sont du reste indiqués, année par année, dans le tableau ci-dessous :

Hystérectomies vaginales dans les cas de lésion limitée, abstraction faite des cas suivis de mort.

ANNÉE DE L'OPÉRATION	CANCROÏDE DE LA PORTION VAGINALE			CARCINOME DU COL			CARCINOME DU CORPS		
		jusque fin 1886			jusque fin 1886			jusque fin 1886	
	NOMBRE	FEMMES restées saines	RÉCIDIVES	NOMBRE	FEMMES restées saines	RÉCIDIVES	NOMBRE	FEMMES restées saines	RÉCIDIVES
1880.....	—	—	—	2	1 (1)	1	1	1	—
1881.....	—	—	—	6	2	4	1	1	—
1882...	—	—	—	6	2 (2)	4	5	4	1 (3)
1883.....	—	—	—	2	2	—	3	3	—
1884.....	2	2	—	4	4	—	2	2	—
1885.....	1	—	1	8	6	2	1	1	—
TOTAUX....	3	2	1	28	17	11	13	12	1
1886.....	1	—	—	7	—	—	—	—	—
1887.....	1	—	—	2	—	—	1	—	—

(1) Mort 1 an 1/2 après l'opération par phtisie pulmonaire.
(2) — 3 ans 1/2 — — —
(3) — 4 ans — par cancer de l'ovaire.

Des treize qui présentèrent des récidives, il y en a deux qui avaient été opérées pour un cancroïde de la portion vaginale. Il faut donc admettre qu'en cas de cancroïde, même l'extirpation totale ne préserve pas de la récidive. On n'a pas encore déterminé avec certitude la durée de la période latente, intermédiaire entre l'opération et la récidive; la plupart cependant des carcinomes du col récidivent avant la fin de la première année.

Dans l'état actuel des connaissances étiologiques, ***la prophylaxie*** du carcinome ne peut être que des plus obscure. Cependant,

eu égard à la possibilité d'une dégénérescence maligne, il me semble prudent de faire disparaître tous les états d'irritation chronique de la muqueuse et du stroma cervicaux qui deviennent si souvent le point de départ de l'affection carcinomateuse. Il faudra traiter énergiquement les catarrhes chroniques, les infarctus, les néoplasies cervicales dont la bénignité initiale est incontestable, et cela d'autant plus que la femme se trouvera à l'âge qui prédispose si facilement aux néoproductions de mauvaise nature. — En tenant compte du mode d'évolution déjà indiqué de la dégénérescence maligne, mode d'évolution que mon père a décrit en se basant sur une longue série d'observations, et que j'ai eu occasion bien souvent de constater dans ma pratique, j'ai toujours conseillé aux veuves de maris syphilitiques de ne pas se remarier. Je considère le conseil donné comme une mesure prophylactique au premier chef.

Le ***traitement*** du carcinome cervical ne doit pas seulement avoir pour but la destruction du néoplasme, mais encore celle du sol même où il est né. Je ne jugerai pas ici les divers moyens préconisés à cet effet dans la plupart des ouvrages classiques. Mon expérience personnelle m'a fait renoncer à l'emploi du fer rouge et aux cautérisations quelles qu'elles soient, alors même que l'affection est encore tout à fait localisée. Je suis persuadé qu'une cautérisation, si profonde qu'elle soit, ne peut donner de résultats durables, même au début. Dans les cas de carcinome circonscrit où jadis j'insistais sur ces moyens, l'espoir initial du succès fut bien vite déçu par l'apparition de la récidive. L'amputation complète du col elle-même telle que la recommande *Schrœder* (1) m'a donné de mauvais résultats dans un certain nombre de circonstances. Sur vingt-huit femmes opérées par ce procédé, deux seulement sont restées indemnes pendant plus d'une année ; et toutes deux suc-

(1) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, tome III, p. 419, et tome VI, p. 213. Hofmeier a communiqué les résultats de la statistique de Schrœder au Congrès des naturalistes à Berlin en 1886 dans un plaidoyer brillant en faveur de l'opération partielle du cancer du col. — Ma dernière tentative d'opération partielle pour un cancroïde du col remonte à l'été de 1885. La patiente était grosse de cinq mois et tenait à conserver son enfant. Au bout de deux mois la lésion récidiva et se développa avec une rapidité telle qu'en quelques semaines toute opération radicale se trouva empêchée.

combèrent très rapidement à la récidive, malgré l'excision et la destruction maintes fois répétées des nouveaux foyers néoplasiques.

