PRÉFACE

DE LA TRADUCTION FRANÇAISE

A côté des chaires officielles de gynécologie, de la Frauen-klinik et de la Charité, à Berlin, existe dans l'Elsässen Strasse un lieu d'enseignement pratique bien connu de tous les médecins qui font en Allemagne un voyage scientifique : c'est la Clinique particulière du docteur Auguste Martin. Quoiqu'il ne porte pas le titre de Professeur, mais seulement celui de Docent (qui correspond assez bien à ce qu'est en France celui d'Agrégé), Martin n'en exerce pas moins une influence considérable et légitime non seulement sur les élèves de l'Université de Berlin mais encore sur toute la gynécologie germanique. Fils d'un accoucheur éminent, formé à l'école paternelle et à celle de Schræder, il a ajouté à l'héritage reçu de ses maîtres des perfectionnements de détail très personnels, et, dans l'allure générale de son enseignement et de sa technique, une sorte de rondeur expéditive qui n'est pas le moindre charme de son talent.

L'activité qui règne dans cet Établissement privé dépasse celui de plus d'un service d'Hôpital. Les matinées où Martin, bras nus et enveloppé de la tête aux pieds dans son grand tablier imperméable, fait sans désemparer une demi-douzaine de curettages, colporrhaphies, excisions de la muqueuse du col, etc., constituent l'habitude de la maison. Celles où il fait successivement deux et trois laparatomies, reviennent une ou deux fois par semaine. Le public médical cosmopolite admis dans la salle (après que chacun

a rigoureusement mis bas veston ou redingote), n'est pas moins surpris et parfois déconcerté par la rapidité en apparence excessive d'exécution, que par la simplicité de procédés et la remarquable sûreté de main de l'opérateur.

Martin a mis à profit l'expérience acquise dans ce grand champ d'observation, pour rédiger le livre dont la traduction française est aujourd'hui offerte au public. Il a eu deux éditions en Allemagne en trois ans. C'est assez dire le bon accueil qu'il a reçu dans son pays. Cette faveur est méritée. L'ouvrage aborde toutes les grandes questions et développe tous les côtés réellement pratiques. Ce qui le rend du reste particulièrement précieux, c'est l'exposé étendu des résultats personnels de l'auteur, la description minutieuse de sa propre technique.

Je citerai comme exemple de cette originalité de rédaction le chapitre relatif au Cancer du col de l'utérus; Martin y indique le revirement accompli dans sa pratique et les raisons pour les quelles il préfère maintenant l'hystérectomie à l'amputation supravaginale du col. Il étend l'ablation totale de l'utérus même à la forme cervicale limitée du cancer, cas types de l'opération partielle pour Schræder et Hofmeier comme pour mon illustre maître Verneuil. Rallié d'abord à cette dernière doctrine, Martin l'a abandonnée après avoir vu sur vingt-huit malades ainsi opérées deux seulement demeurer sans récidive au bout d'une année, tandis que sur cinquante-cinq femmes guéries par l'hystérectomie vaginale, trente-une (soit 70 %) restaient indemnes après la même période. — Martin paraît être, sur ce point, de l'avis que j'ai entendu formuler ainsi par Kaltenbach : « Je me suis parfois repenti de ne pas en avoir enlevé assez, jamais d'en avoir enlevé trop!»

Ces paroles, bien entendu, ne s'appliquent qu'aux cancers n'ayant pas dépassé les limites de l'utérus, car, quand celles-ci sont franchies, l'opération dite radicale sera franchement abandonnée comme illusoire et dangereuse, pour s'en tenir aux moyens palliatifs, si efficaces eux-mêmes, le nettoyage du foyer par la curette, la cautérisation, l'exacte antisepsie du vagin.

Les deux arguments principaux des adversaires de l'hystérectomie précoce sont les suivants : 1° c'est, disent-ils, une opération

dangereuse; 2° c'est, en outre, une opération qui risque d'être tout aussi incomplète que l'ablation du col, puisqu'on ne saurait enlever les ganglions qui peut-être sont déjà envahis.

Sur le premier point on peut répondre que les progrès de la technique et le respect plus rigoureux des contre-indications ont déjà réduit à 15 % environ la mortalité dans les dernières statistiques, et que ce progrès ne peut que s'accentuer si l'on arrive à pratiquer systématiquement l'hystérectomie dès le début du mal (1). Je suis persuadé pour ma part que l'ablation totale bien faite sera à peine plus grave alors que l'ablation partielle : l'hystérectomie vaginale n'est à redouter que si elle est accomplie dans de mauvaises conditions locales.

