

peut arriver qu'on soit alors obligé de faire l'hystérectomie vagi-

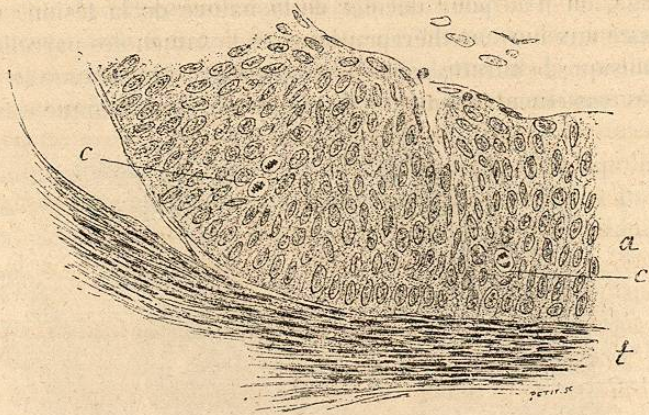


Fig. 209. — Épithélioma primitif du corps de l'utérus. (Grossissement de 500 diamètres.)  
*a*, Couches nombreuses, stratifiées d'épithélium dont la couche profonde est cylindrique; *c*, *c*, cellules en karyokinèse; *t*, tissu musculaire de l'utérus sur lequel s'implantent directement les cellules cylindriques. (Cornil.)

nale avec un simple diagnostic de probabilité et comme suprême

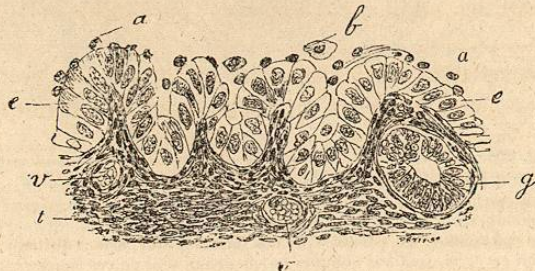


Fig. 210. — Muqueuse du col de l'utérus comprimée et atrophiée au niveau d'un cancer développé dans ses couches profondes. (Grossissement de 500 diamètres.)

*e*, *e*, cellules du revêtement épithélial claires, muqueuses, n'ayant plus de cils vibratiles; *a*, cellules migratrices situées à la surface de l'épithélium; *b*, une cellule épithéliale desquamée; *t*, tissu conjonctif comprimé de la muqueuse; *v*, vaisseaux; *g*, tube glandulaire. (Cornil.)

ressource contre une métrorrhagie persistante qui menace la vie. On

théliomas et les couches de tissu conjonctif jeune sont régulièrement ordonnées, suivant les lignes parallèles à la direction des conduits excréteurs.

Dans les épithéliomas, au contraire, il y a en même temps, que l'allongement hypertrophique des glandes, une multiplication abondante de cellules qui perdent rapidement le type des épithéliums à cils vibratiles. De cette prolifération il résulte que la partie profonde des glandes est bientôt obstruée par des amas épithéliaux pleins. D'autre part, les cellules peuvent subir la transformation muqueuse ou représenter la forme polyédrique ou cubique. A peine les parois glandulaires sont-elles rompues que la tumeur offre la disposition générale des épithéliomas ou des carcinomes. CORNIL, in P. VALAT, *De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus*. Thèse de Paris, 1888.

se sera, du reste, soigneusement assuré auparavant par l'examen des annexes qu'elles ne peuvent pas être incriminées, comme point de départ d'un réflexe hémorrhagique. On a pu parfois alors, sur la pièce enlevée, constater les lésions caractéristiques de l'épithélioma que l'examen des fragments fournis par la curette ne permettait pas de déterminer. Martin et Löhlein<sup>1</sup> ont cité des cas de ce genre qui sont cliniquement fort instructifs.

Dans les cas douteux on reconnaît de même un corps fibreux en voie de décomposition, grâce à l'examen histologique.

La présence d'un noyau cancéreux métastatique dans le vagin vient parfois rendre la nature du mal évidente.

Le pronostic est grave. Toutefois une opération précoce a été souvent suivie d'une très longue survie.