Tout le monde est d'accord sur la nécessité de pratiquer l'hystérectomie totale dans les cas de carcinome de la muqueuse cervicale et de carcinome tubéreux du col. Même pour le cancroïde de la portion vaginale, bien des auteurs regardent ce mode de traitement comme le seul qui confère quelque garantie. Quelque pénible qu'il soit d'abandonner, en cas de cancroïde, l'espoir de conserver l'organe dans ses parties essentielles et de laisser intacte l'aptitude procréatrice de la femme, je crains fort que les circonstances ne nous contraignent de plus en plus à préférer la conservation du sujet et à recourir dès le début à l'extirpation totale. Ce n'est pas que je ne comprenne la gravité d'une telle résolution en présence d'une lésion limitée du col ; mais je trouve la justification de l'intervention radicale dans les angoisses et les souffrances qui accompagnent toujours les opérations partielles nécessitées par les récidives. Je recommande donc, ***dans les phases initiales de toutes les formes de carcinome, de peser de suite les chances de l'opération radicale et, si le caractère carcinomateux de l'affection a été établi d'une façon incontestable par l'examen microscopique, d'avoir recours immédiatement à l'extirpation totale de la matrice.*** Je ne pratique l'amputation infra ou supra-vaginale que dans les cas douteux, et afin de me procurer les matériaux indispensables à l'édification du diagnostic. Dès que celui-ci est posé, je procède, immédiatement s'il est possible, et en tous cas aussitôt qu'il survient la moindre trace de récidive, à l'hystérectomie vaginale.

L'immense majorité des carcinomes du col ne viennent en traitement que quand l'opération radicale ne présente plus aucune chance de succès durable. Il ne peut plus être question d'une opération de ce genre soit en raison de l'infection du vagin et des régions périvaginales et de l'extension de la dégénérescence aux ligaments larges, soit à cause du développement sous-séreux de chapelets ganglionnaires. L'opération, dans ces cas, n'offre non seulement pas la moindre chance de guérison radicale, mais elle présente des difficultés d'exécution extraordinaires ; le danger de l'intervention est d'ailleurs bien plus

considérable que lorsque l'utérus est encore mobile et libre de toute adhérence. J'ai tenté l'extirpation totale dans vingt-huit cas où le carcinome s'était étendu bien au delà de l'utérus. Dix-huit d'entre les femmes sont mortes dans les premiers quinze jours, et cependant il n'était resté que peu de chose en fait de tissus dégénérés; elles succombèrent en partie à l'étendue des lésions opératoires, en partie à la septicémie, en partie aux conséquences de l'anémie et de la cachexie. C'est précisément dans les cas de ce genre que les hémorragies sont faciles et abondantes et que l'hémostase rencontre des obstacles considérables dans la fragilité des tissus à lier. En somme mes résultats n'atteignent de valeur réelle qu'en établissant ce fait final, que sur soixante-six extirpations totales pour des carcinomes, je n'ai eu que onze décès.

Eu égard à cette circonstance peu encourageante que, chez la plupart des femmes, la présence du carcinome n'est constatée que ***beaucoup trop tard***, il reste à se demander si après tout il faut instituer, dans le cancer du col, une thérapeutique autre que le traitement symptomatique par les narcotiques, les styptiques et les désinfectants. Ma réponse à cette question est affirmative. Car bien que par l'opération nous ne puissions venir en aide qu'à une minime proportion de ces malheureuses, c'est avec elle cependant que nous lutterons avec le plus d'avantages contre les cas soi-disant inopérables. Avec elle en tous cas nous relèverons le courage défaillant des malades bien mieux qu'avec n'importe quelles prescriptions médicamenteuses.

Lorsque le traitement radical n'offre réellement plus aucun espoir, il faudra se résigner a combattre la triade symptomatique déjà nommée : ***l'hémorragie, les sécrétions ichoreuses*** et les ***douleurs.***

Les ***hémorragies*** provenant des organes malades et infiltrés sont plus ou moins abondantes. Tantôt il n'existe qu'un suintement continu d'un liquide richement coloré par du sang; tantôt il se produit des évacuations formidables de sang entremêlé de caillots et de lambeaux de tissus dégénérés. A mon avis, l'on ne peut devenir maître de ces hémorragies qu'en détruisant la surface du carcinome et en mettant à nu la base infiltrée de la

tumeur. ***L'écoulement de sanie*** sera lui aussi combattu en vain, tant que la base néoplasique ne sera pas mise à découvert. Mais ce qu'il y a de plus frappant c'est la disparition, aussitôt après la destruction des masses végétantes, des ***douleurs*** qui déjà résistaient à la morphine.

