

Ces documents n'ont déjà plus qu'une valeur historique. Actuellement, pour apprécier la mortalité de la colpo-hystérectomie pour cancer, il faut éliminer les chiffres anciens et s'en tenir à ceux de ces dernières années, où la technique a été perfectionnée et où les opérateurs ont acquis une plus grande expérience. Il est équitable aussi de ne pas faire entrer en ligne de compte, pour un jugement exact, les nombreux cas isolés publiés par des chirurgiens plus ou moins novices et incompetents. W. A. Duncan, ayant réuni dans sa statistique 276 cas (au commencement de 1885) provenant de 71 chirurgiens, a noté que 55 n'avaient fait qu'une seule fois l'hystérectomie! On risque fort, on le voit, avec de pareils dénombrements, d'obtenir la mortalité inhérente aux opérateurs et non à l'opération. La règle indiquée par Lawson Tait paraît raisonnable; elle consiste à s'en tenir, comme *critérium*, aux résultats de la pratique de chirurgiens dont l'habileté et l'expérience sont avérées. C'est ainsi qu'il faut juger toute opération nouvelle.

A Martin¹ s'était adressé à des chirurgiens réunissant cette double condition, et il a obtenu la liste complète de leur pratique jusqu'à la fin de 1886. La voici :

Fritsch	60 opérations avec	7 morts (soit 10,1 pour 100)
Leopold	42 —	4 — (soit 6 pour 100)
Olshausen	47 —	12
Schröder et Hofmeier	74 —	12
Staudé	22 —	1
A. Martin	66 —	11
	311	47 soit environ 15,1 pour 100.

Gravité comparative de l'hystérectomie et des amputations du col.

Mais, comme je l'ai dit plus haut, ces résultats, quoique récents, sont déjà trop anciens et ont été de beaucoup dépassés. Les dernières statistiques que j'ai citées ramènent à 5 pour 100 environ le chiffre actuel de la mortalité. J'ai déjà indiqué la dernière série de 80 opérations de Leopold² avec 4 morts seulement, soit 5 pour 100; celle de Kaltenbach³ comprend 55 hystérectomies pour cancer du col avec 2 morts, soit moins de 4 pour 100; celle de D. de Ott⁴ est encore plus heureuse et l'on n'y trouve pas un seul décès sur 50 opérées. Il en est de même d'une série de 25 succès consécutifs, obtenus par Péan⁵. Après ces chiffres, il n'y a plus, semble-t-il, à discuter longuement l'application de cette opération à tous les cas où le cancer a été diagnostiqué. Personne ne saurait nier qu'on ne soit ainsi bien plus

¹ A. MARTIN. *Transactions of the international medical congress*, sept. 1887 (*Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1887, p. 1108).

² LEOPOLD, d'après F. MÜNCHMEYER. *Ueber die Endergebnisse, etc.* (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXVI, Heft 5, p. 424.)

³ R. KALTENBACH. *Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 18 et 19, p. 589 et 417.

⁴ D. DE OTT. *Annal. de Gyn.*, oct. nov. 1889, p. 241 et 525.

⁵ PÉAN, communication à SÉCHEYRON. *Traité d'hystérotomie*, 1889, p. 542, (en note).

assuré de faire une opération radicale. Pourquoi, dès lors, se priver du bénéfice qu'elle offre, du moment qu'elle est devenue aussi bénigne que les opérations partielles?

Par suite, beaucoup de chirurgiens réagissent aujourd'hui contre les amputations du col dans le cancer. Schatz, Gusserow, Martin, Kaltenbach, Sängner, Fritsch, Christian Fenger, Bouilly, Terrier, P. Segond, etc., se prononcent très catégoriquement à ce sujet. Je crois aussi qu'il faut opérer dès que le diagnostic de cancer est certain. C'est ce qui m'a fait écrire¹ (sans avoir toujours été compris²): « Plus le mal est limité, plus l'opération doit être étendue ». En enlevant tout l'utérus, dès le début, on est, en effet, sûr de ne rien laisser du mal et on a des chances d'éviter l'engorgement ganglionnaire et l'envahissement des tissus voisins. Ceux-ci sont-ils survenus, on n'a plus à s'en tenir qu'à des destructions partielles et palliatives. En somme, il s'agit d'appliquer simplement ici les préceptes acceptés pour les cancers externes, en général.