**Étiologie.** — Cette forme de cancer primitif du corps est propre aux femmes ayant dépassé la ménopause; la moyenne de l'âge des malades, observées par Hofmeier, est de 54 ans. Sur 51 cas de tumeurs malignes, comprenant les diverses variétés de cancers du corps relevés par Pichot<sup>2</sup>, 9 seulement étaient au-dessous de 50 ans. Il a relevé dans un seul cas l'influence manifeste de l'hérédité. Les nullipares en sont bien plus fréquemment atteintes que de cancer du col. 21 pour 100 des malades observées par Hofmeier n'avaient pas eu d'enfants.

**B. — Sarcome diffus de la muqueuse.** — On donne, depuis Virchow, le nom de sarcome diffus à un épaissement de la muqueuse par la prolifération de cellules rondes ou fusiformes qui l'infiltrent, et y déterminent l'apparition de tumeurs molles, villoses ou lobulées (fig. 211), ayant l'aspect encéphaloïde et reproduisant le type embryonnaire du tissu conjonctif. C'est un cancer des femmes jeunes.

**Anatomie pathologique.** — Je ne m'étendrai pas sur les caractères histologiques bien connus du sarcome, qui n'ont ici rien de spécial (fig. 212). On a pourtant noté, parfois, la réunion des caractères histologiques du sarcome et du carcinome, donnant lieu à des tumeurs mixtes, à de véritables carcino-sarcomes (Klebs).

Lorsque le sarcome forme une tumeur pédiculée, il peut s'engager dans le col comme un polype<sup>3</sup>. Son ulcération et sa désagrégation sont beaucoup moins rapides que celles de l'épithélioma. Mais, lorsqu'elles ont commencé, le sarcome peut ainsi détruire le parenchyme utérin.

<sup>1</sup> A. MARTIN *Réunion des naturalistes et médecins allemands*. Heidelberg, 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 40, p. 690 et suiv.). — LÖHLEIN. *ibid.* — Voir aussi D. DE ORT. *Extirpation de l'utérus par la voie vaginale* (*Annal. de gyn.*, oct. et nov. 1889); p. 56 du tirage à part.

<sup>2</sup> PICHOT. *De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus*. Thèse de Paris, 1888.

<sup>3</sup> P. MUNDÉ. *Myo-fibroma of the endometrium* (*Obst. Soc. of New-York in Amer. Journ. of Obstetr.*, 1885, t. XVIII, p. 65).

Pronostic.

Étiologie.

Sarcome diffus de la muqueuse.

Anatomie pathologique.



Abel<sup>1</sup>, ainsi que je l'ai dit plus haut, a affirmé que le sarcome diffus de la muqueuse du corps coïncide souvent avec un épithélioma circonscrit du museau de tanche. Mais il semble avoir confondu le sarcome avec des lésions purement inflammatoires.

Signes  
et diagnostic.

**Symptômes et diagnostic.** — Les signes ressemblent à plus d'un point de vue à ceux de la forme précédente : hémorragies, écoulement



Fig. 211. — Sarcome de la muqueuse utérine.

séreux, augmentation de volume de l'utérus, col indemne : l'introduction du doigt, après dilatation, permet aussi de reconnaître le néoplasme.

Les caractères cliniques qui distinguent le sarcome de l'épithéliome sont surtout : la moindre fécondité de l'écoulement pendant les premières périodes, l'ulcération ne survenant que plus tard, la moindre dilatation du col, l'apparition possible d'une tumeur polypeuse l'entr'ouvrant et descendant dans le vagin, causant parfois une inversion utérine.

Pour ce qui est du diagnostic avec d'autres

affections, je renvoie à l'article précédent.

Pronostic.

**Pronostic.** — Il est de la plus grande gravité. La récurrence du sarcome est fatale, même lorsqu'on opère<sup>2</sup> dès le début (Freund).

Étiologie.

**Étiologie.** — Un des caractères les plus remarquables de ce néoplasme, qui le différencie de l'épithélioma, c'est l'âge des malades qui en sont atteintes. Il y en a de nombreux exemples chez des femmes de moins de vingt ans. Zweifel<sup>3</sup> a rapporté l'observation

<sup>1</sup> K. ABEL,  *loco cit.* — Voir sur le même sujet un article contradictoire de E. FRAENKEL  *Arch. f. Gyn.*, 1888, Bd. XXXIII, Heft 1, p. 146), une importante discussion à la Société de gyn. de Berlin, 15 juill. 1888 ( *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 46, p. 755 et suiv.). — Enfin un long article de THIEM,  *Réunion des naturalistes et médecins allemands*. Cologne, le 25 septembre 1888 ( *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 47, p. 762).

