

Accouchements  
répétés.

de beaucoup d'intérêt. On a aussi incriminé les accouchements répétés (Gusserow), mais il est possible que les parturitions fréquentes agissent seulement par les déchirures et les inflammations du col qui en sont souvent la conséquence.

## CHAPITRE II

### TRAITEMENT DU CANCER DU COL

Cancer limité au museau de tanche, n'arrivant pas aux culs-de-sac vaginaux. Amputation infra-vaginale du col : procédé de Verneuil. — Cancer de la totalité du museau de tanche. Amputation élevée ou supra-vaginale du col : procédé de Schröder. — Cancer du col avec envahissement du corps, mais sans propagation aux tissus voisins. Hystérectomie vaginale. Technique opératoire. Soins consécutifs. Modifications diverses de la technique opératoire. Forceps des ligaments larges. Accidents opératoires. Gravité de l'hystérectomie vaginale pour cancer du col. Gravité comparative de l'hystérectomie et des amputations du col. Causes de mort : hémorragie; choc opératoire; altération des reins; septicémie. Survie des opérées d'hystérectomie et d'amputation du col. Hystérectomie par la voie périnéale et par la voie sacrée. — Cancer propagé aux tissus voisins. Traitement palliatif. Curage et cautérisation. Traitement symptomatique de la leucorrhée; des hémorragies; de l'érythème de la vulve; des troubles gastriques; des douleurs. Prétendus spécifiques. — Cancer compliqué de grossesse; de corps fibreux utérins; de kystes de l'ovaire.

On doit diviser la thérapeutique du cancer utérin en deux paragraphes, selon qu'une cure radicale peut être tentée ou qu'on doit s'en tenir à un traitement palliatif.

La cure radicale n'est possible que dans les cas de cancers limités à l'organe, sans envahissement voisin. Le traitement palliatif s'adresse aux cancers propagés au delà des frontières utérines, dans lesquels l'ablation totale serait impossible, trop dangereuse, ou inutile. Pour plus de clarté, je suivrai cette division maîtresse, en passant en revue les divers degrés du mal et les opinions diverses qu'a soulevées leur traitement.

Cancer limité  
au museau  
de tanche, am-  
putation.

1° Cancer limité au museau de tanche, n'arrivant pas aux culs-de-sac vaginaux. — Jusqu'à ces dernières années on ne tentait la cure radicale du cancer de l'utérus que pour les cas nettement limités, au-

dessous des insertions vaginales, et l'on pratiquait l'amputation sous-ou intra-vaginale du col. Cette opération a donné de très bons résultats au professeur Verneuil qui préconise l'emploi de l'écraseur, à Ch. Braun qui emploie l'anse galvano-caustique, à J. Byrne qui conseille le galvano-cautère, etc.

Schröder<sup>1</sup> conseille l'instrument tranchant. Je le crois à la fois plus expéditif et plus sûr que l'écraseur et l'anse galvano-caustique qui exposent à des rétrécissements ultérieurs du col, avec toutes ses conséquences. Schröder préconise l'excision conoïde, ou, de préférence, l'excision en coin des tissus malades de chacune des lèvres prises séparément, après avoir largement fendu le col<sup>2</sup>.

Je considère l'emploi du bistouri comme très supérieur aux autres procédés d'exérèse. Il met bien mieux à l'abri de l'ouverture accidentelle du péritoine; seul, il permet de faire, à tous les moments de l'opération, une œuvre tout à fait intelligente et non mécanique, et de pousser l'ablation plus ou moins haut, selon le besoin. Je pratiquerais donc, de préférence, l'amputation à l'instrument tranchant, si je la croyais indiquée, en suivant les règles que j'ai données à propos du traitement des métrites (p. 226). Mais, comme je le dirai plus loin, il suffit que la lésion soit cancéreuse pour que je pratique l'hystérectomie totale, quelque minime que soit son étendue<sup>3</sup>. Toutefois, la grande autorité de mon illustre maître, le pro-

<sup>1</sup> SCHRÖDER, *loc. cit.*, trad. franç., p. 514.