La ***destruction de la tumeur*** qui doit précéder la mise à jour de la zone d'infiltration, se réalise facilement à l'aide de la cuiller tranchante, des extrémités digitales ou du couteau et des ciseaux. La ***perte de sang*** qui accompagne cette opération est rarement abondante ; quelquefois même l'ablation des masses hyperplasiques se fait sans aucune hémorragie. Cependant, pour limiter l'écoulement sanguin possible, il est bon d'employer comme moyen prophylactique la ligature en masse des environs du col en partant de la voûte vaginale. L'opération se pratique, la malade étant dans le décubitus dorso-sacré, selon les règles indiquées à la page 31 et avant de commencer le grattage des végétations néoplasiques. Ces sortes de ligatures en masse doivent toujours être appliquées avec une certaine force, car bien souvent elles portent sur des masses considérables de tissus. Les artères utérines une fois liées, on peut procéder en toute tranquillité au curettage à fond du carcinome cervical. Dans d'autres cas, il suffit de poser une certaine quantité de sutures aussi profondes que possible, tout autour de la portion vaginale, au fond du cul-de-sac. L'hémorragie s'arrête aussitôt et l'on n'a plus qu'à faire le grattage selon les circonstances.

Autant que possible, je suture entre elles les parois de la cavité consécutive à l'abrasion, dans le but de la rendre inoffensive. La suture du moignon utérin peut se pratiquer de deux façons. ***On attire vers le bas le moignon de la matrice ; on enfonce les aiguilles dans les lèvres de la perte de substance vaginale et on leur fait embrasser toute la plaie jusqu'au moignon.*** La surface cruentée ainsi embrassée est obturée finalement d'une façon complète par le serrement énergique des fils. On termine par la réunion des lèvres de l'orifice interne avec celles de la perte de substance du vagin. (Fig. 143 *aa'*.) De même, on peut réunir les bords de la plaie en posant, tout autour du col, des fils qui entourent toute la surface saignante, et serrer l'une

contre l'autre les parties qui ne peuvent être suturées au moignon. Ce mode de suture suppose toujours une certaine mobilité de la matrice. Celle-ci n'est-elle plus suffisante, on a recours à la suture horizontale des lèvres de la plaie avec le moignon. Ce dernier procédé exige, pour son exécution, une certaine habileté dans l'application des sutures. Et cette habileté est d'autant plus nécessaire qu'on a quelquefois à combattre de très fortes hémorragies. Je me

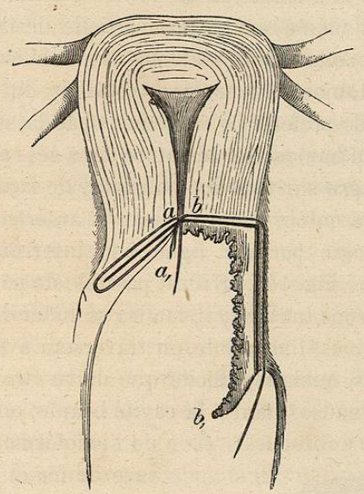

Fig. 143. — Excision d'un carcinome du col soi-disant inopérable. Suture.
a–b, bords du canal utérin au niveau du moignon
a,–b,. — — au niveau du vagin.

sers tantôt d'aiguilles à fistule ordinaires, tantôt d'aiguilles plus grandes et fortement incurvées, que j'enfonce, comme on le fait toujours, avec de simples porte-aiguilles de *Langenbeck*. Je pose presque toujours, avant de les serrer, la totalité des fils qui embrassent la perte de substance et ressortent dans le segment encore solide du tronçon utérin, et je badigeonne la plaie elle-même avant la réunion avec de l'iodoforme. Dans les cas relativement favorables on obtient ainsi un moignon qui est fortement enclavé dans les tissus voisins et qui guérit ordinairement sans le moindre accident. Il arrive souvent, il est vrai, qu'une partie de la cavité

demeure découverte ; on devra s'estimer heureux, dans ces cas, si la ligature de voisinage produit l'hémostase complète en cette région restée à nu. Depuis ces derniers temps, j'ai l'habitude de cautériser ces cavités avec de l'iodoforme ou du perchlorure de fer, et de les remplir avec de l'ouate salicylique.

