

rosité ischiatique, jusqu'à 2 ou 3 centimètres de la fourchette. On pénètre ainsi inférieurement dans la fosse ischio-rectale; on désinfecte et l'on résèque en partie le grand fessier (Wölfler extirpe alors le coccyx que respecte E. Zuckerkandl) ainsi que les ligaments sacro-sciatiques, on divise le releveur de l'anus, et l'on détache le rectum du vagin. On incise ensuite les culs-de-sac de ce canal, et l'on procède à l'hystérectomie, selon les règles que j'ai données plus haut. On doit terminer l'opération par l'occlusion exacte du péritoine et du vagin, et le drainage de la plaie para-sacrée, légèrement rétrécie par des sutures. Wölfler a utilisé cette voie pour l'extirpation du rectum et pour celle de l'utérus, sur le vivant, tandis que E. Zuckerkandl s'est borné à des recherches cadavériques.

Bien plus hardie et bien plus rationnelle me paraît être l'applica-

Hystérectomie
par la
voie sacrée.

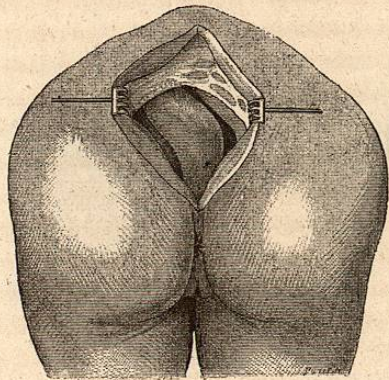


Fig. 199. — Hystérectomie par la voie sacrée. Brèche obtenue par l'opération préliminaire.

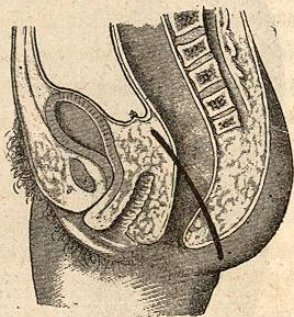


Fig. 200. — Hystérectomie par la voie sacrée. Réunion et drainage de la plaie.

tion à la gynécologie de l'opération préliminaire, imaginée d'abord par Kraske, pour arriver profondément, dans le bassin, sur le rectum cancéreux. Elle consiste, on le sait, à extirper non pas seulement le coccyx, comme l'avaient fait Verneuil et Kocher, mais encore la partie inférieure du sacrum, de façon à créer une très large brèche où l'on manœuvre à l'aise.

La malade est couchée dans le décubitus latéral droit; on fait, à partir de la pointe du coccyx, une incision qui longe le côté de cet os et remonte jusqu'à 10 centimètres environ, pour se recourber ensuite et se terminer vers le milieu de la symphyse sacro-iliaque (fig. 197). Le coccyx est décortiqué avec une rugine, et extirpé; on dégage de même la portion inférieure du sacrum, et on l'abat avec une forte pince coupante, d'abord latéralement, puis, s'il est nécessaire, transversalement; il suffit de faire porter cette section au-dessous du troisième trou sacré pour avoir un espace suffisant, sans léser

de branche nerveuse importante (fig. 198). Le rectum (qu'on a conseillé de bourrer de gaze iodoformée pour faciliter la manœuvre) est alors déjeté latéralement; on pénètre, en incisant le péritoine, dans le cul-de-sac de Douglas. On obtient ainsi une brèche énorme (fig. 199), par laquelle on a pu voir largement la paroi antérieure de l'abdomen, entre la symphyse et l'ombilic, par-dessus la vessie¹.

Les premières recherches anatomiques faites pour appliquer la méthode de Kraske à l'hystérectomie appartiennent à C. A. Herzfeld² (de Vienne); mais c'est Hochenegg³ qui a publié les premières opérations sur le vivant. L'une a pour auteur Gersuny, qui put ainsi extirper un utérus volumineux avec un ganglion cancéreux plongé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; l'autre est une opération de Hochenegg lui-même; il enleva en même temps que l'utérus un kyste de l'ovaire gros comme le poing qui lui adhérait. Guérison dans les deux cas, mais, dans le second, avec une fistule intestinale.

Une modification de la méthode précédente a été presque immédiatement inaugurée par Hegar⁴. Elle consiste à ne plus faire l'extirpation, mais, seulement la section et la réclinaison temporaire du coccyx et de la partie inférieure du sacrum. Quand l'hystérectomie est terminée, on remet en place le lambeau contenant les os; on fait ainsi une opération préliminaire ostéoplastique. Hegar a une fois constaté la nécrose de l'os déplacé; une autre fois, l'os réappliqué est resté mobile. Roux (de Lausanne)⁵ et tout récemment Terrier⁶

¹ KRASKE. *Verhandl. des XIVten Kongr. der deutsch. Gesell. f. Chir.*, 1885. — J. HOCHENEGG. *Die sacrale Methode*, etc. (*Arbeit. und Jahresh. der ersten chirurg. Universitäts-Klinik zu Wien*, Vienne, 1889, p. 15). — ROUX. *De l'accès aux organes pelviens par la voie sacrée* (*Corr. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1889, t. XIX, p. 449).

