

VALEUR COMPARATIVE DES HYSTÉRECTOMIES
POUR CANCER DU COL

Observation d'un cancer limité du col, chez une femme jeune.

I. L'hystérectomie vaginale, quelquefois difficile, souvent insuffisante, ne fait rien pour les propagations, ni pour les ganglions.

L'hystérectomie abdominale est plus extensive pour le cancer et pour ses propagations; elle est préférable.

II. *Indications du traitement dit curatif*: 1° il est des cancers qu'on ne doit pas opérer, ce sont les *diffusés*; 2° il est des cancers que l'on peut opérer, mais qu'il vaut mieux ne pas opérer, ce sont les *propagés*; 3° il en est qu'il faut opérer, ce sont les *limités*.

Technique.

Opération. Résultat.

MESSIEURS,

Voici un cancer du col de l'utérus: il est limité; la malade est en bon état, elle est jeune encore; il faut l'opérer.

L'opérer? mais par quelle voie? Devons-nous enlever l'utérus par le vagin? devons-nous préférer la voie haute et pratiquer l'hystérectomie abdominale?

Je préfère cette dernière, et avant de pratiquer devant vous cette opération, je vous exposerai les raisons de ma préférence, je vous dirai les avantages de l'hystérectomie haute et les raisons de sa supériorité sur l'hystérectomie vaginale.

Je dis que ce cancer est limité, mais qu'est-ce donc, tout d'abord, qu'un cancer limité? Vous allez en juger par les détails de l'observation.

Notre malade est âgée de quarante-cinq ans, elle est couchée au numéro 12 de la salle Saint-Jean; elle est entrée à l'Hôtel-Dieu le 17 mai dernier.

Elle se plaignait alors de douleurs abdominales vagues et de pertes de sang. Son histoire se résume à peu de chose.

Mariée, aujourd'hui veuve, mère de six enfants dont le dernier a six ans, cette femme a toujours joui, jusqu'alors, d'une excellente

santé. Ses règles étaient régulières et normales, elle ne souffrait pas dans le ventre.

Depuis le mois de décembre dernier, elle a des pertes blanches et celles-ci ont depuis lors continué sans que notre malade ait cru devoir y prêter attention.

Un jour, c'était au mois de mars dernier, elle fut prise d'une hémorragie abondante, dans l'intervalle de ses règles; elle s'alite, se repose, et en quelques jours, sous l'influence d'injections d'eau très chaude, l'hémorragie s'arrête, et la malade reprend son travail.

Cependant, elle continue à perdre un liquide louche, légèrement teinté de sang, elle se sent moins forte, elle maigrit, son appétit diminue, son teint pâlit, et ses voisins, ses amies s'en préoccupent; on la presse, on la décide à venir consulter.

Au toucher, je trouve sur le col une tumeur végétante et ulcérée, qui occupe tout le fond du vagin, saigne facilement, et sécrète ce liquide fétide dont l'odeur ne laisserait plus de doute, si, par ailleurs, il y avait prise à l'erreur.

Nous reconnaissons là l'épithélioma végétant, papillaire du col, et tout de suite la question se pose: ce cancer est-il limité? est-il étendu?

Bien que la tumeur occupe tout le fond du vagin, on la contourne aisément avec le doigt, on reconnaît bien que tout le col est pris, mais que le col est seul atteint.

Sur tout son pourtour, la tumeur vient au contact des insertions vaginales; en avant elle s'en rapproche plus qu'en arrière, mais les limites du col ne sont nulle part dépassées et le vagin est absolument respecté. Voilà pour la tumeur elle-même.

Mais à côté de la tumeur, il faut surtout chercher ses propagations, les trainées qui peuvent s'irradier de sa surface jusqu'aux ganglions, penser enfin aux ganglions eux-mêmes.

Sous ce rapport, toutes les investigations que j'ai faites sont restées négatives; les culs-de-sac vaginaux sont souples, libres. Je n'y sens pas, ni à droite ni à gauche, cette induration qui indique la lymphangite cancéreuse, l'utérus est d'ailleurs parfaitement mobile dans tous les sens; et cette souplesse des culs-de-sac, cette suffisante mobilité, l'absence de douleurs importantes, tout cela me permet d'affirmer que le tissu cellulaire qui englobe l'utérus, qui comble la base des ligaments larges est indemne de propagation néoplasique, et que le cancer est limité au col même de l'utérus.

En est-il de même des ganglions? Je les ai recherchés, mais, pas plus ici que sur les autres malades, je ne suis arrivé à les sentir par l'exploration. J'ai vu de très gros ganglions pelviens échapper à une recherche méthodique et consciencieuse : je ne saurais donc me prévaloir d'une recherche négative pour affirmer qu'il n'y en a pas.