<sup>2</sup> FREUND,  *Réunion des naturalistes et médecins allemands*. Heidelberg, 1889 ( *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 40, p. 695).

<sup>3</sup> ZWEIFEL,  *Drei Fälle von vagina'er Totalerxtirpation des Uterus, etc.* ( *Centr. f. Gyn.*, 1884, n° 26, p. 407).

d'une hystérectomie faite pour un sarcome utérin, chez une jeune fille de treize ans et Kaltenbach<sup>4</sup>, chez une jeune fille de quinze ans. Il est surtout fréquent chez les nullipares. Il semble avoir pour premier stade histogénique l'endométrite interstitielle ; comme on observe souvent cette dernière dans le corps de l'utérus, tandis que le col est atteint d'épithélioma, on conçoit que l'endométrite se transforme alors facilement en sarcome, d'où, suivant Abel, dont l'opinion est d'ailleurs très contestée, la coexistence fréquente de ces deux néoplasmes différents dans la matrice.

C. — Corps fibreux sarcomateux. — Synonymie :  *sarcoma fibrosum*

Corps fibreux sarcomateux.

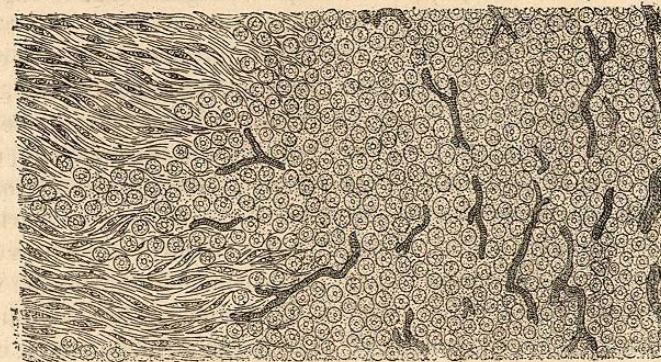


Fig. 212. — Sarcome diffus de la muqueuse de l'utérus. (Wyder.)

Le néoplasme est séparé du péritoine (à gauche) par une couche bien marquée de tunique musculaire saine, épaisse de plusieurs millimètres. Les parties superficielles du côté de la cavité utérine (à droite) sont en voie de désagrégation.

Dans les parties profondes on voit par place des lames connectives fibrillaires et riches en cellules fusiformes à prolongements longs et courts. Entre ces cellules, une substance fondamentale amorphe et une forte accumulation de cellules rondes à noyaux apparents, très rapprochées les unes des autres. Dans les couches superficielles, les faisceaux de tissu fibreux et musculaire disparaissent complètement, pour faire place aux cellules rondes. La richesse vasculaire du tissu est très grande : autour des vaisseaux existent quelques foyers hémorragiques. Nulle part on ne rencontre de trace quelconque de la muqueuse utérine, en particulier pas de glande.

*seu nodosum, fibro-sarcome circonscrit, sarcome du parenchyme utérin.*

**Anatomie pathologique.** — On pourrait, se plaçant au point de vue clinique, appeler ces productions des corps fibreux malins. Comme leurs homologues bénins, les fibro-myomes, ils peuvent être sous-muqueux, interstitiels ou sous-péritonéaux. Ils naissent comme eux dans le parenchyme utérin, mais, circonstance capitale, au lieu d'y constituer des masses plus ou moins isolées par une capsule lâche, ils y sont profondément enracinés. Leur surface de section est pâle, leur consistance molle et homogène. Quand ils sont pédiculés, leur

Anatomie pathologique.

<sup>4</sup> KALTENBACH,  *Erfahrungen über Uterussarkom* ( *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 151, supplément).



pédicule est fibreux et il est évident qu'ils proviennent de la dégénérescence d'un polype fibro-musculaire. Les vestiges d'une constitution première bénigne se reconnaissent souvent dans les tumeurs sessiles, mais le tissu caractéristique du sarcome (accumulation de cellules arrondies et plus rarement fusiformes) n'est plus traversé que par de rares travées conjonctives. Quoi qu'il en soit, il est extrêmement probable qu'un fibro-sarcome a toujours eu pour tissu matriculaire un fibro-myome. On a souvent surpris sur le fait cette dégénérescence, et des observations de Chrobak, G. Müller, A. Simpson, Frankenhäuser et de Kurz<sup>1</sup> en sont des exemples remarquables.

On a observé des noyaux métastatiques éloignés dans le vagin, le péritoine, le poumon, le foie et les vertèbres.