² C. A. HERZFELD. *Ueber die Anwendung des Kraske'schen Verfahrens in der Gynäkologie* (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1888, p. 411).

³ J. HOCHENEGG (de Vienne). *Die sakrale Operat. in der Gyn.* (*Wien. klin. Woch.*, 1889, n° 9, p. 171). Cet auteur avait déjà, du reste, incidemment émis l'idée que l'opération préliminaire de KRASKE pourrait être appliquée à l'extirpation de l'utérus et des annexes, dans un mémoire relatif à l'extirpation du rectum qui est un peu antérieur au travail de HERZFELD, (*J. HOCHENEGG. Wien. med. Woch.*, août 1888, n° 19).

⁴ HEGAR. *cité par WIEDOW. Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 10, p. 202. — WIEDOW. *3e Congrès des Gyn. all., Fribourg*, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 29, p. 502). — BERNHARDT V. BECK. *Die osteoplastische Resection des Kreuzbeines*, etc. (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1890, Bd. XVIII, Heft 1, p. 37) et *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, 5 nov. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 5, p. 50). Sur 4 cas rapportés par von Beck il y a 2 morts et 2 guérisons, suivies de consolidation rapide du sacrum. — ZINSMEISTER (*ibid.*) rapporte 1 cas où il y eut blessure du rectum et mort au bout de quatre heures.

HEGAR a fait la première hystérectomie par la voie pelvienne en novembre 1888, tandis que GERSUNY a fait la sienne en décembre. Mais celle-ci a été publiée la première.

⁵ Dans le second cas qu'il cite, il y avait, en outre, une grande étroitesse du vagin et on avait lieu de craindre des adhérences du côté de la vessie. Roux a relevé le lambeau ostéo-cutané, comme on ouvre une porte, par une section transversale du sacrum avec une pince coupante, et l'a suturé momentanément à la fesse pour le maintenir facilement. Après l'ablation de l'utérus, le vagin a été suturé, le lambeau réappliqué, la plaie a été tamponnée à la gaze iodoformée et fermée à ses extrémités. Les deux malades ont guéri.

⁶ TERRIER et HARTMANN. *De l'extirpation de l'utérus par la voie sacrée.* (*Annal. de Gyn.*

ont suivi l'exemple de Hegar pour extirper des cancers volumineux qu'on n'aurait pu extraire par la voie vaginale.

Hochenegg recommande, pendant l'opération, de ne procéder au détachement des culs-de-sac vaginaux qu'après avoir fermé la plaie du côté du péritoine, en suturant les lèvres de cette séreuse: de cette façon on se met le plus possible à l'abri de son infection par la tumeur cancéreuse. Dans le même but et pour rendre cette occlusion plus parfaite, v. Beck dissèque et utilise un lambeau du péritoine sur la face antérieure de l'utérus.

Zinsmeister a signalé une certaine difficulté à trouver, au fond de la plaie, le cul-de-sac du péritoine; cela paraît tenir à une faute opératoire, à une incision insuffisamment prolongée par en bas; il faut que cette dernière atteigne presque l'anus.

Considérant les rapports du rectum, il est préférable de l'aborder du côté gauche et de le rejeter latéralement. Cet organe est rendu plus apparent et, par suite, on risque moins de le blesser, quand il a été d'abord modérément tamponné. Sa blessure constitue pourtant un des dangers de l'opération, et nécessiterait une suture à étage immédiate. L'uretère aussi peut être sectionné; si cela arrivait, on l'aboucherait dans le rectum ou dans le vagin, quitte à établir ensuite une large communication entre celui-ci et la vessie, et à en oblitérer la partie inférieure. Cela serait préférable à l'établissement d'une fistule urinaire, au niveau de la plaie.

Après avoir exactement suturé le fond de celle-ci, d'abord du côté du péritoine (avant l'extirpation de l'utérus), puis du côté du vagin (une fois que cette extirpation est accomplie), on refermera la plaie extérieure, en laissant toutefois une assez large fenêtre qui permette le drainage et le tamponnement antiseptique de la cavité, ou *espace mort*, qui subsiste toujours; le tamponnement pourra d'abord être laissé en place six à huit jours, puis renouvelé, et de plus en plus diminué, à mesure que la cavité se comble. Il serait tout à fait dangereux de faire une occlusion complète, sans soupape de sûreté pour l'issue des liquides sécrétés.