Causes de la mort après l'hystérectomie vaginale. — On peut les ranger sous trois chefs principaux : l'hémorrhagie, le *shock* opératoire, la septicémie.

L'hémorrhagie peut se produire pendant ou après l'opération. L'hémorrhagie primitive est toujours le résultat d'une faute opératoire; on l'évitera sûrement en liant pas à pas les tissus, par petits paquets, avant de les diviser. On devra avoir soin de ne jamais tirer sur une ligature faite, et pour cela il faut toujours couper les fils d'emblée, au lieu de réserver cette manœuvre pour la fin de l'opération. La ligature progressive expose moins que les pinces à l'hémorrhagie; si une ligature cède, un ou deux vaisseaux seuls saignent; si les tissus se dégagent d'une longue pince, c'est la majeure partie, sinon la totalité du ligament large qui donne du sang et se rétracte à une grande profondeur. On connaît plusieurs cas de mort par cette cause, après l'emploi systématique des pinces: je me bornerai à citer celui de Richelot³, survenu dans le service du professeur Verneuil, et un cas dont j'ai moi-même été témoin et qui n'a pas été publié.

L'hémorrhagie consécutive, ou plutôt continuée, a été observée après l'ablation de cancers, ayant envahi les parties voisines de l'utérus et où tout n'avait pu être enlevé.

Dans le cas d'hémorrhagie secondaire, qui constitue un accident rare, on pourrait faire un tamponnement antiseptique du vagin avec

¹ S. PÖZZI. *Indicat. et technique de l'hystérectomie vaginale pour cancer* (*Annal. de gyn.*, août-sept. 1888, t. XXX, p. 81, 179.)

² M. BARRAUD, *loc. cit.*, p. 6.

³ RICHELOT. *Union méd.*, 3 avril 1888.

Causes de la mort.

Hémorrhagie.

de la gaze iodoformée et colophanée, si la perte de sang n'est pas très forte et, dans le cas d'hémorrhagie inquiétante, aller à la recherche du vaisseau qui saigne, le lier ou y placer des pinces (forcipressure de nécessité).

Shock opératoire.

Sous le nom vague et compréhensif de *shock* se groupent des facteurs très divers : en premier lieu, l'épuisement par une hémorrhagie dont l'importance a pu être méconnue par l'opérateur, si elle n'a pas eu les allures d'un accident, car, si l'on n'a pas soin de faire l'hémostase pas à pas, quelques vaisseaux donnent du sang durant presque toute la durée de l'opération : cela est très grave quand celle-ci se prolonge et que la malade est déjà épuisée.

Altération des reins.

Une autre cause du prétendu *shock* est l'urémie aiguë consécutive à l'altération des reins. On sait combien leurs lésions sont fréquentes, par suite de la compression des uretères. Beaucoup de cancéreuses vivent, on peut le dire, avec un minimum d'organes uropoïétiques, dans une sorte d'équilibre instable. Si l'on vient à rompre cet état précaire par une perturbation violente, l'urémie qui était proche ou imminente se produit rapidement. L'opération peut alors simplement agir par l'absorption du chloroforme dont l'élimination par les reins amène une congestion rénale mortelle; d'où la gravité des anesthésies prolongées. Elle agit aussi par la résorption des produits de la plaie, dont l'élimination encombre le filtre rénal et peut accaparer l'action de la petite portion du tissu sain qui suffisait à peine à la dépuratation normale de l'économie. Très nombreuses sont les observations de malades, mortes soi-disant de *shock*, chez lesquelles il est facile de voir, d'après les détails cliniques et nécropsiques, qu'il s'agissait d'urémie, généralement à forme comateuse. Peut-être aussi celle-ci a-t-elle été causée plus souvent qu'on ne l'a cru, et sans qu'on s'en soit aperçu, par la ligature malheureuse des uretères.

Pour se mettre à l'abri de ces accidents, il faudrait ne jamais faire l'hystérectomie chez des malades, présentant de l'albuminurie ou simplement une forte diminution des matières solides de l'urine. Si l'on passe outre, malgré ces conditions défavorables, on devra connaître la gravité du pronostic, et tâcher d'opérer très vite de façon à faire durer l'anesthésie le moins longtemps possible. J'ai l'habitude de mettre mes opérées au régime lacté dans les premiers jours qui suivent l'opération pour faciliter la diurèse autant que pour faire tolérer l'alimentation.