<sup>2</sup> De très brillants résultats obtenus par ces divers procédés ont été publiés : le point délicat pour beaucoup de ces faits anciens est la sûreté du diagnostic histologique. La statistique de Pawlik, recueillie dans la clinique de C. BRAUN, donne les résultats d'une période d'environ 20 ans : sur 156 opérées d'amputation infra-vaginale du col à l'anse galvano-caustique, 9 moururent de l'opération, soit 6,6 pour 100 de mortalité. La survie fut de plus de 1 an pour 55, soit 26 pour 100, de plus de 2 ans pour 26, soit 20 pour 100. Deux étaient encore exemptes de récurrence, au bout de douze ans, une après dix-neuf ans et demi. KARL PAWLIK. *Wien. Klin.*, déc. 1882, Bd. VIII, p. 405. — VERNEUIL, dans une discussion à la Société de chirurgie (octobre 1888), a rapporté 22 amputations sous-vaginales du col, par son procédé, avec 1 mort. POLAILLON, qui a employé l'anse galvanique, a constaté 1 mort (par chloroforme) sur 200 opérées. MARCHAND, sur 12 cas (dont 4 avec l'écraseur et 8 avec l'anse galvanique), a perdu une malade par une ouverture du péritoine et péritonite consécutive. TERRILLON compte 7 opérées guéries (galvano-cautère ou thermo-cautère). En y ajoutant 1 cas de SCHWARTZ, on relève 60 amputations sous-vaginales du col avec 2 morts opératoires, soit 3,33 pour 100. Dans cette série, VERNEUIL, compte 1 cas de guérison datant de 7 ans; 1, de 5 ans; 1, de 5 ans. 2, datant de 6 ans et de 5 ans, ont présenté, à cette époque tardive, une récurrence dans les ganglions pelviens. POLAILLON observe 1 cas de guérison depuis 7 ans; 1 depuis 5 ans. MARCHAND, 1 depuis 7 ans; 1 depuis 5 ans; et SCHWARTZ, 1 cas depuis 4 ans (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1888, p. 717 et suiv., et M. BARRAUD, *Hystérectomie vaginale totale ou partielle*, Thèse de Paris, 1889, p. 65 et 85).

<sup>3</sup> Cette opinion, dont j'ai été l'un des rares défenseurs dans la discussion qui a eu lieu à ce sujet à la Société de chirurgie (*Bull. et Mém.*, oct. 1888, p. 770), compte aujourd'hui un nombre croissant de partisans. — Voir : L. LANDAU. *Zur Diagnose und Therapie des Gebärmutterkrebses* (*Samml. klin. Vortr.*, 1889, n° 358, p. 2419). — DMITRI DE ORT. *Extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale* (*Annal. de gyn.*, oct. 1889, t. XXXII, p. 267).



fesseur Verneuil, ne me permet pas d'omettre l'indication détaillée du manuel opératoire qu'il recommande en pareil cas pour l'amputation du museau de tanche, par l'écraseur linéaire<sup>1</sup>. Il s'est préoccupé surtout, en le formulant, d'éviter tout glissement; il lui est arrivé, en effet, en appliquant la chaîne sur le col entier, de couper trop peu ou trop loin: une fois il a ouvert le cul-de-sac de Douglas et la malade est morte.

Amputation  
sous-vaginale  
du col.  
Procédé  
de Verneuil.

**Amputation sous-vaginale du col. Procédé de Verneuil. 1<sup>er</sup> temps. Perforation du col.** — La malade étant placée dans la position de la taille, on confie à un aide la valve d'un spéculum de Sims qui déprime la fourchette. On abaisse le col avec des pinces de Museux. Sur l'index introduit dans le cul-de-sac postérieur on glisse un trocart et on le fait pénétrer perpendiculairement à l'axe du col dans le tissu utérin. On supprime la valve de Sims et l'on surveille avec l'index porté dans le cul-de-sac antérieur le point où va ressortir le trocart, tandis que le col est abaissé par l'aide. Dès que la canule du trocart fait dans le vagin une saillie de 1 centimètre, on retire le poinçon; on le remplace par une petite bougie urétrale qui vient saillir dans le cul-de-sac antérieur qu'on saisit avec une pince et qu'on ramène à la vulve; on retire alors la canule du trocart.

Après avoir attaché à l'une des extrémités de la bougie deux fils très forts et longs de 50 centimètres environ, on retire la bougie et on laisse en place, à travers le col, les deux fils dont les chefs sont amenés à la vulve. L'une des anses va servir à passer la première chaîne, l'autre à fixer et à attirer doucement l'utérus en bas. Les ériges ou les crochets, désormais inutiles, sont enlevés. Si l'on n'avait pas de trocart courbe, on ferait aisément la perforation du col avec la longue et forte sonde cannelée, dite de Broca, dont on se sert pour la rectotomie linéaire. Après lui avoir donné une courbure convenable, analogue à celle de l'aiguille de Cooper, on peut l'aiguiser grossièrement pour faciliter son passage à travers le col et garnir son pavillon, de manière à constituer une sorte de manche solide. La pointe parvenue dans le cul-de-sac antérieur, on glisse dans la cannelure un stylet aiguillé flexible qui sert à conduire, à travers le col, les deux fils indiqués plus haut.

**2<sup>e</sup> temps. Introduction des chaînes.** — Ce temps ne présente aucune difficulté. Naturellement, on a soin de tourner vers le col le côté concave de la chaîne. Les seules précautions à prendre consistent, lorsqu'on serre l'anse métallique, d'abord à bien dépasser latéralement les limites du mal, quand l'ulcération se rapproche des culs-

<sup>1</sup> VERNEUIL. *Amputation du col de l'utérus avec l'écraseur linéaire. Remarques sur l'emploi de cet instrument* (Arch. gén. de méd., janv., févr., 1884, 7<sup>e</sup> sér., t. XIII, p. 5 et 145).

