

TRENTE-HUITIÈME LEÇON

Du cancer utérin

(2^e Partie).

Discussion sur le choix d'une opération.

Opérations incomplètes. — Opérations radicales.

Amputation du col. — Hystérectomie.

Comparaison des résultats fournis par ces deux dernières opérations.

L'amputation du col est et restera une très bonne opération.

Divers procédés d'hystérectomie. Mauvais résultats de l'hystérectomie abdominale.

Hystérectomie vaginale. Cas personnels. L'avenir de cette opération est très incertain. On ne peut encore le juger.

MESSIEURS,

En étudiant la malade qui a fait l'objet de la précédente leçon, nous étions arrivés à conclure qu'il s'agissait d'un épithélioma du col ayant pris naissance sur la muqueuse intra-cervicale et nous pensions encore que la cavité du corps utérin pouvait avoir déjà subi quelques atteintes.

Cependant, je vous ai fait remarquer que l'affection, malgré d'aussi grands progrès vers le col et vers la cavité du corps, semblait assez limitée puisque on ne retrouvait pas d'empatement, d'induration du côté des ligaments larges et que l'utérus était mobile.

Après avoir établi le diagnostic aussi nettement que le permettait l'ensemble des signes recueillis par mon examen, réfléchissant à quelles graves complications pourrait succomber la malade si son mal évoluait librement, j'en étais arrivé à me demander s'il n'était pas utile d'intervenir : question bien légitime quand on voit l'épithélioma utérin marcher en deux ans, à une issue fatale. Son évolution est quelquefois moins rapide, quelquefois elle l'est davantage, mais deux années représentent la moyenne après laquelle les malheureuses malades succombent emportées soit par la cachexie, soit par quelque-une de ces complications si pénibles. Aussi doit-on, en présence d'une malade ainsi menacée, envisager quelle survie pourrait résulter pour elle d'une opération radicale si la gravité de son mal permet encore de la pratiquer.

Il n'est point d'autre raison pouvant mieux régler la conduite du chirurgien et ménager sa responsabilité ; mais voici que, pour le choix d'une intervention, nous nous trouvons aussitôt en face d'un fait depuis longtemps établi, je veux parler de la multiplicité des opérations imaginées pour les différents cas : tels chirurgiens préférant les extirpations incomplètes

tels autres proposant surtout les amputations radicales, enfin le manuel opératoire variant à l'infini surtout depuis que l'hystérectomie totale tend à s'introduire dans la pratique courante.

Essayons par le raisonnement d'éclaircir le point obscur et d'arriver, dans la discussion, à nous faire une idée nette des opérations limitées pour mieux juger les extirpations complètes.

En principe, Messieurs, il est certain qu'une tumeur, développée sur un point rétréci du col, apporte avec elle moins de danger immédiat et peut à la rigueur bénéficier d'une opération limitée. Il devient évident qu'une lésion qui, au contraire, aura dépassé les limites du col pour retentir au loin sur les ganglions, a déjà franchi la période qui la séparait des complications graves et que tout espoir est perdu. Aucune opération n'est capable de procurer un bénéfice quelconque et le seul résultat qui la suivrait serait, outre des accidents immédiats toujours redoutables, une récurrence sur place des plus promptes et une accélération des lésions profondes déjà développées.

Pour prendre un cas intermédiaire à ces deux exemples que je viens de citer, revenons à notre observation. Je vous ai dit que, chez cette femme, la lésion n'était pas seulement limitée au col intra-vaginal, et quelle avait dépassé la portion supra-vaginale du col.

Croyez-vous qu'il serait utile, honnête de pratiquer en pareil cas une simple amputation du col ? La méde-

cine opératoire réglée sur l'expérience clinique de tous les jours nous apprend qu'une amputation qui ne dépasse pas les limites du néoplasme qui la rendait nécessaire est une mauvaise opération, et que toujours après elle la lésion marche avec une sorte de fureur comme si le traumatisme opératoire avait apporté dans les tissus une excitation propice à la multiplication des éléments morbides.

Mais si dans le cours de mes leçons je vous ai souvent répété ce principe fondamental que vous ne devez jamais perdre de vue dans la chirurgie générale, je voulais faire quelques réserves pour l'épithélioma du col utérin.

Lui seul, peut-être, peut bénéficier d'opérations incomplètes, parce que l'action limitée qui diminue le mal sans le détruire tout à fait, supprime des surfaces saignantes, tarit la source d'hémorrhagies continuelles et fait disparaître des douleurs atroces qui trop souvent tourmentent les malades.

On voit ainsi des survies d'un, deux et même trois ans qui vraiment méritent d'être comptées quand on discute le choix d'une opération utile.