Les transformations du fibro-sarcome en myxo-sarcome, en cysto-sarcome et autres tumeurs mixtes, sont excessivement rares<sup>2</sup>, et je me borne à mentionner ici une observation très intéressante de Gusserow<sup>3</sup>, relative à un myxo-sarcome avec noyaux sarcomateux métastatiques dans le péritoine, et une autre de Rabl-Rückard<sup>4</sup>, où il y avait combinaison de carcinome et de fibro-sarcome; les partisans de la proposition soutenue par R. Maier<sup>5</sup> pourraient même voir là un exemple de transformation directe du sarcome en carcinome.

Symptômes.

**Symptômes.** — Au début, rien ne distingue le fibro-sarcome du corps fibreux bénin : hémorrhagie sous forme de ménorrhagie ou de métrorrhagie; écoulement séreux, sorte d'hydrorrhée non odorante; douleurs médiocres, augmentation de volume de l'utérus. Les phénomènes physiques sont ceux d'une tumeur non ulcérée, que la dilatation permet d'atteindre, si elle est sous-muqueuse.

Plus tard, l'ulcération du néoplasme change la scène; les hémorrhagies deviennent un suintement de sang presque continu; la leucorrhée prend une odeur fétide et contient des débris riziformes où le microscope décèle la présence du tissu sarcomateux. Les douleurs s'accroissent et peuvent revêtir le caractère paroxystique, à apparitions régulières, que j'ai indiqué à propos du carcinome de la muqueuse. L'examen local permet au doigt introduit dans le col intact, mais dilaté, de sentir la masse friable du néoplasme qui parfois fait spontanément saillie entre les lèvres du museau de tanche. Le corps utérin

<sup>1</sup> CHROBAK. *Arch. f. Gyn.*, 1872, Bd. IV, p. 549. — G. MÜLLER. *Ibid.*, 1874, Bd. VI, p. 126. — A. R. SIMPSON. *Contributions to Obstet. and Gyn.* p. 240. — FRANKENHÄUSER, cité par A. ROGIVUE. *Du sarcome de l'utérus*. Thèse de Zurich, 1876. — KURZ. *Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.*, 16 juin 1877.

<sup>2</sup> O. TERRILLON. *Sarcomes de l'utérus* (*Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1890, t. XVI, p. 746.) Cet auteur a cependant observé 3 cas de sarcomes kystiques de l'utérus.

<sup>3</sup> GUSSEROW. *loc. cit.*, p. 165.

<sup>4</sup> RABL-RÜCKARD. *Beitr. zur Geb. und Gyn.*, 1872, t. I, p. 76.

<sup>5</sup> R. MAIER. *Virchow's Arch.*, 1877, Bd. LXX, p. 578.

peut être très augmenté de volume et bosselé; il est parfois en rétroversion et devient immobile, à la dernière période. On a même vu l'inversion de l'utérus être une conséquence du sarcome (Simpson). La cachexie se prononce enfin de plus en plus.

Souvent, cette seconde phase est précédée d'un soulagement passager dû à l'extirpation du sarcome qui a été pris pour un corps fibreux. Déjà, pendant l'opération, on aura pu soupçonner la nature de la tumeur à sa fusion complète avec le tissu voisin qui rend l'énucléation impossible. Une récurrence rapide sur place ne laisse plus de doute; c'est ce caractère qui avait fait nommer cette tumeur par les auteurs anglais *fibrome récidivant* (*recurrent fibroid*).

Freund a observé un cas curieux de fibro-sarcome d'un utérus cloisonné, ayant amené l'hydrométrie.

**Diagnostic.** — Soupçonné d'après les signes rationnels et généraux, il sera assuré par l'examen de la tumeur avec le doigt, introduit assez profondément, après dilatation, s'il est nécessaire au début. On ne pourrait hésiter qu'entre une métrite hémorrhagique ou un corps fibreux, plus tard entre un corps fibreux sphacélé et un épithélioma ou un sarcome de la muqueuse utérine. L'examen microscopique, après un curetage explorateur, sera d'un précieux secours.

Diagnostic.

La durée totale de la maladie varierait entre quatre mois (cas de Frankenhäuser) et dix ans (cas de Hegar). La moyenne, d'après Rogivue, serait de trois ans.

Le pronostic, toujours sérieux, est d'une gravité variable; la récurrence prompte s'observe surtout chez les sujets jeunes et dans les tumeurs qui ont présenté un développement rapide.