Malgré cela, nous avons des éléments suffisants pour établir notre diagnostic et nous pouvons ainsi le formuler : *cancer du col de l'utérus, sans propagations appréciables; cancer limité, cancer opérable.*

La malade, d'ailleurs, se présente dans des conditions très favorables; elle est un peu amaigrie sans être cachectique, ses reins sont en bon état, la diurèse normale de qualité et de quantité, le cœur est sans lésions, le terrain est donc bon, et pour le choix de l'opération, nous n'avons à nous inspirer que de la tumeur elle-même.

Je pourrais faire une hystérectomie vaginale : j'aime mieux pratiquer l'hystérectomie abdominale. Les deux opérations ne sont pas également extensives : la seconde marque un progrès sur la première. Je vais essayer de vous le démontrer.

I

Dans le cas actuel, l'hystérectomie vaginale serait possible : le cancer est limité, le vagin indemne, et je suis sûr qu'en abordant la tumeur par la voie basse, je la pourrais enlever intégralement.

Mais l'opération ainsi faite serait-elle cette large exérèse qui convient aux cancers en général? Ne serais-je pas obligé, pour éviter de blesser la vessie, de me rapprocher le plus possible de la tumeur? Et si je me rapproche de la tumeur, n'y a-t-il pas de danger de laisser dans la plaie quelques trainées épithéliales méconnues et de m'exposer ainsi à une récurrence que j'aurais évitée en opérant plus largement? Première objection à l'hystérectomie vaginale.

Ensuite pour exécuter cette opération, je dois abaisser l'utérus, et pour cela prendre point d'appui avec des pinces de Museux sur un col friable, qui va se déchirer sous la traction des pinces. L'opération est quelquefois difficile quand le col est presque tout détruit, comme ici.

Ce n'est pas tout : l'ablation de l'utérus ne se fera qu'avec morcellement; l'utérus, et avec lui le néoplasme seront au moins section-

nés sur la ligne médiane, suivant le procédé de Quénu-Müller, que je préfère aux autres : et ce morcellement devient ici une défec-tuosité. En le faisant, je cours le risque de disséminer les cellules cancéreuses, au hasard des surfaces cruentées, de les greffer ici ou là, dans la bouche ouverte des vaisseaux sectionnés. L'idéal serait d'enlever le cancer sans y toucher, sans le manipuler, sans le frag-menter, en coupant à distance, loin de lui en plein tissu sain. Ce n'est point ce que peut faire l'hystérectomie vaginale, et je le regrette.

Mais je lui reproche surtout de ne rien faire pour les propagations de voisinage et de laisser les ganglions méconnus. C'est là un des principaux écueils de l'hystérectomie vaginale.

Elle ne fait rien, elle ne peut rien contre les propagations voisines : je suppose que la base du ligament large soit légèrement infiltrée, il faut l'enlever. Or par l'hystérectomie vaginale, cela devient impos-sible : il y a une vessie à ménager, un uretère à respecter, et au fond de la plaie, je ne vois rien de net qui me serve de point de repère. Si donc au cours de l'hystérectomie vaginale, je rencontre une infiltra-tion du ligament large méconnue ou insoupçonnée, je dois la laisser parce que je ne puis faire autrement.

Je la laisse et je fais volontairement une opération incomplète, c'est-à-dire très malheureuse, car dans ces cas, la continuation du cancer s'effectue avec une rapidité bien plus grande que si la tumeur avait été abandonnée à elle-même. J'en parle en connaissance de cause, ayant fait, moi aussi, à une autre époque, de ces opérations incomplètes par la voie vaginale; on dirait que l'opération ouvre alors à la pro-pagation cancéreuse des voies nouvelles et faciles, et les trainées se répandent vite en semant la douleur dans toute l'étendue de la cavité pelvienne.

Vous me direz qu'ici les ligaments larges sont indemnes, ils ont conservé leur souplesse et je n'y soupçonne aucune propagation can-céreuse. Soit : mais la clinique est sujette à l'erreur, on peut se tromper, et ne reconnaître qu'à la coupe une infiltration trop légère pour donner une induration appréciable au toucher.

D'ailleurs, il y a encore la question des ganglions : le cancer de l'utérus a, lui aussi, des propagations lymphatiques. Depuis qu'on fait des hystérectomies pour cancer, on s'aperçoit que les ganglions sont souvent pris et de très bonne heure : Williams, par exemple, trouve des adénopathies dans 56 cas sur 78 autopsies. Peiser affirme que 50 p. 100 des cancers ont déjà envahi les ganglions au moment où les malades se présentent à notre examen, et les résultats des hysté-

rectomies plaident dans ce sens. Jacobs, sur 23 laparotomies, trouve 23 fois des ganglions pelviens, et moi-même sur 12 hystérectomies abdominales pour cancer, je trouve 5 fois des adénopathies dignes d'être enlevées.