Mais, ajoutent les adversaires de l'opération radicale précoce, êtes-vous bien sûr d'enlever tout le mal même en enlevant tout l'utérus? Vous ne pouvez ici aller explorer les ganglions comme vous faites dans le curage complémentaire de l'aisselle après l'amputation de la mamelle. Donc, la sécurité qu'offre la prétendue opération radicale n'est qu'un trompe-l'œil. Ce que vous enlevez de plus que le col n'est qu'une zone intermédiaire et neutre, pour ainsi dire, entre la lésion du col et la contamination lymphatique. Extirper alors tout l'utérus, c'est simplement (mot cruel qui a été prononcé en Allemagne) faire du sport chirurgical!

Il faut répondre d'abord à cette seconde objection qu'elle repose en partie sur des bases erronées. Dans les cancers du col les plus limités en apparence, au toucher et à l'examen au spéculum, il y a souvent une extension méconnue. Celle-ci peut se faire de deux façons : 1° par une ascension sournoise, une sorte de fusée néoplasique qui suit la muqueuse du canal cervical et arrive ainsi dans le corps; il n'est pas de chirurgien qui n'ait observé de ces pièces dont Christian Fenger (2) montrait il y a un an des spécimens à la société gynécologique de Chicago; 2° par la production pour ainsi dire métastatique de noyaux iso-

⁽¹⁾ On connaît une série de cinquante opérations avec trois morts seulement (Schræder-Hofmeier).

⁽²⁾ American Journal of Obstetrics. 1888, p. 90.

lés et indépendants dans le tissu du corps; Ruge (1), Terrier et Ranvier (2) en ont cité des exemples. Je ne parle que pour mémoire de la dégénérescence sarcomateuse concomitante de la muqueuse du corps, que les recherches encore contestées de Abel et Landau (3) tendent pourtant à établir.

Les considérations précédentes suffisent pour démontrer d'une façon péremptoire qu'en excisant tout ou partie du col, quelque circonscrite que soit en apparence la lésion, on n'est jamais sûr de tout enlever. Cette insuffisance fatale de l'examen clinique ne doit jamais être perdue de vue. On ne doit pas oublier que les constatations du clinicien relativement à la limitation qu'il observe au fond d'un spéculum ou au bout du doigt, n'ont rien de comparable avec celles d'un anatomiste qui tiendrait l'organe dans sa main et pourrait le fendre dans ses divers diamètres. A celui-là seul nous accorderions le droit de dire — après coup — si l'on aurait pu légitimement se borner à une opération parcimonieuse.

J'arrive à ce que les adversaires de l'hystérectomie précoce disent de l'infection lymphatique. Il ne saurait me déplaire de voir poser la question sur ce terrain; c'est là le point capital quand il s'agit d'intervention radicale.

Qu'il me soit permis cependant de m'étonner du raisonnement qu'on oppose à une hystérectomie immédiate. — Une lésion apparaît sur un point limité du museau de tanche; le clinicien qui la découvre sait à n'en pas douter que cette lésion maligne va avoir une tendance fatale à se propager aux ganglions pelviens : il sait aussi par l'expérience et l'observation de la marche du cancer dans d'autres régions, que cette propagation n'est pas immédiate, qu'un certain laps de temps existe entre l'apparition du cancer et l'infection des ganglions correspondants. Or,

quelle conduite conseille-t-on à ce clinicien? C'est sans doute de se hâter, de faire profiter sa malade du répit que lui laisse la nature avant que les ganglions ne soient pris? « Plus récente et plus petite est la lésion, devra-t-il se dire, plus j'ai de chance en l'enlevant vite et largement de devancer les colonies cellulaires qui vont se mettre en marche dans les lymphatiques; intervenons donc le plus tôt et le plus radicalement possible! » Nullement: tout au contraire on lui conseille de considérer comme seules existantes les lésions qu'il peut voir, et par suite de s'en tenir à l'ablation, soit du museau de tanche, soit du col entier. L'hystérectomie ne lui sera permise que pour les cas où le corps même est ostensiblement envahi. La plupart du temps il est déjà trop tard pour que l'opération soit réellement radicale; les ganglions sont envahis et la récidive est fatale. Quoi d'étonnant dès lors, que les résultats des hystérectomies faites dans ces conditions soient inférieurs au point de vue de la survie à ceux où on a fait une opération partielle pour des cas pris au début? On ne pourrait avec justice établir de parallèle qu'entre des séries similaires et comparables; or elles feront défaut tant qu'on s'obstinera à temporiser avant d'en venir à l'hystérectomie.

Mais j'ai hâte de revenir au livre de Martin, dont cette digression m'a quelque peu éloigné.