Pronostic.

**Étiologie.** — En réunissant tous les cas publiés jusqu'en 1885, Gusserow a dressé le tableau suivant, qui établit l'influence de l'âge :

Étiologie.

Avant 20 ans . . . . .	4 cas
de 20 à 29 . . . . .	5
30 à 39 . . . . .	15
40 à 49 . . . . .	28
50 à 60 . . . . .	18
au-dessus de 60 . . . . .	5 (dont 1 cas à 72 ans).

Ce tableau met en évidence la prédisposition, créée par la ménopause, pour le sarcome comme pour les autres productions malignes.

Sur 74 cas analysés par le même auteur, au point de vue de la stérilité et de la fécondité, 25 femmes étaient stériles (dont 4 vierges). Ce chiffre paraît très élevé et forme contraste avec ce que j'ai dit de la prédisposition des multipares au cancer du col.

**Traitement des cancers du corps.** — Il n'y a aucune différence à établir, au point de vue du traitement, entre les diverses formes

Traitement des cancers du corps.



anatomiques de cancer du corps utérin. Ce qui suit s'applique donc à l'épithélioma (ou carcinome) comme au sarcome.

Les indications sont les mêmes que pour le cancer du col : faire une opération radicale toutes les fois qu'on espère pouvoir tout enlever, et que la gravité de l'opération est légitimée par les grands bénéfices qu'on en attend. En cas contraire, se borner à un traitement palliatif.

Hystérectomie  
vaginale.

Le traitement curatif de choix est l'hystérectomie vaginale. On devra tâcher de la faire le plus tôt possible, afin de prévenir le développement excessif de l'utérus. Schröder<sup>1</sup> pose, en effet, comme règle que l'on ne doit ordinairement extraire par le vagin qu'un utérus dont le volume ne dépasse pas le poing. On pourrait, à la vérité, franchir cette limite grâce au morcellement, mais, quand il s'agit d'utérus cancéreux, cette opération fait courir à la femme des chances d'infection trop grandes pour constituer une bonne opération. Il faut noter que l'opération vaginale est rendue bien plus facile par la présence d'un col sain sur lequel on a de la prise et qui n'infecte pas la plaie; de là, les beaux succès opératoires qu'on peut obtenir<sup>2</sup>.

Hystérectomie  
par la  
voie sacrée.

L'utérus est-il trop gros pour qu'il soit prudent de tenter l'opération vaginale, on peut (si l'on ne préfère pas s'en tenir à une série de curages et de cautérisations énergiques) avoir recours à l'hystérectomie par la voie sacrée, que j'ai décrite dans le chapitre précédent. Elle est encore trop nouvelle pour que nous puissions la juger.

Jusqu'ici, quand l'utérus a été trop volumineux pour être enlevé par le vagin, on s'est adressé, le plus souvent, à l'incision abdominale.

Deux cas peuvent alors se présenter :

Hystérectomie  
supra - vaginale.

1° Le col est demeuré sain : alors on n'enlèvera que le corps, laissant le col comme pédicule; on fera, en un mot, l'hystérectomie sus-ou supra-vaginale (qu'il ne faut pas confondre avec l'hystérectomie totale). Malheureusement, le col de l'utérus fournira souvent un pédicule trop court pour qu'on puisse le fixer à l'extérieur. On l'abandonnera donc dans l'abdomen, suturé selon le procédé de Schröder qui a été décrit, à propos de l'hystérectomie appliquée aux myomes. Mais on devra bien s'assurer auparavant qu'il est intact, et même en curetter et en cautériser la muqueuse, au thermo-cautère.

<sup>1</sup> SCHRÖDER. *Die Krankh. der weibl. Organe*, 7<sup>e</sup> édit., 1886, p. 519.

<sup>2</sup> ROUTIER. *Congrès français de chir.*, 1888, t. II, p. 586 et *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, nov. 1888, p. 841. — TERRILLON. (*Répert. univ. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 551) a rapporté trois observations d'hystérectomies pour tumeurs malignes, suivies de guérison. — P. SEGOND (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, nov. 1891, p. 688) sur 8 cancers du corps de l'utérus, n'a pas eu de mort opératoire. 6 cas datent depuis plus de 1 an; 2 sont opérées depuis août 1891. — TERRIER (*ibid.*, p. 666) a opéré 2 cancers du corps, avec 1 mort opératoire; la malade guérie a survécu 2 mois et demi. — BOUILLY (*ibid.*, déc. 1891, p. 710) sur 2 cancers du corps, a eu 2 morts (malades opérées *in extremis*).