Septicémie.

Une des causes principales de *septicémie* est la souillure du champ opératoire dans sa profondeur par les débris et le suc cancéreux. On se mettra le plus possible à l'abri de ce danger, en suivant les règles que j'ai indiquées et que je rappelle : curage préliminaire ou extemporané des parties fongueuses, irrigation continue durant

l'opération, conservation d'une barrière protectrice entre le col renversé en haut et la cavité du péritoine, absence de morcellement, abstention de pinces à demeure qui mortifient des lanières de tissus, et enfin antiseptie rigoureuse.

Survie après l'hystérectomie. — L'opération est encore de date récente et pourtant des documents nombreux ont été réunis sur ce sujet. Le travail le plus étendu que nous possédions est celui qu'a publié Hache¹. Il est résumé dans le tableau suivant que je reproduis, non sans faire remarquer qu'il se rapporte, malheureusement, à des séries relativement anciennes, comprenant des cas certainement opérés trop tard, sans chances réelles de guérison durable. Il donne donc une idée beaucoup trop sombre des résultats actuels de l'opération. Mais il constitue un document précieux permettant d'apprécier les progrès accomplis depuis 1886.

Survie après l'hystérectomie.

Sur 150 malades revues après guérison.

Époque.	Malades perdues de vue avant la récurrence.	Malades mortes ou en récurrence.	Malades revues sans récurrence.
3 mois.	5	25	122
6 mois.	6	20	96
9 mois.	5	10	81
12 mois.	2	9	70
18 mois.	10	8	52
2 ans.	14	0	38
3 ans.	21	0	17
4 ans.	10	1	6

D'après les chiffres précédents, on peut approximativement estimer la répartition des survies et des récurrences sur 100 opérées dans ce qu'on pourrait appeler la période initiale de l'hystérectomie (allant jusqu'en 1886). Pour établir cette proportion, on est en droit, avec Hache, de considérer toutes les malades perdues de vue moins d'un an après l'opération, comme ayant récidivé immédiatement, après le dernier examen qu'elles ont subi. Pour celles dont la période d'observation a dépassé un an, Hache a porté comme récidivées la moitié de celles qui ont été ensuite perdues de vue. Les résultats qui suivent doivent donc être considérés comme l'interprétation la plus pessimiste de la statistique précédente.

Sur 100 opérées :

23 succombent à l'opération.
 15 récidivent dans les 3 mois { (28, 1^{er} semestre).
 15 — de 3 à 6 — { (15, 2^e semestre).
 10 — de 6 à 12 — { (10, 2^e année).
 26 sont encore bien portantes, au bout de 2 ans.

¹ HACHE, *loco cit.*, p. 727.

En cherchant quelle quotité pour 100 représentent les récidives, par rapport au nombre des opérées survivantes, au début de chacune de ces périodes, Hache trouve que les chances de récidive restent sensiblement égales, pendant les deux premiers trimestres pour décroître ensuite graduellement. Il est évident que ce résultat est surtout dû aux opérations incomplètes et aux repullulations immédiates d'un néoplasme simplement réséqué. Il y a aussi un autre facteur, c'est l'allure galopante de certains cancers principalement chez les jeunes femmes. On peut citer, comme exemple frappant, une opérée de Tillaux et deux de Tédenat qui ont récidivé au bout de 6 semaines, de 5 mois et de 5 mois. J'ai observé moi-même un cas de récidive rapide chez une femme de trente-huit ans, atteinte d'épithélioma tubulé, ayant donné lieu à un cancer du col de *forme cavitaire*; le début de l'affection paraissait remonter à cinq mois seulement au moment de l'opération : la récidive fut très rapide, quoique la totalité du mal eût été enlevée, et la malade succomba 5 mois après l'hystérectomie¹.