Un des chapitres les plus intéressants est celui des opérations plastiques pratiquées sur le vagin et le périnée. On n'ignore pas que Martin est l'auteur d'un procédé de périnéauxèsis destiné au rétrécissement du vagin et à la consolidation du périnée contre le prolapsus génital. Ce procédé, moins usuel et moins répandu peut-être que la colpopérinéorrhaphie de Hegar, est cependant appelé à rendre de grands services quand une ablation très large de la paroi postérieure du vagin est indispensable. La suture au catgut (à l'essence de genévrier) continue et à étages superposés, que j'ai moi-même essayé de vulgariser en France par un travail lu au dernier Congrès français de chirurgie, est presque exclusivement employée par Martin. De nombreuses et excellentes figures explicatives permettront de se familiariser avec cette technique. On appréciera toute son utilité, quand sur une même malade on voudra pratiquer dans la même séance plusieurs

⁽¹⁾ Centr. für Gynäkologie, 1885, p. 376.

⁽²⁾ Revue de Chirurgie, mai 1888.

⁽³⁾ Berlin. Klin Wochenschrift, 1885, n° 10 et Archiv. f. Gynäk. Bd. XXXII. Heft. 2. Voir un travail contradictoire de Fränkel, Archiv. f. Gynäk. Bd XXXIII. Heft. 1. Voir aussi la discussion importante à la société gynécologique de Berlin, 13 juillet 1888. Cent. f. Gyn. 1888, p. 753; et le mémoire de Thiem au 61° congrès des Naturalistes allemands. Sept. 1888. Cent. f. Gyn. 1888, p. 762.

opérations successives et y mettre le moins de temps possible pour ne pas prolonger l'anesthésie : tel est le cas de certaines opérations pour chute de l'utérus compliquée d'endométrite, d'allongement hypertrophique du col et de recto-cystocèle, où l'on peut avoir à faire, sans désemparer, le curettage, l'amputation du col, le raccourcissement des ligaments ronds l'elytrorrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie. Avec le mode habituel de suture à points séparés, deux heures à peine suffiraient à une intervention aussi complexe, qui pourra être accomplie en trois quarts d'heure avec la suture continue à étages superposés.

L'amputation du col pour affections non cancéreuses et ses divers procédés à l'aide de l'instrument tranchant est un des sujets qui offrent le plus d'attrait de nouveauté pour beaucoup de lecteurs. J'ai pu depuis deux ans que je pratique la resection du col ou excision de la muqueuse, selon la méthode de Schræder, me rendre compte de sa parfaite innocuité et de sa grande efficacité dans les catarrhes invétérés, avec ou sans déchirure du col, et dans certaines catégories de métrites chroniques accompagnées de dégénérescence scléro-kystique du museau de tanche. Cette opération est, je le crois, destinée à remplacer avec avantage, l'opération d'Emmet, dont on a fait un si grand abus à l'étranger et qui n'est jamais parvenue à s'acclimater dans notre pays. On peut reprocher justement, en effet, à celle-ci de suturer ordinairement la déchirure par-dessus une muqueuse encore malade, enfermant ainsi véritablement le loup dans la bergerie; de plus, en raison de l'atrophie et de la rétraction presque constante d'une des lèvres quand il y a déchirure bilatérale, la trachélorrhaphie, même perfectionnée par l'application récente du procédé de dédoublement (Saenger, Fritsch), expose fréquemment à l'atrésie du canal cervical. Une stomatoplastie complète par résection des lèvres du col, soit à deux lambeaux (bi-conique) soit avec simple excision de la muqueuse et création d'un seul lambeau (Schræder), me paraît donc bien préférable dans l'immense majorité des cas; elle s'attaque du même coup à l'altération des tissus du col et à sa difformité.

Parmi les sujets traités, sinon avec le plus de soin, du moins avec le plus de complaisance par A. Martin, se place la technique

de l'hystérotomie abdominale pour corps fibreux. Bien que Kleeberg (d'Odessa) (1) l'ait notoirement précédé dans l'application de la ligature élastique à l'hémostase du pédicule, Martin a eu l'incontestable mérite d'en bien fixer le premier les indications constantes pour l'hémostase provisoire, tandis que Hegar, à une autre extrémité de l'Allemagne, l'appliquait avec tant de bonheur à la ligature définitive des pédicules maintenus en dehors de l'abdomen.