L'hystérectomie abdominale appliquée au cancer de l'utérus a fourni à Schröder 4 morts sur 15 malades, soit 30,77 pour 100<sup>1</sup>.

Les récidives rapides semblent *a priori* fort à craindre, car la section du col porte nécessairement très près des tissus malades. Cependant, sur les 11 malades guéries par Schröder, 5 seulement succombèrent à la récidive dans le cours de la première année; 4 étaient encore guéries après plus de 2 ans et 2 après 5 ans. Dans sa dernière édition (10<sup>e</sup> édition, 1890) Schröder mentionne deux guérisons, datant l'une de 5, l'autre de 7 ans, qui évidemment appartiennent à la même série, après une plus longue observation.

2° Si, l'utérus étant très gros, le col lui-même était malade, ce n'est plus l'hystérectomie supra-vaginale qu'on ferait par la laparotomie, mais l'extirpation totale par la voie abdominale ou opération de Freund<sup>2</sup>.

Cette opération a d'abord été indistinctement appliquée à tous les cancers du col et du corps. Ce n'est que devant sa mortalité effrayante qu'on a reculé et qu'on a cherché et adopté la voie vaginale, incomparablement moins grave. L'opération de Freund, telle qu'elle est actuellement pratiquée, n'est, en somme, qu'un retour à une opération proposée par Delpech<sup>3</sup>, dès 1850. (combinaison de la méthode hypogastrique et de la méthode vaginale). L'opération typique de Freund, celle qu'il a décrite dans ses premiers mémoires, n'est plus, en effet, pratiquée par son auteur lui-même, sans la modification que Rydygier<sup>4</sup> a proposée (à l'instar de Delpech), et qui consiste à libérer d'abord complètement le col, du côté du vagin, avant d'ouvrir l'abdomen.

Voici comment on procède à l'opération, ainsi perfectionnée :

La malade devra être couchée de manière à ce que la tête et la partie supérieure du tronc soient plus basses que le bassin. Elle aura été préparée, comme il a été dit pour l'hystérectomie vaginale.

Le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>e</sup> temps de celle-ci sont exécutés. On place alors un tampon iodoformé dans le vagin et l'on fait la laparotomie.

3<sup>e</sup> temps. Ouverture du ventre. — Incision commençant à l'ombilic et allant jusqu'à deux travers de doigt du pubis; il est bon, pour éviter les décollements, de placer une suture provisoire en masse sur les parois abdominales, de chaque côté de l'angle inférieur de la plaie. Si la paroi abdominale est très rigide, on peut au niveau du pubis désinsérer un ou les deux muscles droits. Crédé<sup>5</sup> a conseillé et

Hystérectomie  
abdominale  
(opération  
de Freund).

<sup>1</sup> M. HOFMEIER. *Zur Statistik des Gebärmutterkrebses*, etc. (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1884, t. X, p. 280.)

<sup>2</sup> W. A. FREUND. *Eine neue Methode der Exstirpation des ganzen Uterus* (*Samml. klin. Vortr.*, n° 155, p. 912) et *Centr. f. Gyn.*, 1878, n° 12, p. 265.

<sup>3</sup> J. DELPECH. *Arch. gén. de méd.*, 1850, 1<sup>re</sup> s., t. XXIV, p. 299.

<sup>4</sup> RYDYGIER. *Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 45, p. 642.

<sup>5</sup> B. CRÉDÉ (de Dresde). *Eine neue Methode der Exstirpation des Uterus*. (*Arch. f. Gyn.*, 1879, t. XIV, Heft 3, p. 450).



exécuté une audacieuse manœuvre pour se donner du jour : il a, dès le début de l'opération, pratiqué la résection d'une partie de la paroi pelvienne.

Les intestins, dont on favorisera l'ascension par la position inclinée de la malade, seront repoussés vers le diaphragme avec des compresses-éponges ; s'il n'y a absolument pas moyen d'y voir clair, on pourra se résoudre à l'éviscération, c'est-à-dire à la sortie momentanée d'une partie du paquet intestinal hors de la cavité et sur la paroi abdominale, où il est maintenu humide et chaud par un enveloppement, souvent renouvelé, de compresses-éponges.