de-sac latéraux du vagin, et ensuite à placer la chaîne aussi perpendiculairement que possible à l'axe du col. Pour cela il faut, avec l'anse de fil restée en place, faire attirer par un aide l'utérus un peu en bas et du côté opposé à la chaîne, puis porter soi-même en haut la tige rigide de l'écraseur et surtout soutenir l'anneau constricteur avec l'ongle de l'index gauche, jusqu'à ce qu'il ait tracé son sillon dans le tissu du col. Si l'on dispose de deux écraseurs courbes, on peut placer la seconde chaîne, aussitôt après la première et en suivant les mêmes préceptes. On fait alors marcher les deux instruments à la fois, ce qui abrège la durée de l'opération. Si l'on n'a qu'un écraseur, on procède ainsi: avant que la première section soit terminée, on se sert de l'anse du fil restante pour pédiculiser en quelque sorte la seconde moitié du col. En conséquence, on lie solidement cette moitié, perpendiculairement à son axe. Quand la première section est finie, on attire légèrement l'utérus, à l'aide des deux chefs de la ligature, on place la chaîne dans le sillon produit par cette ligature et l'on termine l'ablation.

**3<sup>e</sup> temps. Section du col.** — Elle doit se faire avec une grande lenteur, si l'on veut réellement obtenir une diérèse exsangue. Dès qu'on a serré la chaîne de façon à sentir la résistance des tissus, on ralentit la manœuvre et l'on avance d'un cran simple toutes les 30 secondes. Quand un cri particulier annonce que le tissu étreint se rompt sous la pression, on augmente de 10 secondes l'intervalle entre chaque coup. Il importe essentiellement de conserver cette allure jusqu'au dernier cran, sous peine de voir le sang apparaître dans les deux ou trois dernières minutes de la section.

**Pansement; soins consécutifs.** — La section achevée, on examine avec grand soin la pièce anatomique pour voir si la section a porté sur un tissu malade ou l'a dépassé, et si le cul-de-sac péritonéal n'a point été intéressé. Si le péritoine a été respecté, on se contente de pousser doucement dans le vagin une injection phéniquée à 2 pour 100, jusqu'à ce que le liquide sorte incolore ou seulement légèrement teinté.

Si l'on constatait une blessure du péritoine, il serait prudent de faire quelques points de suture, bien que dans certains cas la nature seule ait fait les frais de l'occlusion. Si l'examen de la coupe montrait la persistance de quelques points malades sur le moignon utérin dans un cas où l'on nourrissait l'espoir d'une extirpation complète, on pourrait, ajoute le professeur Verneuil, appliquer le spéculum de Lisfranc ou le spéculum plein en buis, et chercher à détruire les derniers vestiges du néoplasme avec la curette tranchante ou avec le thermocautère.

Le pansement est des plus simples. Verneuil fait placer au-devant



de la vulve une compresse de gaze antiseptique, phéniquée ou iodoformée<sup>1</sup>.

Pour ma part, je crois que l'hystérectomie totale est préférable à l'amputation du col, même dans les cas de cancer très circonscrit. Elle seule donne la certitude d'enlever alors tout le mal. De plus, la gravité de l'hystérectomie s'est tellement réduite, qu'elle ne diffère plus sensiblement de celle de l'amputation du col. Je reviendrai, du reste, sur ce point, plus en détail, dans le paragraphe suivant.

## II. Cancer de la totalité du museau de tanche s'étendant jusqu'au niveau

des culs-de-sac vaginaux exclusivement.

— Si c'est à une opération partielle que l'on s'adresse dans ces cas-là, l'amputation du museau de tanche ou sous-vaginale ne suffit déjà plus, car il faut de toute nécessité dépasser les limites du mal. C'est donc à une excision sus-vaginale, à un véritable évidement conoïde (analogue à celui que Huguier a, depuis longtemps, appliqué à une autre affection) que l'on a eu recours. Divers chirurgiens ont, indépendamment les uns des autres, pratiqué une opération à peu près identique, sous des noms différents. Kœberlé<sup>2</sup> fait « depuis près de vingt ans » un évidement conoïde au bistouri, en se servant d'une sonde introduite dans le col comme d'un guide, puis

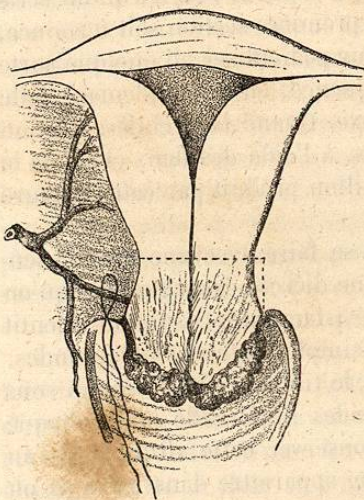


Fig. 186. — Amputation supra-vaginale du col. Figure montrant l'étendue de l'excision et la ligature de la branche inférieure de l'artère utérine.

« rôtit » avec le thermocautère les tissus qui se rétractent. Baker (de Boston)<sup>3</sup> vante aussi « l'amputation élevée (*high amputation*) » du col suivie de cautérisation ignée. Ély van de Warker<sup>4</sup> opère l'évidement, puis cautérise avec le chlorure de zinc.