Le second mode de suture embrasse tout le plancher pelvien qu'on garnit sur une grande étendue de points de matelassier. Lorsque la mobilité de la matrice est limitée au point de ne pas permettre même une suture partielle de la cavité avec le moignon et que cette cavité rigide est immobilisée, comme cela arrive presque toujours, dans la profondeur du vagin, cela ne m'empêche pas de préférer le traitement par la suture à tous les autres procédés d'hémostase. Je suture dans ces cas, et en partant du vagin, le ***cratère*** sur tout son pourtour, de façon à ce que l'ouverture se trouve entourée sur les parois antérieure, postérieure et latérales du vagin par une ligne non interrompue de points solides de suture. (Fig. 144.) S'il est possible de poser ces derniers en dehors de la zone infiltrée, il faudra se hâter de le faire ; si au contraire la chose est impossible, on traversera avec les fils même les tissus infiltrés, quelque difficile que doive être dans ce cas la formation des nœuds. Quant à la cavité béante, on la touche avec de l'iodoforme ou du perchlorure de fer et on la bourre de coton.

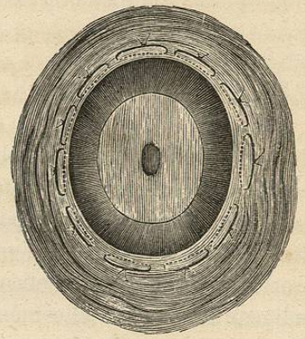

Fig. 144. — Réunion des bords de la perte de substance de la voûte vaginale.

Je m'abstiens volontiers, dans ces sortes d'opérations, de couper les fils, parce que ceux-ci peuvent m'être utiles en cas d'hémorragie consécutive. Je les enferme dans la cavité obturée et je remplis finalement le vagin avec du coton. Je me sers à cet effet de coton préparé qui offre bien moins d'inconvénients que n'importe quelle autre substance. Les résultats de l'emploi de jute, de gaze et en dernier

lieu de ouate de bois n'ont été que peu satisfaisants ; c'est ce qui m'a fait revenir à l'usage du coton.

Le traitement consécutif est très simple. Lorsque la suture a été complète, j'ordonne le repos au lit pendant huit à dix jours ; les tampons sont enlevés le second, au plus tard le troisième jour ; on enlève ensuite les fils. A ce moment on fera faire des injections vaginales hygiéniques et désinfectantes ; on veillera au bon fonctionnement de la digestion, et on administrera à l'opérée une nourriture des plus fortifiantes. S'il survient des douleurs, on les combattra à l'aide de la vessie de glace ou d'injections de morphine. Là où on aura bourré la cavité opératoire avec du coton, on laissera celui-ci en place pendant quarante-huit heures. On le retire au bout de ce temps, et ce n'est qu'en cas de tendance hémorragique prononcée qu'on appliquera de nouveaux tampons. Sinon on fait coucher les malades sans poser le moindre pansement. Celles-ci demeurent au lit pendant cinq ou six jours encore en continuant les injections désinfectantes. A partir de cette époque, on stimule le travail cicatriciel de la plaie en touchant celle-ci avec de la teinture d'iode, du chlorure ferrique, ou en la recouvrant avec de l'ouate de bois au sublimé ou des plumasseaux d'iodoforme.

Très souvent, lorsqu'il s'agit de carcinomes très avancés, la récidive survient avant même que la cicatrisation soit complète. Ce n'est qu'en cas d'hémorragies abondantes et d'écoulements profus nouveaux, que je procède à une abrasion et à une cautérisation nouvelles et immédiates. Il n'est pas rare de voir la récidive prendre la forme tubéreuse, ou se borner à une infiltration générale laissant la surface intacte, de sorte que les malades succombent finalement sans présenter de plaies vaginales visibles : ce fait me paraît constituer un résultat qui n'est pas à dédaigner dans les carcinomes dits inopérables. Il m'est arrivé bien souvent d'avoir pu préserver ainsi des malheureuses d'hémorragies, jusqu'à leur mort, d'écoulements ichoreux et même de douleurs. ***L'horrible puanteur*** des liquides sécrétés n'est pas toujours justiciable de l'iodoforme et du sublimé ; on réussit mieux avec l'eau oxygénée (3 %) et le thymol (1 ‰).