4<sup>e</sup> temps. **Ligature et section des ligaments larges.** — L'utérus est saisi avec des pinces de Museux et fortement attiré en haut. Freund liait alors successivement les ligaments larges en trois paquets. Pour passer le fil inférieur qui devait étreindre l'artère utérine, il se servait d'une sorte d'aiguille-trocart dont la pointe pouvait être poussée hors de la canule et venait ensuite s'y cacher par l'effet d'un ressort. Mais, depuis que l'opération est commencée par le vagin, la manœuvre est très simplifiée, car les vaisseaux utérins sont liés par cette voie. Ces temps préliminaires ont, en outre, l'énorme avantage de permettre d'éviter plus sûrement les uretères, qui se dégagent et se portent naturellement en haut lorsqu'on dissèque le col de l'utérus en l'attirant en bas. Il est, du reste, possible de les apercevoir, après l'ouverture du ventre.

L'utérus, que l'on attire commodément hors de la plaie, peut être détaché « comme une tumeur ». Au préalable, Bardenheuer lie isolément les vaisseaux de quelque importance qu'il est facile de reconnaître dans les ligaments larges, et ne coupe ces ligaments qu'après les ligatures. La séparation d'avec la vessie doit être faite avec grandes précautions, après incision du cul-de-sac péritonéal.

Les ovaires devront être enlevés chez les jeunes femmes.

5<sup>e</sup> temps. **Pansement.** — On devrait, me semble-t-il, comme après la colpo-hystérectomie, suturer les moignons des ligaments larges aux bords de l'incision vaginale rétrécie par deux points de suture, faire la toilette du péritoine, refermer la plaie abdominale et placer dans le cul-de-sac de Douglas et dans le vagin de la gaze iodoformée.

Freund préfère fermer avec soin la plaie vaginale, en réunissant le péritoine, au-dessus d'elle, par des sutures ; il ramène les fils de ligature par le vagin et exerce une traction plus forte sur les fils qui lient les parties supérieures des ligaments larges, provoque ainsi leur inversion destinée à donner lieu à un noyau cicatriciel, qui prendra la place de l'utérus entre la vessie et le rectum.

Bardenheuer<sup>1</sup> use d'un mode de drainage excessivement compliqué

<sup>1</sup> BARDENHEUER. *Die Drainirung der Peritonealhöhle*, Stuttgart, 1831.

dont il a varié les types ; le plus récent est formé d'un triple tube vaginal dont la pièce médiane n'est pas fenestrée, et qui est en communication avec quatre branches qui doivent plonger dans le péritoine ; l'une d'elles peut être ramenée dans la plaie abdominale.

Martin conseille de modifier l'opération que je viens de décrire, d'enlever d'abord le corps par la laparotomie, puis le col par le vagin<sup>1</sup>. Il a fait cette opération trois fois ; il compte 2 morts, et l'opérée guérie est morte de récurrence, dans le cours de la première année.

L'opération de l'extirpation totale est, du reste, d'une excessive gravité. La statistique que Hegar et Kaltenbach avaient donnée en 1881 comprenait 93 cas dont 65 morts, soit 67,75 pour 100 de mortalité. Dans la dernière édition de leur ouvrage (1886)<sup>2</sup>, ils ont porté les chiffres à 119 opérations avec 80 morts, soit 67,2 pour 100. En outre, il y a 4 opérations non terminées et 1 dont l'issue est inconnue ; toutes ces 5 devraient compter parmi les morts.

La récurrence est souvent rapide et toujours à peu près certaine. Les auteurs précédents ne connaissent qu'un seul cas de guérison durable, relatif à une malade opérée par Freund, en 1878. Toutes les fois qu'on a pu suivre les malades, on a vu survenir une récurrence, à délai plus ou moins court.

L'extirpation totale par l'abdomen est donc à la fois une opération des plus redoutables et d'un bénéfice précaire. Cela ne doit-il pas suffire à faire reculer le chirurgien ? Pour ma part, dans les cas où l'hystérectomie vaginale ne me paraîtrait pas possible, je préférerais avoir recours à la voie sacrée.

Enfin, quand les limites de l'utérus sont dépassées, on se bornera au traitement palliatif, curage suivi de cautérisation ignée (voir le chapitre relatif au TRAITEMENT DU CANCER DU COL).