Il n'est pas douteux que l'opération préliminaire de la résection du coccyx ou du sacrum ne facilite l'ablation de cancers qu'on n'aurait pu, sans elle, aborder que par l'abdomen.

La simplicité des manœuvres d'extirpation et d'hémostase est ainsi incomparable. Il y a là une précieuse ressource pour les cas où l'utérus est trop volumineux, ou le vagin trop étroit pour que les voies naturelles soient accessibles. Mais cette facilité opératoire nouvelle ne change rien aux limites chirurgicales que j'ai cru devoir

et d'Obstét., 1891, t. XXXVI, p. 84 et 91). — Ces auteurs ont réuni 25 cas d'hystérectomie par la voie sacrée avec 7 morts.

assigner à l'hystérectomie. Toutes les fois que le cancer est propagé au delà des limites de l'utérus, on devra s'abstenir de tenter l'extirpation totale.

IV. **Cancer limité au col avec certitude ou soupçon de propagation profonde.** — Quand la recherche de la mobilité utérine a montré que l'organe s'abaisse très difficilement, et que la palpation bi-manuelle a fait constater de la tuméfaction, de l'empâtement sur les côtés de l'organe, deux hypothèses sont possibles: périmérite avec adhérences, propagation du cancer au tissu cellulaire pelvien et aux ligaments larges. Dans le premier cas, l'opération serait difficile et peut-être dangereuse (car il peut exister des foyers purulents comme dans un cas malheureux de Le Bec¹); dans le second, elle est dangereuse et inutile. Mieux vaut donc s'abstenir, quelque précieuse que soit la ressource qu'offre la voie sacrée.

Du reste, le pronostic opératoire est deux fois plus grave dans les cancers propagés. Martin² a noté 52 pour 100 de morts en pareil cas, au lieu de 16,92 pour 100 qu'il obtient dans les cas de cancer limité: ce qui grève encore la plupart de nos statistiques, c'est assurément le grand nombre de cas de ce genre. On a eu le tort de décorer du nom d'hystérectomie palliative³ l'ablation de l'utérus au milieu d'un foyer cancéreux profond; comme on a aussi donné un état civil, en les baptisant du nom d'amputations sus-vaginales irrégulières⁴, aux hystérectomies entreprises sans examen suffisant et qu'on est obligé de laisser inachevées, après une sorte de dissection exploratrice. C'est un regrettable abus du langage scientifique qui semble justifier l'opération dans des cas où elle est formellement contre-indiquée. Une opération de ce genre, quand elle ne tue pas la malade (ce qui est fréquent), est un palliatif beaucoup moins efficace qu'un simple curage suivi de cautérisation.

V. **Cancer du col ayant envahi le vagin primitivement ou consécutivement.** — Cet envahissement est à mes yeux une contre-indication formelle de l'opération radicale; en effet, ou elle est l'indice de la propagation d'un cancer avancé, qui a probablement déjà infecté les lymphatiques, ou bien elle résulte de la forme dite *vaginale* (que j'ai proposé d'appeler *liminaire*) du cancer du col, qui a une tendance invincible à s'étendre au vagin et à récidiver fatalement sur

Cancer propagé aux tissus voisins.

¹ LE BEC. *Hystérectomie vaginale, double pyo-salpingite, péritonite septique.* (*Gaz. des Hôp.*, 1888, p. 52).

² A. MARTIN. *Zur Statistik der vaginalen Totalextirpation bei Carcinom* (*Berl. klin. Woch.*, 1887, n° 5, p. 69).

³ RICHELLOT, in DE MADEC. *Traitement chirurgical du cancer de l'utérus.* Thèse de Paris, 1887, p. 90.

⁴ G. RICHELLOT. *Union méd.*, 1888, p. 111. — Voir les critiques que j'ai formulées à ce sujet (*Ann. de gyn.*, août 1888, t. XXX, p. 92).

place : rationnellement c'est alors tout le vagin, plutôt que tout l'utérus, qu'il faudrait enlever. Là encore, le curage et la cautérisation sont les meilleurs palliatifs. Il en est de même des cancers de la mamelle (cancers pustuleux, cancers en cuirasse de Velpeau), devant