Et ce n'est pas dans les formes les plus végétantes, que ces ganglions se rencontrent; on les voit aussi avec des cancers limités, peu étendus, à forme interstitielle, nodulaire, sans végétation. Sur une de mes malades, qui présentait un cancer du col à forme nodulaire, avec ulcération, j'ai trouvé des ganglions du volume d'une noix, dont quelques-uns étaient suppurés et dont l'embonpoint de la malade ne m'avait pas permis de soupçonner la présence?

Qu'aurait fait l'hystérectomie vaginale dans un cas de ce genre? Elle enlevait l'utérus, mais laissait les ganglions; elle était forcément incomplète.

Et sur notre malade, je me garderais bien d'affirmer l'intégrité des ganglions; je ne les sens pas, c'est tout ce que je puis dire, ils ne sont pas gros, c'est tout ce que je puis affirmer, et la clinique ne me dit rien de plus. Mais une faible augmentation de volume de ces ganglions peut parfaitement échapper à mes investigations.

Aussi bien l'hystérectomie vaginale n'est pas assez extensive pour que je la préfère: quels que résultats qu'elle ait donnés en d'autres mains, malgré les survies prolongées que plusieurs de mes collègues, comme Richelot, ont eues avec cette opération, je lui préfère l'hystérectomie abdominale qui, par elle-même, est de nature à suppléer à plusieurs des défauts de l'hystérectomie vaginale.

L'hystérectomie abdominale procède en effet d'une manière toute différente; l'abdomen est ouvert, et du premier coup un large accès est donné sur la lésion. On explore avant d'opérer, on corrige s'il le faut, un diagnostic de localisation inexact, on constate une extension plus grande qu'on ne l'avait pensé et on peut s'arrêter à temps.

En outre, la laparotomie permet de faire tout ce que fait l'hystérectomie vaginale; elle permet même de faire mieux.

Pour l'utérus, par exemple, l'hystérectomie est totale; elle enlève donc, avec le col, le corps et les propagations dont la muqueuse est parfois le siège. Elle enlève sans morcellement, tout d'une pièce, ce qui est un avantage.

Pour le vagin, elle permet plus facilement, avec moins de dangers pour la vessie et les uretères, de réséquer toute la partie supérieure, en dépassant largement les limites du mal.

Pour les ligaments larges infiltrés, elle permet, à la rigueur, d'en poursuivre l'infiltration autour des uretères que l'on voit et que l'on dissèque.

Pour les ganglions, enfin, elle nous donne le moyen de les voir, de les sentir et de les supprimer, s'il y a lieu; et à ce point de vue encore, elle est supérieure à l'hystérectomie vaginale.

L'hystérectomie abdominale est donc plus extensive que l'hystérectomie vaginale, et c'est en cela qu'elle est préférable à cette dernière.

Est-ce à dire, cependant, qu'elle soit une opération vraiment curative, susceptible de guérir radicalement le cancer de l'utérus?

Je ne le crois pas; il n'y a pas de traitement radical du cancer de l'utérus, toutes nos opérations échouent devant une malignité en quelque sorte fatale. Et toutes les malades que j'ai jusqu'à ce jour opérées par l'hystérectomie abdominale ont récidivé, comme autrefois récidivaient toutes les malades auxquelles je faisais subir l'hystérectomie vaginale. Elles ont récidivé dans une période de temps qui s'étend de trois à quinze mois.

Et si je consens encore à enlever de temps en temps un utérus cancéreux, c'est dans l'espérance qu'un jour ou l'autre une malade échappera, comme par hasard, à la loi fatale de récidive et m'apportera, avec une indemnité de plusieurs années, une compensation à de nombreux échecs.

J'ai préféré depuis quelques années l'hystérectomie abdominale, j'ai cherché à accentuer le mouvement de réaction contre l'hystérectomie vaginale; c'est que je considère l'hystérectomie abdominale comme la plus large, comme la plus extensive des opérations à opposer à un cancer opérable du col de l'utérus; elle est l'opération de choix.

Et cependant, gardez-vous de l'appliquer indistinctement à tous les cas? Ce serait une faute; je pense, au contraire, que le meilleur moyen d'améliorer les résultats, est de faire un choix judicieux parmi les malades qui se présentent à nous. Il est des indications précises à cette opération; nous allons maintenant les passer en revue.

II

Depuis que l'hystérectomie abdominale pour cancer est sortie, rajeunie par l'asepsie moderne, de l'oubli où elle était tombée après