Mais c'est Schröder<sup>5</sup> qui a donné le plus d'extension à ce procédé, qui en a le plus nettement posé les indications et qui en a le mieux décrit la technique, sous le nom d'*amputation supra-vaginale du col*. D'après lui, il y aurait une différence fondamentale entre le *cancroïde*

<sup>1</sup> Pour les résultats obtenus par VERNEUIL, voir p. 585, note 2.

<sup>2</sup> Kœberlé. *Traitement des cancers de la matrice par l'hystérotomie* (Gaz. hebdomadaire de médecine, Paris, 26 févr. 1886, p. 159).

<sup>3</sup> W. H. BAKER. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1882, p. 265, et 1886, p. 184.

<sup>4</sup> E. VAN DE WARKER. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1884, p. 225.

<sup>5</sup> SCHRÖDER. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1879, Bd. III, p. 419, et 1881, Bd. VI, p. 215.

du museau de tanche et les autres formes de cancer; le cancroïde serait une affection locale, n'ayant que peu ou point de tendance à se propager vers le corps de l'utérus, si l'on extirpe largement le col, en dépassant les limites du mal de 1 centimètre à 1 cent. 1/2. Cette opération serait donc alors aussi efficace et, d'après Schröder et ses élèves, moins dangereuse que l'hystérectomie.

Voici comment il la décrit<sup>1</sup> :

On abaisse le col malade au moyen de pinces de Museux, jusqu'à l'entrée de la vulve, puis on passe une anse de fil solide à travers et au-dessus de chaque cul-de-sac latéral (fig. 186). Ces anses servent

Amputation élevée ou supra-vaginale du col. Procédé de Schröder.

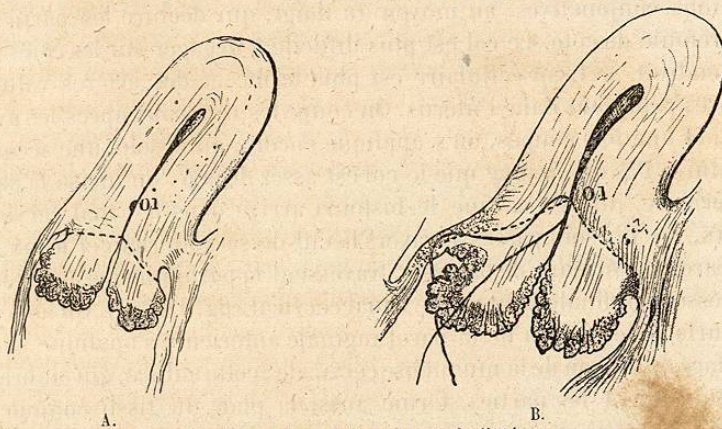


Fig. 187. — Amputation du col de l'utérus. A. Amputation sous- ou infra-vaginale du col. — oi. Orifice interne du col. — B. Amputation sus- ou supra-vaginale du col, trajet de l'incision et de la suture consécutive. — oi. Orifice interne du col.

à attirer les parties vers le bas; de plus, on peut par leur moyen comprimer l'artère utérine et ses branches; l'excision terminée, elles constituent des sutures solides au fond des culs-de-sac. On peut à la rigueur s'en passer.

Une incision jusque dans le tissu conjonctif sera faite alors, au-devant du bord de la lèvre antérieure, à 1 centimètre au moins des tissus malades; on sépare très facilement la vessie de la paroi antérieure du col sur une assez grande étendue, en déchirant le tissu conjonctif lâche qui les sépare. On relève alors les pinces de Museux de façon à étaler le cul-de-sac postérieur et l'on incise transversalement la paroi postérieure du vagin, comme plus haut. On éprouve beaucoup plus de difficulté à séparer le péritoine de la paroi postérieure du vagin. Si, à cause de l'extension considérable de la néoplasie, on était obligé de faire son incision très haut dans le cul-de-sac postérieur, il pourrait se faire qu'on ouvrit le péritoine, et, même

<sup>1</sup> SCHRÖDER. *Malad. des org. génit. de la femme*, 2<sup>e</sup> édit., trad. franç., p. 514.



lorsqu'on a su éviter ce danger, on est exposé à érailler en divers points la séreuse si délicate, en la séparant du tissu vaginal. Le péritoine est assez facile à reconnaître même avant d'avoir été entamé : il présente l'aspect d'une vessie bleuâtre et transparente. A-t-on ouvert la séreuse (ce qui est assez indifférent quand on opère antiseptiquement), on termine en fermant la déchirure ou l'incision, au moyen d'une ou de plusieurs sutures, et l'on coupe les bouts de fil très courts. Le vagin étant ainsi divisé en avant et en arrière, on prolonge les incisions de côté jusqu'à ce qu'elles se rencontrent. Le col dégagé par cette incision circulaire est alors détaché de ses connexions conjonctives, au moyen du doigt, qui déchire les parties et les refoule de côté. Le col est plus difficile à dégager sur les côtés ; en cet endroit, le tissu cellulaire est plus ferme et des artères volumineuses pénètrent dans l'utérus. On coupe les vaisseaux après les avoir liés, et une fois coupés, on y applique encore, au besoin, une seconde ligature. Dès qu'on juge que le col est assez dégagé, on incise la paroi antérieure, jusqu'à ce que le bistouri arrive dans le canal cervical. Alors, des fils sont passés à travers le cul-de-sac antérieur et le long de la paroi postérieure de la vessie, traversent la paroi utérine antérieure et ressortent finalement par le canal cervical (fig. 187, B). On noue, et la surface de section de la paroi vaginale antérieure s'applique sur la surface de section de la muqueuse cervicale ; cette suture, qui embrasse profondément les parties, ferme aussi la plaie du tissu conjonctif.