Si j'opine en faveur de l'intervention chirurgicale dans les cas de carcinome où l'opération radicale n'est plus possible, je le fais

d'une part pour le moral des malades, d'autre part parce que j'ai observé fréquemment que l'opération maintient les souffrances des pauvres femmes dans de certaines limites. Je ne renonce à l'opération que quand l'infiltration s'est propagée jusqu'immédiatement sous la vessie et le rectum, et qu'il devient impossible de ne pas blesser ces organes au cours de l'opération. Je juge les blessures du péritoine moins graves ; il m'est arrivé bien des fois d'être obligé d'en suturer des solutions de continuité et d'établir le drainage par le vagin, pour rendre ces accidents inoffensifs. — Dans les cas d'infiltration très étendue, la thérapeutique se réduit à l'emploi des injections avec l'acide pyroligneux rectifié, le perchlorure de fer, le sublimé, l'acide phénique, etc., à l'usage de l'iodoforme, de la morphine et d'autres substances analogues. Les femmes trouvent parfois aussi du soulagement dans l'emploi de bains de siège tièdes et d'irrigations rectales.

En parlant ainsi du mode de traitement le plus répandu, je crois, des carcinomes inopérables, ce n'est pas que je veuille rejeter en principe tous les autres procédés proposés dans ce sens. J'ai par devers moi une très longue expérience de l'emploi des cautères potentiel et actuel. Et tout d'abord je dois dire que les résultats qu'on en obtient sont souvent satisfaisants et que leur emploi est dans un certain nombre de cas plus facile que le procédé que je viens d'indiquer. Cependant diverses circonstances m'ont amené à renoncer aux agents de cautérisation. D'une part il est souvent très difficile avec eux de combattre l'hémorragie ; quelquefois la perte de sang pendant l'opération et l'hémorragie consécutive, qui ne tardait guère, provoquaient des symptômes extrêmement menaçants : deux fois les femmes moururent exsangues. Or, depuis que je fais la suture, je n'ai eu à déplorer ni hémorragies copieuses pendant l'opération, ni hémorragies consécutives graves. Un second inconvénient des caustiques consiste dans l'impuissance où nous sommes de contrôler leurs effets. J'ai vu plusieurs fois dans le cours de la première convalescence, et surtout après cautérisation par le chlorure de zinc, des lésions de la vessie et du rectum qui ne firent que rendre le mal plus insupportable qu'il ne l'aurait été sans cela. Enfin la guérison, si j'en juge par mes documents personnels, est bien plus rapide après l'emploi de la suture.

BIBLIOTEKA

Il y a quelques années il nous est arrivé d'Amérique des relations si extraordinaires au sujet du traitement des carcinomes par l'électrolyse (1), que je me suis fait un devoir de contrôler ces assertions. J'ai traité par ce moyen un nombre de cas très respectable, et toujours le résultat final a été négatif : aussi me suis-je abstenu de toute tentative ultérieure.

Lorsque le ***carcinome*** est compliqué de ***grossesse***, l'extirpation totale n'est justifiée, à mon avis, qu'au cas où l'ablation complète de la tumeur est encore possible (2). En pareille circonstance, l'ablation de l'utérus gravide est parfaitement indiquée. Quant à l'intervention palliative dans les cas dits inopérables, elle me paraît devoir être réservée aux cas où l'hémorragie, l'écoulement ichoreux et les souffrances rendent la vie intolérable à la femme en état de grossesse. De ce fait la continuation de la gestation est évidemment compromise ; car à côté de la petite quantité de cas où l'indifférence de la matrice demeure complète vis-à-vis des tentatives thérapeutiques, il y en a une foule où l'utérus répond à l'opération par l'expulsion de l'œuf (3). A la fin de la grossesse, le traitement dépendra de l'étendue du mal. Celle-ci est-elle restreinte, l'accouchement pourra toujours se faire par les voies naturelles ; même en cas de dégénérescence étendue, il se produit parfois d'une façon inattendue un relâchement nécessaire à l'évacuation normale de l'enfant. Mais quand la totalité des viscères pelviens est atteinte, quand il faut s'attendre à une destruction complète de toutes les parties molles du bassin au moment du passage du fœtus, je donne la préférence à l'opération césariennne qui, pratiquée au moment opportun, présente bien plus d'avantages et pour la mère et pour l'enfant.

(1) Americ. Journ. of Obstetric., 1881.

(2) Je n'ai rencontré qu'une seule fois une complication de ce genre, et la femme se refusa à l'opération. Voir Landau-Gottschalk, *Bericht d. geburtsh. Gessellsch.* 14 mai 1886.

(3) Benicke, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Tome I, 1887.— Frommel, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* V, 158. — Stratz, *Zeitschr.*, fasc. II, et *Sitzungsbericht d. Ges. f. Geb. u. Gyn.* 1886.