Un document important et plus récent nous est donné par A. Martin dans le mémoire que j'ai cité. Dans les séries rapportées par lui, comprenant la pratique de quelques gynécologistes allemands jusqu'à la fin de 1886, voici quels avaient été les résultats, au point de vue de la survie; la récidive s'était produite après le délai suivant :

Récidive au bout de :	Leopold. sur 58 op.	Schröder. sur 62 op.	Fritsch. sur 35 op.	Martin. sur 55 op.
1 an	16	20	17	55 cas.
1 an 1/2	9	10	»	52
2 ans	5	7	7	25
3 —	2	4	2	20
4 —	»	»	»	5
5 —	»	»	»	5
6 —	»	»	»	2

Ces chiffres donnent le pourcentage suivant :

Récidive au bout de 1 an	42, 51 p. 100.
— 1 an 1/2	35, 1 —
— 2 ans	21, 2 —
— 3 ans	15, 52 —
— 4 ans	2, 41 —

Les premières observations d'hystérectomies vaginales faites en France furent l'objet d'une discussion à la Société de chirurgie, en octobre 1888; leur date récente ne permettait pas d'établir un tableau analytique. Mais les dernières statistiques communiquées à la Société de chirurgie, à la fin de 1891², nous fournissent des éléments sérieux d'appréciation.

¹ S. Pozzi. *Annal. de gyn.*, sept. 1888, t. XXX, p. 192.

² Voir *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, séance du 28 oct. 1891, p. 625 et suiv.; — séance du

P. Segond a opéré 25 cancers du col, avec 7 morts opératoires; 4 malades sont mortes de récidive au bout d'un an; 3 malades vivent avec récidive; 2 sont opérées depuis plus d'un an; 5 vivent encore sans récidive, l'une depuis novembre 1888, les deux autres depuis octobre 1889 et avril 1890. Les six dernières opérations sont de date récente (août 1891).

Terrier, de juin 1885 à septembre 1891, est intervenu dans 29 cas de cancer du col; il a observé 6 morts opératoires. L'une de ses opérées n'a pas de récidive depuis plus de 6 ans et 5 mois, 2 ont eu une survie de 4 ans et demi, 2 autres de 3 ans et 3 ans et demi, 3 de 2 ans à 2 ans et demi; toutes les autres opérées sont mortes au bout d'un mois à 1 an. Sur 3 cas de cancer simultané du col et du corps, Terrier a observé une mort opératoire; les deux autres ont survécu 8 mois et 15 mois et demi.

En 1888, Bouilly avait pratiqué 29 hystérectomies avec 7 morts. De 1888 à 1892, il a pratiqué cette opération pour cancer du col 19 fois, avec 7 morts : 5 de ses opérées restent guéries l'une depuis 4 ans et demi, les 2 autres depuis près de 4 ans et plus de 3 ans et demi.

Richelot, sur 23 opérations, a eu 1 mort opératoire; 10 malades dont la plus ancienne est opérée depuis 22 mois et la plus récente depuis 8 mois, n'ont pas de récidive; 5 sont de date récente (octobre 1891). Richelot a également 3 malades guéries depuis 4 ans et demi et 5 ans.

J'ai moi-même eu 1 guérison d'une durée de 2 ans et demi; une de mes malades, opérée depuis 2 ans et demi, jouit encore d'une parfaite santé.

La série la plus importante qui ait été publiée est celle de Leopold, ayant trait à 80 hystérectomies vaginales pour cancer; 4 malades seulement ont succombé à l'opération. Elle comprend sa pratique sur ce point depuis 5 ans et demi. Sur les 76 femmes guéries, 14 avaient succombé, au moment de la publication de Münchmeyer¹, dont 10 de récidive du cancer; depuis lors², 17 autres sont mortes; il reste donc 45 opérées dont 37 ont été vues par Leopold et dont 8 lui ont écrit. Ces 45 opérées se répartissent de la façon suivante :

Sont actuellement restées sans récidive depuis plus de :		
2 ans après l'opération	45 sur 80 opérées.	56,25 0/0
3 ans	34 — 58	58,6 —
4 ans	25 — 42	59,5 —
5 ans	18 — 30	60 —
6 ans	6 — 9	66,6 —
7 ans	2 — 2	100 —

18 nov., *ibid.*, p. 666 et suiv.; — séance du 25 nov., *ibid.*, p. 688 et suiv.; et enfin séance du 2 déc., *ibid.*, p. 709.