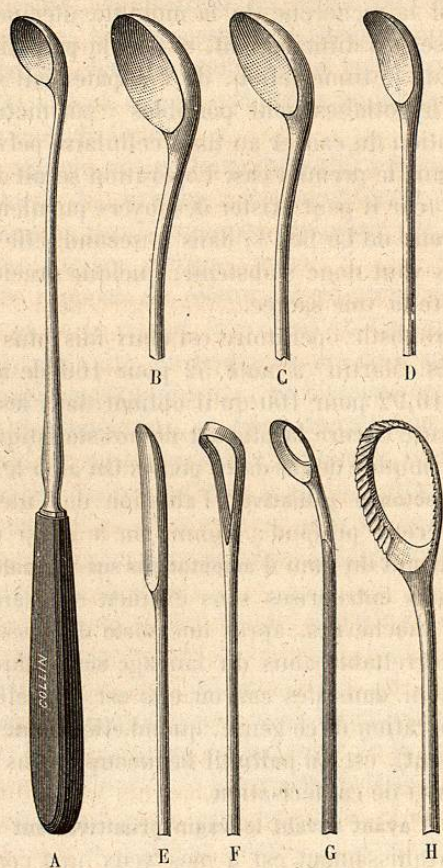


Fig. 201. — Curettes tranchantes.

A. B. C. D. Cuillers tranchantes de Simon. — E. Curette tranchante de Récamier. — F. Curette de Sims. — G. Curette fenestrée à tige malléable. — H. Curette de Thomas taillée en scie.

lesquels il faut savoir s'abstenir, même quand ils sont *anatomiquement* opérables; la chirurgie n'est pas la médecine opératoire.

VI. Cancer du col propagé non seulement au vagin, mais encore à la vessie ou au rectum. — Malgré l'avis contraire de quelques chirurgiens distingués¹, tenter une opération curative dans ces conditions

¹ MIKULICZ, cité par SCHWARTZ (*Revue de chir.*, 1882, p. 497), s'exprime ainsi sur ce point : « Tant que l'on regardera la vessie et le rectum comme des *noli me tangere*, aussi longtemps l'extirpation de l'utérus ne donnera pas les résultats désirables; il ne faut pas craindre d'attaquer franchement le rectum et la vessie, qui ne sont pas des organes essentiels à la vie. » — TERRIER (cité par GOMET, *Thèse citée*, 1886) s'est évidemment inspiré

et, pour cela, enlever l'utérus et les parties envahies du rectum et de la vessie, me paraissent une illusion funeste. Certes, l'opération est faisable et peut réussir immédiatement : mais la récurrence, ou pour mieux dire la repullulation sur place, est fatale à bref délai, car un cancer aussi avancé a sûrement déjà infecté les lymphatiques. Enfin, la gravité de l'hystérectomie étant considérablement augmentée en pareil cas, on peut se demander s'il est sage d'exposer les malades à de si gros dangers pour un bénéfice si précaire.

Dans les trois dernières catégories que je viens de passer en revue, on doit s'adresser à une *opération palliative*, susceptible de supprimer les deux grandes causes d'affaiblissement des malades, hémorrhagie et écoulement fétide. Pour cela, il faut rapidement détruire les fongosités qui se désagrègent avec lenteur et qui entraînent par ce travail d'élimination spontanée les symptômes précédents. L'instrument de choix est la *curette*, et plus spécialement la *cuiller tranchante* de Simon, qui attaque très facilement les masses cancéreuses (fig. 201); on évide rapidement, avec l'instrument de gros modèle, les fungus volumineux, puis on poursuit les végétations dans les anfractuosités avec les curettes plus petites. Il faut toutefois manœuvrer avec la plus grande prudence dans les régions dangereuses et notamment en avant (vessie, uretères). Si l'on pénètre dans la cavité utérine envahie, on aura soin de n'attaquer les surfaces qu'obliquement et non perpendiculairement, afin d'éviter les perforations.

Le nettoyage des surfaces terminé, Martin¹ n'hésite pas à réunir les surfaces avivées pour provoquer leur cicatrisation par première intention; il me semble que les cas favorables à l'application de cette méthode ingénieuse sont très rares, et qu'elle offre plus d'un inconvénient. Je préfère de beaucoup faire suivre le curettage d'une énergique *cautérisation avec le fer rouge*, qui poursuit au loin par son rayonnement les trainées néoplasiques et les frappe de mort, au milieu des tissus sains, plus résistants. On doit employer les cautères actuels en roseau et olivaires. Le thermocautère est insuffisant. Ce procédé est sensiblement celui qui a donné de si bons résultats à Kœberlé et à Baker; Schröder le recommande également. J'en ai retiré les plus grands bénéfices².

On peut renouveler plusieurs fois ce traitement à quelques semaines ou quelques mois d'intervalle. Si l'on opère rapidement, en badigeon-

de ces paroles quand il a dit « qu'il n'hésitera pas à opérer tant que l'extirpation de la portion envahie du rectum et de la vessie ne sera pas incompatible avec l'existence. »

¹ MARTIN, *loc. cit.*, p. 99 et v. RABENAU. *Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 13, p. 188.