Je me rappelle avoir, dans deux circonstances, enlevé le col utérin pour des épithéliomas qu'on ne pouvait dépasser. Je me contentai de sectionner la tumeur au ras des insertions vaginales, sachant bien que je laissais encore au-dessus de ma section une partie notable du néoplasme. Pour aller aussi loin

que possible, je plaçai, dans l'orifice qui se montrait au centre de la plaie, un cône de pâte de Canquoin. J'avais la certitude de faire une opération utile chez ces deux malades épuisées par des pertes abondantes et d'incessantes douleurs. L'avenir répondit à mon espérance, car ces deux cas, où la logique, *à priori*, semblait condamner ma conduite, eurent, le premier, dix-huit mois, et le second deux ans de survie dans d'assez bonnes conditions. Il semble donc, Messieurs, que les opérations limitées, condamnables en principe, sont ici meilleures que dans d'autres régions.

Beaucoup de chirurgiens, assurément, avaient comme moi acquis cette conviction quand la Société de chirurgie (1884) discuta longuement la question. MM. Trélat, Verneuil, Tillaux apportèrent des faits nombreux où les opérations limitées avaient eu d'excellents résultats, et il ne parut pas dès lors qu'un avenir sérieux fut conservé aux hystérectomies. Restons donc convaincus que l'amputation du col est une très bonne opération, quand elle peut dépasser les limites du néoplasme, et toujours une opération utile quand elle en supprime seulement une partie.

D'autres opérations peuvent être pratiquées. Quelles sont-elles et quelle est leur valeur absolue?

L'amputation du col au-dessus des attaches du vagin, soit au moyen de l'instrument tranchant, soit avec le thermo ou le galvano-cautère, semble n'offrir que peu

d'avantages. Elle est souvent accompagnée ou suivie d'hémorragies difficiles à arrêter, et après elle, la mortalité est considérable. Ajoutez qu'elle ne met pas à l'abri des récidives immédiates, car il est difficile de prévoir exactement à quelle hauteur un néoplasme s'est avancé; la section même sus-vaginale peut rester en deçà des limites extrêmes de la tumeur.

Il semble donc qu'une opération dangereuse en soi, d'un secours restreint contre une affection dont les limites sont incertaines, qui, en définitive, ne donne que peu de survie, vaut moins que l'amputation sous-vaginale et doit être repoussée.

Vient ensuite l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale, c'est-à-dire la *laparo-hystérectomie*. Qu'elle soit complète ou incomplète, respectant, dans ce dernier cas, le col épargné par la tumeur; il n'en faut pas moins ouvrir la cavité péritonéale et courir les chances d'une action chirurgicale extrêmement grave. En effet, les résultats immédiats ont été désastreux, et rien ne fait prévoir que dans l'avenir ils puissent être heureusement modifiés.

Il y a peu d'instant, j'établissais que le cancer utérin débutait souvent par la muqueuse cervicale et ne se propageait que plus tard aux parties voisines. Le corps est rarement atteint primitivement. Quels seront donc les cas dans lesquels on pourra porter un diagnostic assez juste pour pratiquer la *laparo-hystérectomie* incomplète?

N'y eût-il que cette considération pour m'engager à ne jamais y recourir, que je me croirais suffisamment autorisé à chercher ailleurs une opération de choix.

J'aimerais mieux faire l'hystérectomie abdominale complète. Et cependant quelles difficultés opératoires ne rencontre-t-on pas dans ce procédé? La cavité abdominale ouverte, il faut aller à la recherche de l'utérus, le séparer peu à peu et, après ligatures multiples de ses ligaments larges, l'isoler, en dernier lieu, de ses insertions vaginales. Et pour pratiquer des temps aussi délicats, il faut agir dans l'excavation pelvienne avec toutes les difficultés que donnent le sang, la mobilité des organes voisins, le soin constant de ne pas les blesser!

Comptez les morts que donne cette opération, Messieurs, ils arrivent au chiffre de 80 0/0. Si après elle on avait de beaux cas de survie, si quelques malades échappaient au traumatisme opératoire pour jouir de longs mois d'une santé relative, à l'abri des douleurs et des infirmités qui accompagnent la marche envahissante du cancer! Mais non: les récidives ont été rapides. Quelques semaines, quelques mois, jamais ou presque jamais davantage. C'est là le plus grand résultat de l'hystérectomie abdominale; aussi, je ne l'admets pas.

Et cependant il existe des cas où cette opération pourrait, à la rigueur, trouver son indication. Dernièrement, M. le D^r Phélipot m'appelait auprès d'une