Si l'on a déjà divisé à ce moment la paroi postérieure de l'utérus, ces sutures empêchent le moignon de remonter. On place de même des sutures postérieures embrassant les parties profondes et unissant la paroi vaginale à la partie postérieure de l'utérus. On consolide la réunion en plaçant de nouvelles sutures latérales et l'on termine en fermant par des ligatures aussi profondes que possible toutes les surfaces cruentées.

Cette opération permet d'enlever sûrement et en grande partie les culs-de-sac vaginaux (Schröder a un jour enlevé en même temps toute la moitié supérieure du canal vaginal), le col tout entier et même une petite portion du corps de la matrice.

Hofmeier a publié les résultats de la pratique de Schröder et de quelques-uns de ses assistants, du commencement de 1879 à la fin de 1884. C'est la série la plus importante que l'on connaisse. 105 extirpations partielles ont donné 10 morts (soit 9,5 pour 100) et des résultats éloignés excellents<sup>1</sup>. En Allemagne,

<sup>1</sup> HOFMEIER. *Berl. klin. Woch.*, 1886, n° 6, p. 91, et n° 7, p. 106. — Quant aux suites éloignées, voici le relevé de Hofmeier : 7 fois on n'a pu avoir de renseignements ; parmi les opérées datant d'un an, 43 avaient une récurrence et 45 n'en avaient pas ; sur les 85 femmes opérées depuis plus de deux ans, 8 étaient mortes, 7 perdues de vue, et parmi

l'amputation supra-vaginale a été aussi pratiquée par Gusserow<sup>1</sup>, en Amérique par Baker et Reamy<sup>2</sup>, en Angleterre par Spencer-Wells<sup>3</sup> et Wallace<sup>4</sup>, et en France par Kœberlé<sup>5</sup>, Marchand<sup>6</sup>, Buffet<sup>7</sup>, Tédénat<sup>8</sup>, etc.

En réunissant les séries de Hofmeier, Gusserow, Baker, Reamy, Sp. Wells et Wallace, on obtient 221 amputations élevées du col avec 26 morts, soit une proportion de 11,7 pour 100. En réunissant celles de Hofmeier et de Baker, qui seules sont assez détaillées à ce point de vue, on a une série de guérisons après deux ans, qui dépasse 50 pour 100 ! Je trouve, avec Barraud, que cette proportion est « vraiment trop belle » et qu'elle est en désaccord complet avec le pronostic général des cancers. C'est, me semble-t-il, la meilleure démonstration des nombreuses erreurs de diagnostic que doivent receler ces séries extraordinaires, sur lesquelles on a basé le procès de l'hystérectomie précoce.

Malgré d'ardentes discussions en France et à l'étranger, les chirurgiens sont, en effet, loin d'être d'accord sur le choix à faire entre les amputations partielles et l'extirpation totale. Il est probable que l'opinion de la plupart des adversaires de cette dernière serait considérablement modifiée, le jour où il serait démontré que l'hystérec-

les autres on comptait 37 récurrences et 51 guérisons, soit 45,5 pour 100 de guérison. Des 49 femmes opérées depuis plus de trois ans 4 étaient mortes, 6, perdues de vue, 26 avaient eu une récurrence et 25 étaient guéries : soit 47 pour 100 de guérison.

<sup>1</sup> A. GUSSEROW (*Die Neubildungen des Uterus*, 1886, p. 255) a eu 3 morts sur 33 cas, soit 9,9 pour 100.

<sup>2</sup> W. H. BAKER, de Boston (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1882, p. 265, etc. ; 1886, p. 484), fait une amputation supra-vaginale (*high amputation*) par un procédé analogue à celui de Schröder, et la fait suivre d'une forte cautérisation ignée. Il rapporte 10 cas sans mort opératoire. La survie a été longue : 2 récurrences seulement après quelques mois ; 1 guérison pendant 2 ans, puis récurrence ; 1, pendant 4 ans ; 1, pendant 4 ans et 7 mois ; 1, pendant 5 ans ; 1, pendant 5 ans et 5 mois ; 2, pendant 6 ans ; 1, pendant 8 ans, puis récurrence. — REAMY (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 1028) a rapporté 57 amputations élevées suivies de 2 décès opératoires. Il a constaté la récurrence sur 29 malades dans une période variant de 1 à 14 ans. Les 26 autres, opérées depuis 1 à 15 ans, paraissent guéries.

<sup>3</sup> SPENCER WELLS (*Brit. med. Journ.*, déc. 1888, p. 1267) fait suivre l'amputation élevée du col, au bistouri et aux ciseaux, de l'application du fer rouge. Il a noté 1 mort opératoire sur 6 cas.