² KÖBERLÉ. *Gaz. hebdomadaire*, 26 févr. 1886, n° 9, p. 140. — W. H. BAKER. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1882, p. 265, et 1886, p. 184. — SCHRÖDER, *loc. cit.*, p. 525. — DESPRÉAUX. *Du curettage utérin*. Thèse de Paris, 1887. — ADRIEN POZZI. *Le traitement du cancer de l'utérus*. Thèse de Paris, 1888.

Traitement palliatif.

Curage.

Cautérisation.

nant le vagin de cocaïne, et sous une irrigation froide presque continue, on peut éviter l'anesthésie, ce qui est préférable, les malades étant d'ordinaire très déprimées et ayant les reins plus ou moins atteints. L'opération est fort peu douloureuse, et les préparatifs seuls (qu'on doit toujours dissimuler) ont quelque chose d'effrayant.

Après le curettage, un tampon de gaze iodoformée est placé dans la cupule ou la caverne produite par l'évidement, et renouvelé au bout de deux jours. On peut ensuite s'en tenir aux injections avec le sublimé à 1/5000, qui me paraissent préférables à toute autre. Dès que les granulations du fond du vagin recommencent à sécréter avec quelque abondance, j'y applique un petit tampon discoïde imbibé de chlorure de zinc au dixième, solidement maintenu et isolé par un plus gros tampon de gaze iodoformée, trempé dans le bicarbonate de soude. On fera, au-dessous, un tamponnement complet du vagin, au coton, pour éviter tout déplacement. Ce pansement peut être renouvelé tous les deux jours, et devrait être précédé chaque fois d'un lavage de sublimé abondant.

Cautérisation
potentielle.

Cautérisation potentielle. — On a beaucoup employé à l'étranger¹ les solutions alcooliques de brome (à 1/5) : il faut alors bien protéger le vagin par un tamponnement imbibé d'une solution de bicarbonate de soude. La pâte de Canquoin, le caustique de Filhos, etc., ont eu des défenseurs ardents; mais les très nombreux accidents (perforations, péritonites, etc.), dus en particulier à l'emploi des flèches, en ont presque fait abandonner l'emploi : cependant il faut reconnaître que le chlorure de zinc, manié avec prudence, peut rendre de réels services. C'est Maisonneuve et Demarquay qui ont les premiers appliqué ce caustique au traitement du cancer du col. Marion Sims², auquel beaucoup d'auteurs étrangers rapportent le mérite de ce procédé, n'est venu qu'après eux : van de Warker³ a imité ce dernier dans sa technique spéciale, sans le citer. Fränkel⁴ a tout récemment encore recommandé cet agent. Voici comment il procède : il nettoie le col avec la curette et fait l'hémostase avec le thermocautère, sans insister sur cette première cautérisation; puis il place sur le col de petits tampons d'ouate, imbibés de la solution à 2/3 de chlorure de zinc. Il les laisse en place de douze à vingt-quatre heures. Pour neutraliser les effets du caustique sur le vagin, Fränkel, à l'exemple de Sims, superpose des tampons imbibés d'une solution concentrée de bicar-

¹ C. H. F. ROUTH. *Brit. med. Journ.*, févr. et mars 1870, t. I, p. 178 et 250. — SCHRÖDER, *loco cit.*, p. 525.

² MARION SIMS. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1879, t. XII, p. 451.

³ E. VAN DE WARKER. *Ibid.*, 1884, t. XVII, p. 225.

⁴ FRAENKEL. *Centr. f. Gyn.*, sept. 1888, n° 37, p. 595. — Voir sur ce sujet une discussion à la *Soc. gyn. de Berlin*, 22 juin 1888 (*ibid.*), où MARTIN condamne les caustiques, qu'il accuse d'agir aveuglément et d'être dangereux.

bonate de soude et oint la vulve de vaseline au bicarbonate de soude (à 1/3); l'eschare, tannée, se détache vers le dixième jour.

Comme injection désinfectante dans les cas de cancers trop fétides, on se trouvera bien de solutions de permanganate de potasse à 10 ou 20 pour 1000 (la solution doit avoir une couleur rouge cerise foncée) ou de solutions plus ou moins diluées de liqueur de Labarraque. Mais je ne saurais trop conseiller de ne pas s'en tenir là, ainsi que cela est l'habitude de la plupart des praticiens, mais de joindre à leur usage un curage destructeur des fongosités putrides, qui ne constitue vraiment pas une véritable opération; ceux qui reculeraient devant l'emploi du fer rouge obtiendront déjà de bons résultats par l'application de rondelles imbibées de chlorure de zinc, après le raclage.