¹ F. MÜNCHMEYER. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXVI, Heft. 3, p. 426.

² Ed. LEISSE. *Ueber die Endergebnisse der vaginalen Totalexstirpation wegen Carcinom*, etc. (*Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XI, Heft 2, p. 265.)

Hofmeier¹, Schauta² et Olshausen considérant la fin de la deuxième année pour établir la valeur thérapeutique de l'extirpation totale, sont arrivés aux chiffres suivants : Hofmeier, d'après les opérations de Schröder, à 24 pour 100, et d'après ses opérations personnelles à 60 pour 100, Schauta, d'après sa propre statistique, à 47,5 pour 100 et enfin Olshausen au chiffre de 47,5 pour 100, comme représentant la proportion de guérison *complète*. Il vaudrait mieux dire guérison *durable*, car la récurrence est alors encore à craindre. Il serait illusoire, je crois, de parler de guérison définitive pour le cancer de l'utérus plus que pour les autres néoplasmes malins. On n'en est pas moins autorisé à pratiquer l'hystérectomie, comme on pratique l'amputation du sein avec curage de l'aisselle, dont le pronostic est certainement plus grave. La récurrence est toujours à craindre dans l'un et l'autre cas ; mais une guérison temporaire est encore une guérison.

Survie après les opérations partielles.

Il est intéressant de connaître la *survie après les opérations partielles (infra et supra-vaginales)* pour la comparer à celle de l'ablation de tout l'utérus. Je reviens donc avec plus de détails sur celles-ci, quoiqu'elles aient déjà donné lieu à quelques développements.

Avant de rapporter les principaux documents que nous possédons sur ce sujet, je ferai remarquer avec quelle réserve on doit tirer des conclusions de ce parallèle disparate. Dans quels cas fait-on toujours l'amputation du col ? Pour des cancers au début. Dans quels cas pratique-t-on le plus ordinairement l'hystérectomie ? Pour des cancers assez avancés, ayant déjà progressé jusqu'au corps. Or, dans le premier cas, il y a beaucoup de chances pour que le mal n'ait pas encore infecté les lymphatiques ; ces chances sont, au contraire, très faibles dans le second. Quoi d'étonnant dès lors, si la récurrence est moins rapide dans les cas où l'amputation du col a été assez heureuse pour enlever tout le mal ? Mais qui oserait dire que les cas de guérison durable n'auraient pas été plus nombreux, si tous les cas traités par l'opération partielle l'eussent été par l'ablation totale de l'organe³ ? Ce serait méconnaître les faits, où, avec les apparences d'un mal limité au col, la muqueuse du corps est envahie par pro-

¹ HOFMEIER. *Zur Frage der Behandlung und Heilbarkeit des Carcinoma uteri* (lu à la Soc. phys. méd. de Würzburg, le 28 juin 1890.) Munich, 1890, p. 15.

² SCHAUTA (de Prague.). *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 105 (supplément). — OLSHAUSEN, *ibid.*, p. 107.

³ D. DE OTT fait remarquer qu'il est indispensable, au point de vue de la survie, de diviser les malades en deux catégories : celles qui sont opérées au début du mal, celles chez qui la lésion est déjà très avancée. La première catégorie seule lui a constamment donné une survie supérieure à un an, et, parmi elles, il y a eu une guérison qui s'est maintenue depuis 5 ans et demi, une autre depuis 2 ans et 4 mois. Toutes les femmes opérées tardivement ont, par contre, vu la récurrence se produire entre 1 et 11 mois.

pagation et ceux où le parenchyme utérin est parsemé au loin de noyaux secondaires.

La comparaison qu'on a voulu établir entre les résultats de l'opération parcimonieuse et ceux de l'opération radicale, au point de vue de la survie, ne serait juste que si elle pouvait s'appliquer à deux séries de malades exactement similaires, ayant des affections également limitées. Mais comment faire un parallèle à l'aide des séries publiées d'hystérectomies totales, renfermant toujours en grande majorité des cas où le mal a plus ou moins largement dépassé le col, qui figurent à côté de cas moins graves et qui assombrissent le tableau final ? Voilà pourquoi j'ai cru devoir contester⁴ la valeur des statistiques actuelles à ce point de vue spécial.

