la paroi abdominale et l'intestin. Un pédicule assez épais, mais d'une longueur suffisante, allait de la corne gauche de l'utérus à une masse solide, molle, assez épaisse, qui formait la base de la tumeur. Je le sectionnai aussi près que possible de l'utérus, avec les précautions d'usage.

L'ovaire droit, volumineux, offrait à sa surface des végétations analogues à celles de la tumeur. La trompe paraissait parfaitement saine : j'enlevai l'ovaire.

Les suites de l'opération ont été assez simples, et la malade a bien guéri. Aujourd'hui, après environ 30 mois, sa santé est bonne.

L'examen anatomique a montré qu'il s'agissait d'un cysto-épithéliome proliférant, avec végétations papillaires, tant à l'extérieur du néoplasme que dans la cavité des poches kystiques. En outre, dans l'épaisseur des parois se rencontraient de nombreuses formations tubulaires et, par places, dans les parties plus épaisses du stroma, des bourgeons épithéliaux, pleins, séparés par des travées conjonctives, offrant une disposition nettement alvéolaire, et, par conséquent, l'apparence histologique du carcinome.

Bien qu'il n'y ait pas eu jusqu'ici de récurrence, la marche clinique de la tumeur, son développement rapide, l'ascite, les adhérences, les végétations papillomateuses, sa structure histologique, avec ses tubes épithéliaux et la disposition alvéolaire de son stroma, montrent bien qu'il ne s'agissait pas d'une forme banale de kyste ovarien, et si l'opération eut été retardée ou moins complète, l'issue eut été probablement tout autre.

Enfin voici un dernier cas, où, chez une malade atteinte de cancer utérin, j'ai vu les angiomes de Trélat sur la paroi abdominale. J'en résume brièvement l'observation.

OBSERVATION. — Madame X..., 32 ans, me fait appeler pour une métrorrhagie, le 23 novembre 1897. Depuis un mois elle a eu des pertes de sang abondantes et assez fréquentes. Au toucher, je trouve le col ouvert, et le doigt pénètre dans une anfractuositè irrégulière, tapissée de saillies bourgeonnantes qui remplissent tout le fond du vagin. Les culs-de-sac sont largement envahis par le néoplasme. La malade ne soupçonne pas l'existence de cette tumeur : elle est très pâle, plutôt par anémie rapide à la suite de ses hémorrhagies utérines que par suite de cachexie. Entre les métrorrhagies, elle a des pertes blanches, souvent rosées, d'une odeur fétide, repoussante. Un peu de constipation. Pas de douleurs.

Sur la paroi abdominale, parmi les poils du mont de Vénus, je trouve un nævus. Trois autres existent un peu au-dessus du pénis. Les quatre angiomes, au dire de la malade se sont formés récemment.

Le diagnostic épithéliome utérin s'impose. L'extension du mal empêche de penser à toute intervention chirurgicale complète.

Je tamponne le vagin, et quelques jours après pratique le curettage des bourgeons néoplasiques exubérants. Les hémorragies ont cessé pendant quelque temps, puis elles ont recommencé, et la malade a succombé après dix mois environ.

IV

J'ai eu l'occasion, à plusieurs reprises, de faire l'examen anatomique de ces nævi. Ils sont toujours constitués par un petit peloton vasculaire, unique, pyriforme, s'effilant vers la profondeur en une sorte de pédicule constitué par une artéiole fine et une veinule accolées. Les parois de la veinule sont en général un peu épaissies et comme artérialisées. Le peloton est formé par des capillaires enchevêtrés dont la coupe montre les sections tantôt transversales, circulaires, tantôt plus ou moins obliques et ovalaires. Le diamètre de ces capillaires varie de 20 à 50 μ . Le vaisseau peut n'être pas régulièrement cylindrique et offrir des dilatations latérales, se prolongeant parfois en diverticules plus ou moins considérables. Ces capillaires sont gorgés de globules rouges, et la présence d'assez nombreux globules blancs le long des parois montre que la circulation y est peu active. Leurs parois sont assez épaissies et d'une constitution variable : Tantôt elles sont formées presque entièrement de cellules rondes juxtaposées, d'un tissu embryonnaire que revêt directement l'endothélium : Tantôt les cellules rondes, plus ou moins nombreuses, sont comme parsemées dans une couche hyaline qui se distingue du tissu environnant. Celui-ci, vaguement fibrillaire, est un tissu conjonctif, jeune, contenant de nombreux éléments embryonnaires, et aussi parfois des cellules plus volumineuses, irrégulières, ramifiées.

Il semble donc que le nævus soit un angiome simple télangiectasique ou mieux plexiforme dû à la prolifération des capillaires constituant le bouquet vasculaire d'une papille. Les diverticules signalés plus haut paraissent indiquer que cette prolifération se fait par bourgeonnement des parois vasculaires.

J'ai voulu simplement insister ici sur la signification clinique de ces petites productions cutanées. Avec Trélat, je crois qu'on peut leur accorder, dans le diagnostic des tumeurs du sein et des tumeurs superficielles en général, une importance réelle lorsqu'elles sont multiples, de formation récente, et disséminées sur la région où la tumeur s'est développée. Mais elles peuvent aussi se montrer lorsque la tumeur est profonde, et, dans les tumeurs de l'abdomen

et surtout du bassin, elles se montrent sur la peau de l'abdomen ; leur connaissance est alors précieuse, car, pour beaucoup de ces tumeurs, nous n'avons pour ainsi dire aucun signe nous renseignant sur leur nature. L'apparition de ces *noevi* nous permettrait alors de présumer la nature maligne, épithéliomateuse ou sarcomateuse, de ces néoplasmes profonds.

TRAITEMENT DU CANCER DE L'UTÉRUS
PAR LE CARBURE DE CALCIUM (1)

par le D^r Guillaume LIVET

Le manuel opératoire, la technique de l'application du carbure de calcium est des plus simples.

On n'a pas besoin d'outillage spécial, d'aides nombreux et instruits ; il est inutile d'endormir les malades et de les exposer aux accidents toujours à redouter d'une anesthésie même bien faite.

Voici comment je procède :

Mais pour mieux me faire comprendre, divisons l'opération en trois « *moments* » : avant, pendant, après.

1^o *Avant*. — Supposons un cancer de l'utérus étendu aux parties voisines.

Je place la malade dans la position du spéculum sur un lit *ad hoc*. La vulve apparaît suintante ; les lèvres sont accolées par un liquide sanieux, roussâtre, ou par du sang qui filtre lentement le long de la fourchette. De nos mains préalablement lavées et aseptisées comme il convient, écartons les lèvres : nous apercevons le vagin bourré de caillots ou abondamment humecté de liquide hydorrhéique, et, dans le fond, une masse informe, dure au toucher, composée de bourgeons sanguinolents et de parties ulcérées de la paroi vaginale : au milieu de cette masse nous arrivons à découvrir le col rembourré de noyaux, plus ou moins étalés avec un orifice plus ou moins ouvert ; le tout est souillé d'un liquide putride.

(1) Extrait d'un article « Le Cancer et l'Acétylène », dans *Revue illustrée de Polytechnique Médicale*, 30 avril 1898.