<sup>4</sup> WALLACE (*Brit. med. Journ.*, 15 sept. 1885), sur 10 cas a observé 2 morts, soit 20 pour 100.

<sup>5</sup> KÖEBERLÉ (*Gaz. hebdomadaire de méd.*, 26 févr. 1886, p. 159) préfère à l'hystérectomie totale l'excision élevée du col, suivie de cautérisations énergiques.

<sup>6</sup> MARCHAND (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, oct. 1888, p. 832) a fait 6 fois l'opération sus-vaginale et a observé 1 mort (péritonite).

<sup>7</sup> BUFFET. *Gaz. des Hôp.*, 1886 (cité par Barraud) : 2 opérations, 2 succès immédiats.

<sup>8</sup> TÉDÉNAT (cité par Barraud) : 1 opération, 1 guérison. — En réunissant les opérations pratiquées par ces trois chirurgiens, qui représentent à peu de chose près le bilan de la chirurgie française sur ce point en 1888, nous trouvons 9 amputations sus-vaginales, 1 mort opératoire, soit 11,11 pour 100, chiffre analogue à celui de la statistique étrangère ; au point de vue de la survie, voici les résultats : 2 femmes perdues de vue ; 2, récurrences précoces ; 2, mortes au bout de 11 et de 50 mois ; 2 sont guéries, l'une depuis 3 ans, l'autre depuis 4 ans (Barraud, *loc. cit.*, p. 74).



tomie totale n'est pas sensiblement plus grave que l'hystérotomie partielle, quand elle s'applique aux mêmes cas. Or cette démonstration est presque faite aujourd'hui. Ce qui assombrissait les anciennes statistiques, c'était à la fois l'inexpérience de beaucoup d'opérateurs, l'intervention radicale pour des cas véritablement inopérables, enfin l'absence d'une technique parfaitement tracée. Depuis que ces causes d'insuccès ont disparu par l'expérience et les progrès de l'art, la mortalité est tombée, en France, au taux de 5,88 pour 100<sup>1</sup>. Elle n'a pas subi une diminution moindre à l'étranger. Leopold<sup>2</sup>, de 1885 à 1889, a fait 80 hystérectomies vaginales pour cancer avec 4 morts seulement, soit 5 pour 100; les 52 derniers cas de la série ont été suivis de guérison. Dmitri de Ott (de Saint-Petersbourg<sup>3</sup>) a fait 50 opérations sans une seule mort; Schauta<sup>4</sup> (de Prague) en a pratiqué 65 avec 5 morts, soit 7,6 pour 100. Fritsch<sup>5</sup>, dans une première série de 60 cas (de 1885 à 1887), avait eu 7 morts, soit 11,6 pour 100; sa nouvelle statistique (1887 à novembre 1889) comprend 41 cas avec 2 morts seulement, soit 4,9 pour 100 seulement. Ces exemples sont éloquents. Ils prouvent qu'en s'attaquant au cancer à ses débuts, et opérant par l'hystérectomie totale les cas qui font l'objet des amputations partielles, on aura une mortalité qui ne dépassera pas celle des amputations du col. Je ne puis même m'empêcher de penser, pour ma part, que l'hémostase et l'antisepsie sont beaucoup plus faciles dans l'hystérectomie totale que dans l'amputation supra-vaginale; et, de fait, les dernières amputations de ce genre n'ont pas donné, en France et à l'étranger, moins de 11 pour 100 de morts. Le grand argument des adversaires de l'hystérectomie précoce me paraît donc bien près d'être ruiné, et la valeur des raisons qui militent en faveur d'une intervention radicale en est, par suite, considérablement accrue.

La principale de ces raisons est, à mes yeux, l'impossibilité, dans la plupart des cas, d'affirmer que le mal est circonscrit au col, et n'a pas poussé, en suivant la muqueuse, un prolongement ascendant vers le corps. L'examen par le toucher et le spéculum sont tout à fait infidèles à ce sujet, et exposent à de cruels mécomptes. J'ai

<sup>1</sup> BARRAUD (*loc. cit.* p. 48) a obtenu le chiffre de 5,88 pour 100 de mortalité avec une petite série de 54 cas représentant les opérations faites par PÉAN, BOUILLY, TERRIER et RICHELOT, dans l'année 1888.

<sup>2</sup> MÜNCHMEYER. *Congrès des gyn. all. à Fribourg, 1889* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 51, p. 544). Sur un chiffre total de 160 hystérectomies vaginales pour diverses affections de 1885 à 1889, Leopold a eu une mortalité de 5,4 pour 100 seulement.

<sup>3</sup> DMITRI DE OTT (de St-Petersbourg). *Extirpation de l'utérus par la voie vaginale, etc.* (*Annal. de gyn.*, oct. et nov. 1889, t. XXXII, p. 241, 525).

<sup>4</sup> SCHAUTA. *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 105 (supplément).