Je ne citerai pas moins, à titre de documents, les statistiques les plus importantes, celles de Schröder-Hofmeier, du professeur Verneuil et celle de Byrne.

La première en date, et non la moins curieuse, est celle de Hofmeier², réunissant les opérations totales (hystérectomies) et partielles (amputations du col) de la clinique de Schröder, de 1878 à 1886. Voici le nombre comparatif des malades restées guéries avec les deux méthodes :

Au bout de 1 an....	{ Op. partielle, 49 guéries sur 114 opérées = 57 % ⁵
	{ Hyst. totale, 20 — sur 46 — = 65,6
Au bout de 2 ans....	{ Op. partielle, 38 — sur 102 — = 46
	{ Hyst. totale, 7 — sur 40 — = 24,1
Au bout de 3 ans....	{ Op. partielle, 24 — sur 76 — = 42
	{ Hyst. totale, 6 — sur 31 — = 26
Au bout de 4 ans....	{ Op. partielle, 19 — sur 59 — = 41,3
	{ Hyst. totale, 0 — sur 18 — = 0

On voit quel énorme avantage reste, dès la seconde année, à l'amputation (*supra* et *infra-vaginale* réunies) du col ; au bout de 3 ans, 24 malades sur 76, au bout de 4 ans, 19 malades sur 59 opérées par l'extirpation du col n'avaient pas de récurrence cancéreuse. — Mais, peut-on se demander, n'est-ce pas simplement parce que seules elles avaient été opérées, avant l'infection lymphatique ?

Les résultats du professeur Verneuil⁴ sont non moins remarqua-

⁴ S. POZZI. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 771.

² M. HOFMEIER. *Ueber die endgültige Heilung des Carcinoma cervicis uteri durch die Operation* (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1886, Bd. XIII, Heft. 2, p. 560.) — Il ne faut pas confondre ce travail, qui est le plus complet, avec d'autres publications de HOFMEIER sur le même sujet (*Centr. f. Gyn.*, 1884, p. 284 ; *Ibid.*, 1886, p. 92 et *Berl. klin. Woch.*, 1886, nos 6 et 7, p. 91 et 106). Des différences très notables existent entre les chiffres de ces divers travaux et elles ont amené une certaine confusion dans les citations qu'on en a faites.

⁵ C'est par erreur de calcul que l'auteur (*loc. cit.*, p. 366) indique dans son mémoire 51 pour 100.

⁴ VERNEUIL. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, oct. 1888, p. 717.

bles. Voici dans quelles proportions, et après quel répit, les récidives se sont montrées chez des opérées d'amputation *infra-vaginale* du col, par l'écraseur; sur 21 guérisons (opératoires) il y a eu 9 récidives précoces. Il n'est pas inutile de noter que, *six fois au moins sur ces neuf cas*, le professeur Verneuil avait immédiatement reconnu à l'examen des pièces, que l'ablation n'avait pas été complète. Dans les 12 autres, le foyer opératoire est demeuré indemne de toute repullulation : 2 fois jusqu'à la mort, survenue après 7 ans et après 17 mois; 5 fois jusqu'à l'époque où les malades ont été perdues de vue en très bon état, 5 ans en moyenne après l'opération; 2 fois chez des opérées encore vivantes aujourd'hui, mais atteintes de récidive à distance, survenue après 5 ans de guérison apparente; 3 fois enfin chez des femmes actuellement bien portantes opérées depuis 5 ans, 17 mois, et 3 mois¹.

J. Byrne², dans un mémoire plus récent, a publié les résultats de sa propre expérience depuis plus de 20 ans. Il est intervenu dans 81 cas de cancer du col et a toujours pratiqué des ablations partielles au galvano-cautère. Au point de vue de la récidive, il a remarqué que le néoplasme n'avait pas reparu depuis plus de 17 ans chez 1 malade, depuis 15 ans chez une autre, 11 ans chez 2, 7 ans chez 6, 5 ans chez 8, 4 ans chez 6, et enfin depuis plus de 3 ans chez 11 opérées.