Dans ce grand sujet de l'hystérectomie abdominale, une contribution non moins originale de Martin est l'application systématique de l'énucléation intrapéritonéale aux corps fibreux interstitiels et même sous-muqueux. On a bien pu citer quelques faits antérieurs isolés de Spiegelberg et de Spencer Wells, mais l'œuvre de Martin sur ce point n'en demeure pas moins très personnelle. Il ne s'agit de rien moins que de l'opération d'Amussat appliquée par la voie abdominale au lieu de la voie vaginale. On sait combien l'énucléation, avec ou sans morcellement, par la voie vaginale, est laborieuse et dangereuse en dehors des cas restreints où la dilatation et l'effacement du col se sont effectués, spontanément, quels qu'aient été les perfectionnements importants apportés récemment en France à la technique de ces opérations (2). On est du reste alors très souvent entraîné à dépasser la coque utérine et on doit finir par une pénible hystérectomie vaginale l'opération commencée dans un but conservateur (3). La voie

⁽¹⁾ La première opération où la ligature élastique ait été employée par Klebberg (d'Odessa), date du 8 juillet 1876 (St-Pétersb. med. Wochensch, 24 septembre et 6 octobre 1877). A. Martin a recommandé d'une manière systématique la ligature élastique provisoire au Congrès des naturalistes allemands à Cassel en 1878. Hegar l'a ensuite appliqué à la ligature définitive du pédicule (Dorff. Centr. für. Gynäk 1880, p. 265). J'ai fait connaître en France la ligature élastique à la Société de Chirurgie de Paris (Séance du 28 novembre 1883) en lui présentant mon ligateur. Personne ne l'employait alors dans notre pays où elle est depuis généralement adoptée.

⁽²⁾ Péan. Ablation de tumeurs fibreuses ou myômes de l'utérus par la voie vaginale (Gazette des hôpitaux, 1886, p. 250). Sécherron. De l'hystérotomie vaginale, étude sur le trailement des fibromes et des kystes de l'utérus par la voie vaginale. Thèse de Paris, 1888.

⁽³⁾ GAVILAU. De l'hystérectomie vaginale dans les cas de fibromes utérins. Thèse de Paris, 1888.

abdominale offre une commodité incomparablement plus grande et une sécurité qui, tout compte fait, n'est pas moindre dans la généralité des cas. En effet une opération péritonéale non compliquée sera toujours moins grave que des manœuvres violentes et prolongées par les voies naturelles.

L'énucléation intrapéritonéale a pour but principal de conserver l'intégrité de l'appareil génital (utérus et ovaires) et d'épargner ainsi aux femmes la mutilation et la stérilité. Elle est donc applicable, toutes les fois que faire se peut, chez les malades jeunes encore. De nombreux succès consignés par Martin dans son ouvrage montrent tout le parti qu'on peut tirer de cette hystérectomie partielle. Récemment encore Freund (1) publiait une guérison obtenue ainsi dans des conditions particulièrement remarquables.

Tout en rendant hommage à l'ingéniosité de l'énucléation intrapéritonéale, on doit reconnaître qu'elle devra demeurer une opération d'exception et céder ordinairement le pas, soit à la castration simple, soit à l'hystérectomie supra-vaginale. Pour que l'énucléation leur soit préférée, il faut en effet qu'un assez grand nombre de conditions se trouvent réunies: il faut d'abord qu'elle ne soit pas trop dangereuse, et pour cela, que le fibrome ne siège pas sur une région très vasculaire, où l'hémostase par la suture serait incertaine, bords ou cornes; il faut ensuite que le chirurgien puisse être bien sûr qu'il n'y a pas dans la portion de l'utérus qu'il respecte, un autre noyau susceptible de se développer quand il aura refermé le ventre, et qui le force à le rouvrir plus tard. Il est vrai que, poussé par cette crainte, Martin a dans plusieurs énucléations enlevé les ovaires; mais, se demandera-t-on, cette castration complémentaire n'aurait-elle pas, seule et par ellemême, été suffisante dans les cas de fibromes de petit volume, et dans ceux où la grosseur de la tumeur nécessitait l'ablation ? Si l'on enlève aussi les ovaires, pourquoi ne pas s'en tenir à la technique plus simple et plus expéditive de l'hystérectomie supravaginale? Quand l'on sacrifie les ovaires, l'énucléation perd sa raison d'être principale.

Je signale avant de terminer l'important et excellent chapitre relatif aux affections inflammatoires des trompes et des ovaires, puis je m'arrête, car une plus longue analyse m'entraînerait hors des bornes que je dois m'assigner. Aussi bien, je crois en avoir déjà dit assez pour donner à ceux qui jetteront les yeux sur la préface, le désir de lire attentivement l'ouvrage : c'est le seul but que je me sois proposé.

S. Pozzi

Paris, 31 décembre 1888.

⁽¹⁾ Centralbl. f. Gynäk. 1888, nº 49. Il s'agissait d'un fibrome sous-muqueux, du poids de 1520 grammes, ayant présenté des signes d'inflammation.