Contre les hémorrhagies, qui seront très diminuées par les soins précédents, on peut recourir à l'application locale de tampons faits avec de la gaze ou du coton imbibés de perchlorure de fer, puis desséchés et saupoudrés d'iodoforme. Le fer rouge énergiquement manié est le moyen le plus efficace, l'*ultima ratio*. L'ergot de seigle est à peu près sans effets; mais on se trouvera bien de la digitale.

L'érythème de la vulve cédera à des soins de propreté minutieux, à des bains de siège fréquents, à des lotions d'eau blanche, à des onctions de vaseline boriquée formant enduit protecteur contre le suintement vaginal.

Les phénomènes gastriques seront traités par les toniques et les amers (vin de quinquina, vin de Colombo, macération aqueuse de quinquina, teinture amère de Baumé à la dose de 2 à 3 gouttes avant chaque repas ou teinture de noix vomique 10 à 15 gouttes); la quassine amorphe en pilules de 1 centigramme, une à deux par jour; enfin, le régime lacté, s'ils sont liés à des altérations rénales.

Contre les vomissements répétés d'origine urémique, Winker s'est bien trouvé de l'administration d'une goutte de teinture d'iode dans de l'eau, à chaque repas.

La constipation sera combattue avec soin, car elle est une cause de métorrhagies par les efforts qu'elle nécessite. Le mieux est de faire prendre aux malades une nourriture rafraîchissante, beaucoup de légumes verts, des fruits, des pruneaux, etc. Un grand lavement quotidien d'eau chaude avec addition de deux cuillerées de gros miel, et au besoin de miel de mercuriale, dispense de l'emploi toujours nuisible de purgatifs répétés. On pourra cependant, s'il est nécessaire, donner des petits paquets de rhubarbe associés à la belladone pour éviter les coliques (90 centigrammes de poudre de rhubarbe avec 1 centigramme de poudre de belladone dans un cachet). Enfin, si ces moyens échouent, on aura recours aux drastiques dont l'un des meilleurs est le podophyllin (une pilule contenant : podophyllin, 5 centigrammes, extrait de belladone, 1 centigramme).

Traitement
symptomatique.

Hémorrhagies.

Érythème
de la vulve.

Troubles
gastriques.

Constipation.

Douleurs.

Les douleurs sont rarement soulagées par l'intervention chirurgicale; mais les injections et pansements fréquents les diminuent sensiblement. On ne pourrait, sans cruauté, refuser les injections de morphine à des malades condamnées; on devra seulement s'efforcer d'en limiter l'emploi et d'éviter les abus qui achèvent d'altérer les fonctions digestives et de déprimer les forces.

Prétendus spécifiques.

On a vanté comme spécifiques: la ciguë qui n'a d'autre effet que d'aggraver les troubles gastriques; le *condurango* (en décoction, 15 grammes pour 200 grammes d'eau), qui agit seulement comme stomachique; la térébenthine de *Chio* (0^{gr},5 à 1 gramme en pilules), qui paraît n'avoir aucune action nuisible, si son pouvoir n'est pas démontré.

Cancer du col compliqué de grossesse.

Cancer du col compliqué de grossesse. — Il est impossible, chez une femme atteinte de cancer de l'utérus, de reconnaître une grossesse avant le quatrième mois, car le volume du corps peut être légitimement attribué à une extension du néoplasme. Si l'on faisait pourtant le diagnostic à cette période précoce, cette constatation devrait-elle modifier le traitement? Je ne le pense pas. Ce que nous savons de l'influence néfaste de la grossesse sur l'évolution du cancer, d'une part, la grande probabilité de l'avortement, d'autre part, légitiment parfaitement l'hystérectomie vaginale toutes les fois qu'elle est applicable à l'utérus gravide. Il faut pour cela: 1° que le cancer soit limité, non propagé; 2° que le volume de l'utérus permette son extraction par le vagin. L'opération est alors remarquablement facile, par suite de la laxité des tissus¹. Elle est infiniment préférable à l'amputation infra- ou supra-vaginale du col qui, lorsqu'elle a été faite, a le plus souvent déterminé l'avortement et a été suivie de récidive rapide².

Si le cancer est propagé, il faut distinguer les différents cas; le col est-il très dur, manifestement inextensible? on devra provoquer l'avortement, puis faire le traitement palliatif du cancer (curettage et cautérisation). Le col est-il fongueux mais extensible, toute sa circonférence n'étant pas envahie? Il vaut mieux attendre, et ne provoquer l'accouchement prématuré que si l'affaiblissement des bruits du cœur fœtal fait craindre une mort imminente.

Quand l'accouchement est laborieux, l'accoucheur doit avoir recours, selon les circonstances, au forceps ou à la version, en dernier lieu à l'opération césarienne. On ne doit pas, me semble-t-il, sacrifier

¹ HOFMEIER. *Présentation à la Soc. gyn. de Berlin d'un utérus gravide au 2^e mois avec cancer du col, enlevé par l'hystérectomie* (Centr. f. Gyn., 1887, n° 13, p. 212).