En opposition avec ces séries si probantes pour l'efficacité thérapeutique des opérations partielles, il faut, à la vérité, citer les résultats de la pratique de A. Martin³. Élevé à l'école de Schröder, il avait commencé par pratiquer, comme son maître, l'amputation supra-vaginale dans les cas de cancroïde du museau de tanche où elle était théoriquement indiquée. Les suites en furent déplorables. Sur 28 malades, 2 seulement restèrent plus d'un an sans récidive. Dès lors, il a adopté l'hystérectomie précoce et la durée des guérisons a considérablement augmenté.

Devant ces données contradictoires et en l'absence de moyens rigoureux de comparaison, je persiste à récuser la valeur comparative de documents disparates et à invoquer le raisonnement. Or la logique me paraît opposée à cette conclusion paradoxale qu'une

¹ WINTER. (Ueber die Schröder'sche hohe Amputation, in *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 29, p. 614) a publié tout récemment les résultats immédiats de l'amputation partielle; d'après Schröder, dans 155 cas : il y eut 10 morts opératoires, soit 6,5 pour 100; après 2 ans, 58 pour 100 des femmes restèrent guéries; 26,5 pour 100 n'avaient pas de récidive au bout de 5 ans.

² J. BYRNE. *A digest of 20 years experience in the treatment of uterine cancer.* (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1889, t. XXII, p. 1052) et *tirage à part*. Philadelphie, 1890, p. 16.

³ MARTIN, *loc. cit.*, 2^e édit., p. 509.

ablation restreinte de tissu autour du mal soit plus efficace qu'une ablation aussi large que possible.

Tout récemment, la chirurgie s'est efforcée d'ouvrir des voies nouvelles pour pénétrer dans le petit bassin. Otto Zuckerkandl¹ a proposé la voie périnéale, par dédoublement de la cloison recto-vaginale, au moyen d'une incision transversale, de façon à se donner tout l'espace compris entre les tubérosités ischiatiques, au lieu d'être limité par les parois du vagin. Frommel² a mis ce procédé à exécution avec succès, et prétend qu'il permet de considérablement reculer les bornes ordinaires de l'hystérectomie. Sanger³, au contraire, qui a répété l'opération sur le cadavre, la rejette complètement.

L'incision para-sacrée et para-rectale de E. Zuckerkandl⁴ et de Wöl-

Hystérectomie
par la
voie périnéale.

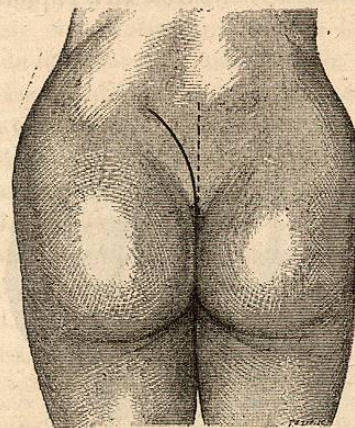


Fig. 197. — Hystérectomie par la voie sacrée. Tracé de l'incision (la ligne pointillée marque seulement l'axe du corps).



Fig. 193. — Hystérectomie par la voie sacrée. Tracé des diverses sections du sacrum.

fler⁵ pourrait, d'après ces auteurs, donner pendant l'hystérectomie un jour suffisant dans les cas difficiles. Elle consiste en une profonde incision faite soit à gauche (E. Zuckerkandl), soit à droite (Wölfler). Wölfler la fait partir d'un peu plus haut que l'articulation du coccyx et du sacrum, à 1 ou 2 centimètres en dehors de ce point, et la dirige en bas, avec une légère concavité externe qui répond à la tubé-

¹ OTTO ZUCKERKANDL. *Wien. med. Woch.*, 1888, n° 11 et 16; 1889, n° 12, 14, 15, 16 et 18; et *Wien. med. Presse*, 1889, n° 7, p. 249.

² FROMMEL (d'Erlangen), 5^e Congrès des Gyn. all., Fribourg, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 31, p. 542).

³ SANGER, *ibid.*, p. 543.

⁴ E. ZUCKERKANDL (ne pas confondre avec OTTO ZUCKERKANDL). *Notiz über die Blosslegung der Beckenorgane* (*Wien. klin. Woch.*, 1889, p. 276 et 356).

⁵ A. WÖLFLE. *Ueber den para-sacralen und para-rectalen Schnitt zur Blosslegung des Rectums, des Uterus und der Vagina* (*Wien. klin. Woch.*, 1889, n° 15, p. 296).