<sup>5</sup> VOIR A. TANNEN, *Beitrag zur Statistik, Prognose und Behandlung des Gebärmutterkrebses* (*Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVII, p. 454). — Dans son mémoire, l'auteur cite 45 cas, dont j'ai dû déduire 2 cas de cancer du corps, ce qui explique la divergence du pourcentage.

réemment vu un exemple de cette particularité anatomique, qui échappa à l'examen clinique : j'ai pratiqué l'hystérectomie totale pour un épithélioma qui paraissait exactement limité à la partie inférieure du museau de tanche pour lequel, par conséquent, l'amputation supra et même infra-vaginale du col eût pu paraître légitime. Or, sur la pièce extirpée il était facile de voir une sorte de coulée néoplasique allant jusqu'au fond de l'utérus le long de la muqueuse. Des pièces analogues ont été décrites.

Un second mode, plus rare, d'extension larvée du cancer, qu'on ne saurait diagnostiquer sur le vivant et qu'on reconnaît seulement sur la pièce, est la formation dans le corps de noyaux métastatiques, isolés lorsqu'il n'existe qu'un petit cancer du col. Des faits de ce genre ont été cités par Binswanger, Ruge, Schauta, Piering, Terrier, Stratz, Abel, Flaischlen<sup>1</sup> et, quoique rares, ne sont pas négligeables. Je ne mentionnerai que pour mémoire les observations d'Abel et Landau sur les altérations graves de la muqueuse du corps dans les lésions épithéliales du col. Et cependant, alors même que la nature sarcomateuse de ces lésions ne serait pas démontrée, il n'en est pas moins certain qu'elles existent et constituent un point faible, un *locus minoris resistentiæ* qui doit favoriser la récurrence.

III. Cancer du col avec envahissement du corps, sans propagation aux tissus voisins. — Pour ces cas-là, il n'y a plus guère de discussion aujourd'hui et la grande majorité des gynécologistes s'accorde à prôner l'extirpation totale ou hystérectomie par le vagin.

Cette opération, qu'on peut nommer d'un seul mot : *colpo-hystérectomie*, est de date relativement ancienne<sup>2</sup> et a joui d'une vogue éphémère il y a un demi-siècle. Mais elle n'a été tirée de l'oubli, où des insuccès formidables l'avaient fait tomber, que tout récemment, par Czerny, après que les dangers de l'extirpation totale par la voie abdominale (méthode de Freund 1878, qui avait ouvert la voie), eurent fait chercher une autre méthode. C'est ensuite Demons, de Bordeaux, et J. Bœckel, de Strasbourg, qui ont fait de nouveau connaître l'opération en France<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> O. BINSWANGER. *Centr. f. Gyn.*, 1879, n° 1, p. 6. — P. RUGE. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1886, Bd. XII, p. 202. — SCHAUTA. *Prag. med. Woch.*, 1887, n° 28. — O. PIERING. *Zeitschr. f. Heilk.*, 1887, Bd. VIII, p. 355. — TERRIER. *Revue de chir.*, mai 1888. — C.-II. STRATZ. *Eine Modification der Uterusextirp. per Vaginam* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 50, p. 817). — KARL ABEL. *Berlin. klin. Woch.*, 1889, n° 50, p. 675. — FLAISCHLEN. *Deutsche med. Woch.*, 1890, n° 30.

<sup>2</sup> Voir pour l'histoire : ROCHARD. *Histoire de la chirurgie franç. au XIX<sup>e</sup> siècle*, p. 265-267. — CH. GUSTAVE HESSE. *Mémoire pour servir à l'histoire de l'extirpation de l'utérus* (*Revue méd.*, 1827, t. II, p. 67). — VELPEAU. *Nouveaux éléments de méd. opératoire*, Paris, 1859, t. IV, p. 426. — GOMET. *L'hystérectomie vaginale en France*. Thèse de Paris, 1886.

<sup>3</sup> Parmi les prédécesseurs des chirurgiens contemporains, il est juste de citer SAUTER, de Constance, qui fit la première extirpation vaginale d'utérus cancéreux non prolabé

Cancer étendu  
au corps.  
Hystérectomie  
vaginale.



Technique opératoire.

**Colpo-hystérectomie ou hystérectomie vaginale.** — Avant d'opérer, on s'est assuré par l'examen approfondi de la malade que l'utérus est mobile et que les ligaments larges sont souples. Pour cela, la palpation bi-manuelle, le toucher rectal, l'abaissement de l'utérus saisi avec une pince fixatrice, sont indispensables. Parfois, dans les cas douteux, pour vaincre la contraction musculaire réflexe, assouplir