² HOFMEIER. *Ueber Operationen am schwangeren Uterus* (Deutsche med. Woch., 1887, n° 19, p. 397).

un enfant vivant à une mère condamnée et faire ici la craniotomie¹.

Enfin, il faut envisager les cas, rares à la vérité, où le cancer est encore limité, mais où l'utérus est trop développé pour qu'on puisse songer à l'hystérectomie vaginale, avant de l'avoir évacué. Il est impossible de donner des règles immuables, applicables à tous les cas; l'étude de chaque malade devra guider le chirurgien. Voici les opérations auxquelles on pourra alors avoir recours, selon les circonstances:

a.) Accouchement provoqué suivi d'hystérectomie, au bout de peu de jours².

b.) Opération césarienne suivie plus tard de colpo-hystérectomie³.

c.) Extirpation totale de l'utérus gravide par la laparotomie combinée à la dissection vaginale, selon le procédé mis en usage pour la première fois et avec un plein succès, par Spencer Wells, le 21 octobre 1881⁴.

d.) Hystérectomie par la voie pelvienne (après résection du coccyx et, s'il est nécessaire, d'une partie du sacrum).

Cancer du col compliqué de corps fibreux. — Si le corps fibreux est très volumineux et doit constituer un obstacle absolu à l'accomplissement de l'hystérectomie vaginale, on n'a plus que le choix entre l'opération de Freund (par la voie abdominale), l'extirpation par la voie pelvienne et le curage suivi de cautérisation. C'est l'un ou l'autre de ces deux derniers partis que je suivrais, tant les dangers de l'hystérectomie abdominale sont alors redoutables.

Le corps fibreux est-il, au contraire, peu volumineux, l'hystérectomie vaginale doit être faite. J'ai réussi sans grandes difficultés dans un cas où il y avait un fibrome sous-péritonéal plus gros que le poing⁵.

Cancer du col compliqué de kyste de l'ovaire. — Faut-il, si le cancer du col légitime l'hystérectomie, faire cette opération avant ou après l'ovariotomie ou toutes deux en une seule séance? J'estime qu'il faut

¹ Consulter sur ce point spécial: BARBULÉE. *De la conduite à tenir dans le cancer du col de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches*. Thèse de Paris, 1884. — BAR. *Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement*. Thèse d'agrégation, Paris, 1886. — A. GUSSEROW. *Die Neubildungen des Uterus*, 1886, p. 251. — E. HERMAN. *On the treatment of pregnancy complicated with cancerous disease of the genital canal* (London obst. Trans., 1878, t. XX, p. 191). — H. T. HANKS. *Pregnancy complicated by uterine tumors* (Amer. Journ. of Obstet., mars 1888, p. 242 et 304).

² BERTHOD (Gaz. des hôp., 1886, n° 46) a rapporté une observation de BOULLY, suivie de guérison de la mère. Grossesse de 6 mois.

³ TEUFFEL. *Ein Fall von Kaiserschnitt bei Carcinoma uteri* (Arch. f. Gyn., 1889, Bd. XXXVI, Heft 2, p. 352): Extraction d'un enfant vivant par l'opération césarienne. La mère survécut 21 jours et succomba à l'infection septique. Teuffel recommande pour l'éviter de faire suivre l'opération d'un drainage du col avec un gros drain quand il est obstrué par le néoplasme. — WILH. MERKEL (Münch. med. Woch., 21 mai 1889, p. 365) a obtenu de la même façon un enfant vivant, mais la mère est morte au septième jour.

⁴ SP. WELLS. *Ovarian and uterine tumors*, Londres, 1882, p. 518.

⁵ BOURGES. *Gaz. méd. de Paris*, 7 juill. 1888, p. 519.

Cancer du col compliqué de corps fibreux.

Cancer du col compliqué de kyste de l'ovaire.

traiter d'abord l'affection dont la marche est la plus menaçante : le cancer ; s'il est justiciable d'une opération radicale, on fera l'extirpation totale par le vagin, et, après la guérison, on procédera à l'ovariotomie ; si, au contraire, un traitement palliatif seul du cancer peut être fait à cause de sa propagation, on n'a pas à songer à l'ovariotomie, la malade étant condamnée à mourir dans un bref délai. R. Asch¹ n'a pas craint de faire les deux opérations en une même séance.

J'ai, pour ma part, observé un cas curieux de suppuration et de guérison, par l'évacuation spontanée d'un kyste de l'ovaire après une colpo-hystérectomie. J'avais résolu de faire succéder l'ovariotomie à ma première opération, lorsque, sans symptôme fébrile notable, se produisit, le quinzième jour, une sorte de débâcle purulente par le vagin, un affaissement de la tumeur kystique, et, bientôt après, une guérison complète².