L'antisepsie exacte des cavités vaginale et utérine a ici une importance excessive. En effet, les produits de désagrégation du néoplasme n'ayant qu'une issue plus ou moins incomplète par le col séjourner dans la cavité et provoquent des phénomènes d'intoxication putride. J'ai eu l'occasion de voir des malades qui paraissaient absolument septicémiques, renaître, pour ainsi dire, à la vie, après un nettoyage par la curette, un tamponnement antiseptique à la gaze iodoformée et des irrigations intra-utérines persévérantes. Plusieurs de ces observations ont été consignées dans la thèse de mon frère, Adrien Pozzi<sup>3</sup>.

La solution de sublimé, même à 1/5000, offre ici quelques dangers,

<sup>1</sup> A. MARTIN. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, p. 520. — ALBERT SIPPÉL. *Eine Freund'sche Totalexstirpation* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 49, p. 844). Cet auteur a récemment obtenu un succès, par cette méthode mixte.

<sup>2</sup> HEGAR et KALTENBACH, 3<sup>e</sup> édit., 1886, p. 455.

<sup>3</sup> ADRIEN POZZI. *Le traitement du cancer de l'utérus*. Thèse de Paris, 1888.

Gravité.

Récurrence.

Traitement palliatif.



à cause de la grande surface d'absorption. Il faut donc toujours à la suite de son emploi faire une irrigation à l'eau filtrée et bouillie, simplement aseptique. Pour une désinfection énergique, je me suis bien trouvé d'injections au permanganate de potasse (solution de couleur rouge cerise); comme désodorant, on peut les faire suivre d'injections à la liqueur de Labarraque ou au vinaigre de Pennès (une ou deux cuillerées par litre).

Je ne saurais trop insister sur le grand bénéfice qu'on retire, dans les cas d'intoxication septicémique aiguë, d'un pansement de la cavité utérine, avec des bandelettes de gaze iodoformée qu'on laissera séjourner de 24 à 48 heures. C'est un moyen de désinfection énergique et rapide. Ce tamponnement antiseptique de l'utérus a été recommandé par Fritsch<sup>1</sup>, après le curage du cancer, à la fois comme antiseptique et comme hémostatique.

Tamponnement  
antiseptique.

<sup>1</sup> H. FRITSCH. *Die Krankh. der Frauen*, 1886, p. 77.

## LIVRE VI

### DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS.

Considérations générales sur la statique de l'utérus. — Division des déplacements utérins. — Aperçu historique.

L'utérus est solidement fixé en arrière par les ligaments utéro-sacrés qui attachent, au niveau du col, leurs faisceaux inextensibles et résistants. Les connexions avec la vessie en avant, avec les ligaments larges et les ligaments ronds sur les côtés, servent bien moins à le soutenir qu'à l'orienter, si l'on peut ainsi dire, et à le maintenir dans la position d'antécourbure qu'il conserve, comme un vestige de sa situation fœtale<sup>1</sup>. La tonicité du plancher pelvien, dont l'occlusion normale du vagin fait disparaître le seul point faible, empêche la pression intra-abdominale de s'exercer dans le sens de la pesanteur : elle s'équilibre sur toute sa surface, et l'utérus flotte comme suspendu au milieu des organes du petit bassin qui lui forment, de tous côtés, des coussinets élastiques. On se rend bien compte de cette statique particulière lorsqu'on abaisse l'utérus artificiellement : jusqu'au moment où les ligaments utéro-sacrés sont tendus et s'opposent à une descente ultérieure, l'utérus cède à la traction avec la douce résistance d'un corps qui nage entre deux eaux.

Considérations  
générales sur  
la statique de  
l'utérus.

La réplétion de la vessie porte la matrice en haut et en arrière, en effaçant momentanément son antécourbure qui reparait et s'exagère, lorsque le réservoir urinaire est vide. La réplétion de l'ampoule rectale pousse l'utérus directement en avant et en haut : mais à l'état physiologique, elle est rarement assez prononcée pour que son action soit notable. Il n'en est pas de même de celle de la vessie, et les habitudes sociales, qui deviennent vite des habitudes organiques, l'exagèrent encore.

En somme, il existe pour l'utérus un seul point à peu près fixe,

<sup>1</sup> La connaissance de cette antécourbure normale est de date assez récente : elle est due à VELPEAU et à ses élèves. VELPEAU. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1849-1850, t. XV, p. 72. — L. PIACHAUD. *Les déviations de l'utérus à l'état de vacuité*. Thèse de Paris, 1852. — C. F. BOELLARD. *Quelques mots sur l'utérus*. Thèse de Paris, 1853 n° 87.