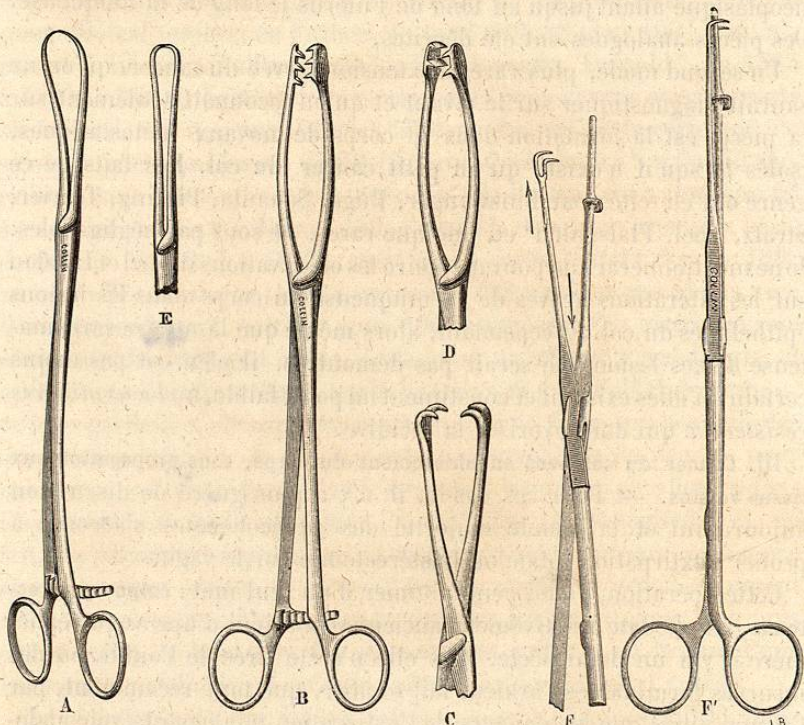


Fig. 188. — Divers modèles de pinces à préhension du col de l'utérus dans l'hystérectomie.  
A. E. Pince-érigne. — B. D. Pinces à plateaux carrés et à mors interne. — C. Pince à érignes mousses de Collin. — F. Pince à érigne glissante de Collin. F. La même, fermée.

l'abdomen ou triompher de la pusillanimité extrême d'un sujet nerveux, il est bon de faire cet examen préalable sous le chloroforme.

Une autre précaution préliminaire consiste dans la désinfection aussi complète que possible du vagin, quelques jours avant l'opération. Si le col était recouvert de végétations friables donnant lieu à

en 1822, et eut un succès opératoire, et RÉCAMIER qui, en 1829, réussit sa première opération. Les revers se multiplièrent ensuite et firent abandonner l'opération, qui ne pouvait renaître que dans l'ère de la chirurgie antiseptique.

Consulter sur les débuts de cette renaissance : CZERNY. *Ueber Ausrottung des Gebärmutterkrebses* (Wien. med. Woch., 1879, n° 45 et 49). — FREUND. *Zur Totalexstirpation des Uterus* (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1881, Bd. VI, p. 558). — DEMONS. *Arch. gén. de méd.*, 1883, t. II, p. 257. — JULES BÖCKEL. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, juin 1884, p. 448.

une désagrégation fétide, il faudrait, une semaine avant d'opérer, faire un raclage superficiel du museau de tanche (suivi au besoin d'attouchements hémostatiques à la solution de chlorure de zinc au dixième ou même au fer rouge), afin de nettoyer le champ opératoire et d'empêcher son infection. Il n'est pas nécessaire d'endormir les malades pour cette manœuvre, qui est peu douloureuse. De larges irrigations au

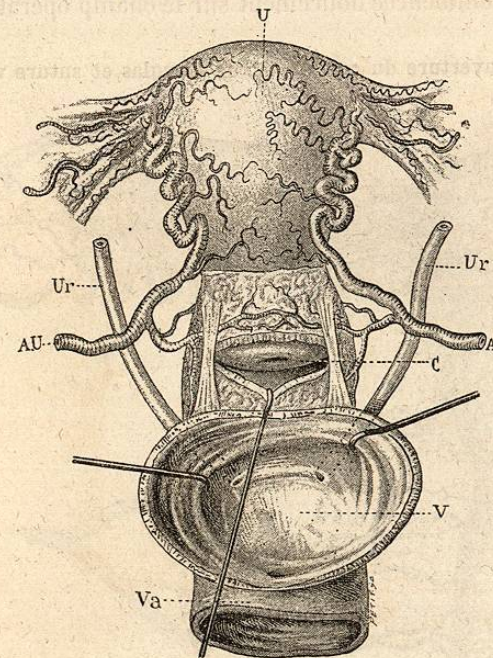


Fig. 189. — Rapports des uretères et des artères utérines avec le col de l'utérus.

U. Utérus. — Ur. Uretere. — A. U. Artère utérine. — C. Col de l'utérus mis à nu par une incision transversale du cul-de-sac antérieur du vagin. — V. Vessie coupée au niveau de l'entrée des uretères dans ses parois. — Va. Vagin; deux faisceaux de tissu fibreux l'unissent au col de l'utérus latéralement. On distingue sur celui-ci la portion non recouverte de péritoine qui adhère à la vessie, avant la dissection.

sublimé à 1/5000 deux fois par jour, avec application dans l'intervalle de tampons iodoformés, compléteront les soins préliminaires.

La malade aura été purgée la veille; trois heures avant l'opération, elle aura pris un grand lavement simple, et immédiatement auparavant un aide ne devant pas prendre une part directe à l'hystérectomie se sera assuré par le toucher rectal que cet intestin est entièrement vide: s'il en est autrement, l'aide donnera immédiatement des lavements d'eau tiède qui, aidés du doigt, feront sortir toutes les matières; on achèvera le nettoyage par une irrigation rectale à la solution boriquée (50 grammes par litre). La vessie sera vidée, au moment de l'opération, par un des aides.