CHAPITRE III

CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

Définition. Adénome bénin et malin. — Formes du cancer du corps. — Épithélioma de la muqueuse : Anatomie pathologique. Signes. Diagnostic. Pronostic. Étiologie. — Sarcome diffus de la muqueuse : Anatomie pathologique. Signes et Diagnostic. Pronostic. Étiologie. — Corps fibreux sarcomateux : Anatomie pathologique. Signes. Diagnostic. Étiologie. — Traitement des cancers du corps. Hystérectomie vaginale. Hystérectomie par la voie sacrée. Hystérectomie supra-vaginale. Hystérectomie abdominale totale (opération de Freund). Gravité. Traitement palliatif.

Définition. **Adénome de l'utérus.** — Il règne une certaine confusion dans les travaux publiés à l'étranger, relativement à l'adénome de l'utérus.

¹ ROBERT ASCH. *Vaginale Totalexstirpation des Uterus und Ovariectomie in einer Sitzung* (Centr. f. Gyn., 1887, n° 27, p. 425). Il a d'abord enlevé l'utérus par le vagin, puis le kyste ovarique par la laparotomie. L'opérateur remarqua, en commençant sa seconde opération, la présence de bulles d'air dans le péritoine, évidemment introduites par l'ouverture faite au vagin. Au huitième jour après l'ablation des sutures, déhiscence de la plaie, issue des intestins qui sortent du bandage et séjournent deux heures sur les cuisses. On nettoie les anses avec des compresses phéniquées, on les réintègre dans l'abdomen et l'on fait une deuxième suture ; guérison. Il est évident que ce grave accident aurait été évité si l'on avait procédé en deux temps.

² S. Pozzi. *Ann. de gyn.*, 1888, t. XXX, p. 81.

Certains auteurs nomment **adénome typique** ou **bénin** ce que j'ai décrit dans un chapitre précédent (p. 150) comme endométrite glandulaire, et **adénome atypique** ou **malin** les premières phases de la dégénérescence de la muqueuse en épithélioma. Tandis que les uns se placent exclusivement au point de vue anatomique et tiennent surtout aux distinctions et dénominations histologiques, j'ai fait, avec tous les auteurs français, une part prépondérante à la clinique dans la division nosologique : d'où la divergence. Or, la conception de l'adénome de l'utérus n'a aucune raison d'être, au lit du malade. Je renverrai donc purement et simplement, en ce qui concerne l'**adénome bénin**¹, au chapitre de la MÉTRITE. On consultera ce qui a trait à la métrite

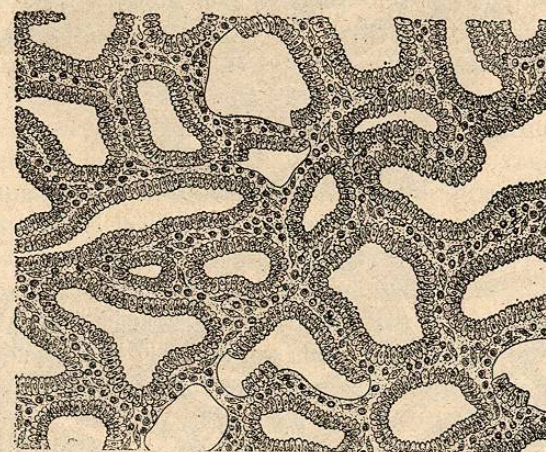


Fig. 202. — Adénome bénin de la muqueuse utérine (Wyder). (Comparer cette figure avec la fig. 97, endométrite glandulaire).

glandulaire pour sa description anatomo-pathologique ; je renvoie de même à la métrite catarrhale et hémorrhagique et aux polypes muqueux pour les symptômes.

Quant à l'**adénome malin**, c'est, en somme, le processus initial du cancer de la muqueuse. Si on veut le distinguer plus spécialement, on l'appellera, dans les descriptions histologiques², *épithélioma glandulaire*, *adéno-carcinome* ou *carcinome glandulaire*.

Il suffit de jeter les yeux sur les deux figures suivantes pour voir la différence énorme qui les sépare, et pour saisir en même temps les transitions qui permettent la transformation de l'une de ces affections dans l'autre, si bien que la lésion commencée par une endométrite glandulaire légère devient, en s'invétérant, une endométrite

¹ H. COE (*Adenoma uteri*, in *Amer. Journ. of med. Sciences*, août 1891) a publié un mémoire sur l'adénome utérin, envisagé comme entité morbide bien définie.

² CARL RUGE. *Ueber Adenoma Uteri* (*Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. zu Halle*, mai 1888, p. 195).