

les premières opérations de Freund, on l'a appliquée à des cancers du col, d'étendue très diverse. Il en est toujours ainsi au début d'une méthode : on ne connaît pas ses contre-indications, et entraînés par une confiance aveugle et souvent excessive, les chirurgiens l'appliquent un peu confusément à tous les cas qui se présentent à eux. Avec les échecs, avec les insuccès, la réaction commence : on distingue des contre-indications, on saisit mieux les indications, et on s'attache à choisir les cas pour tirer de l'application de la méthode le meilleur parti qu'elle peut donner.

Cette évolution, je l'ai vécue pour l'hystérectomie totale dans son application au cancer du col : après avoir opéré des cancers très étendus, je suis devenu beaucoup plus sévère, et actuellement, voici comment je comprends les indications du traitement prétendu curatif dans les cancers du col.

1° *Il est d'abord des cancers, qu'on ne doit pas opérer* : ce sont les *diffusés*. J'entends par cancers diffusés, ceux qui se sont étendus à presque toute la cavité pelvienne. Du col où il a pris naissance jusqu'aux ganglions où il est localisé, le cancer a poussé ses propagations dans le tissu cellulaire pelvien, dans les ligaments larges, dans la paroi vésicale, autour des uretères, et jusque du côté du rectum. Ce n'est plus un cancer du col, c'est un cancer pelvien, terme ultime du cancer propagé de l'utérus.

Ici pour enlever le cancer dans sa totalité, c'est un *évidement pelvien* qu'il faudrait réaliser ; il faudrait enlever non seulement l'utérus, mais encore la vessie, les uretères. On a fait de ces opérations en Allemagne : en France on en a très peu fait, et c'est tant mieux. Une fois j'ai pratiqué ainsi un curage du bassin chez une malade qui avait un cancer étendu. J'ai d'abord lié les iliaques internes, et même d'un côté l'iliaque primitive ; j'ai enlevé l'utérus, les ligaments larges, le tissu cellulaire pelvien, les ganglions, réséqué la vessie et abouché ailleurs les uretères. Ma malade a guéri et j'ai pu la présenter en assez bon état à la Société de Chirurgie ; mais le bénéfice thérapeutique fut à peu près nul, et je n'ai jamais voulu recommencer cette opération dans de semblables conditions.

Gravité immédiate énorme, infirmités persistantes par fistule urinaire ou stercorale, récurrence rapide, ou mieux continuation du mal, voilà le bilan de ces opérations, contre lesquelles je vous mets en garde. Quand le cancer est *diffusé*, il ne faut pas opérer.

2° *Il est des cancers qu'on peut opérer* : ce sont les *cancers propagés*.

J'entends par *cancers propagés*, ceux qui sans être diffusés, ne sont plus absolument limités. La tumeur a déjà dépassé les limites du col, le vagin à sa partie supérieure est envahi ; dans les culs-de-sac vaginaux à droite ou à gauche, ou des deux côtés à la fois on sent cette légère induration qui permet d'affirmer la propagation néoplasique. Le col est moins mobile, il est comme fixé par le cul-de-sac induré qui le retient.

Vous seriez parfois tenté de penser que cette induration est purement inflammatoire, qu'il y a là une périlymphangite à point de départ cervical, comme cela se voit quelquefois avec les infections. Anatomiquement, la lymphangite banale est possible ; quelques ganglions que j'ai enlevés n'étaient qu'inflammatoires et pas autre chose ; mais cliniquement, l'induration du cul-de-sac vaginal permet à elle seule de dire d'un cancer du col qu'il est propagé.

Vous reconnaîtrez encore la propagation à ces douleurs pelviennes, qui tiennent à la compression des nerfs et qui ne se produisent que lorsque le cancer a dépassé les limites du tissu utérin pour se répandre dans le tissu cellulaire des ligaments larges.

Donc, infiltration des culs-de-sac, immobilité du col, douleurs pelviennes : voilà les signes auxquels vous reconnaîtrez l'extension, et dans ces conditions, seule l'hystérectomie abdominale est possible.

Ici, en effet, l'hystérectomie vaginale est déplorable, elle reste forcément incomplète ; et c'est après elle qu'on voyait autrefois ces propagations rapides, ces extensions d'un cancer, qui semblait animé d'une nouvelle vigueur depuis le jour où l'ablation de l'utérus avait enlevé toute barrière à son extension.

Ces résultats déplorables de l'hystérectomie vaginale m'avaient autrefois tellement frappé que, depuis quelques années, j'avais renoncé à opérer ces malades, et je me contentais du curettage qui — chose curieuse — laissait une survie aussi prolongée et sûrement moins douloureuse que l'hystérectomie vaginale.

Avec l'hystérectomie abdominale au contraire, on peut poursuivre et enlever toutes ces propagations cancéreuses : et c'est ici que la voie haute révèle ses avantages. Excision facile de la partie supérieure du vagin, excision des ligaments larges infiltrés, dissection et libération des uretères sous le contrôle de la vue, recherche et ablation des ganglions : voilà les avantages de l'hystérectomie abdominale.

On peut ainsi enlever toute l'étendue du mal, en apparence au

moins. Sur une malade, que j'avais opérée dans ces conditions et qui succombait au bout de quelques jours, je fis prélever à l'autopsie en plusieurs points différents quelques fragments du tissu cellulaire du petit bassin, et on n'y put trouver aucune trace de propagation cancéreuse : j'avais tout enlevé.

Les apparences sont donc très favorables ; car si tout est enlevé, c'est la guérison sûre.

Mais, Messieurs, tout n'est pas enlevé, car dans ces cas la récurrence est la règle : malgré les investigations anatomiques que je viens de rappeler, comment croire que tout le cancer a été supprimé dans ses extensions, quand il suffit d'une cellule cancéreuse pour servir de germe à la récurrence ?

Et les faits cliniques sont là, pour nous montrer par la récurrence fatale, combien nos espérances sont illusoire, et inefficaces nos opérations dans ces circonstances.

Aussi bien, je me vois forcé aujourd'hui, d'apporter une certaine réserve dans la thérapeutique des cancers propagés.

Et s'il est vrai qu'on peut les opérer, je dirai volontiers qu'il vaut mieux ne pas les opérer.

D'abord, dans ces cas, l'hystérectomie conserve encore toute sa gravité et celle-là très réelle, gravité irréductible en quelque sorte. Sans doute la perfection de la technique, l'expérience et l'habitude ont beaucoup réduit dans ces dernières années la mortalité de l'hystérectomie. Mais cette mortalité reste encore plus élevée actuellement qu'elle ne l'est pour les infections : sur quatre cancers opérés cette année, nous avons perdu une malade, et cette gravité vient de ce que la surface ulcérée du cancer est un centre d'inoculation.

J'y remédie en faisant avant la laparotomie le curage de la masse bourgeonnante, mais cette désinfection n'est après tout que relative, et la longueur des manœuvres, l'étendue des surfaces avivées et découvertes sont des conditions favorables à l'infection. L'hystérectomie abdominale reste donc une opération meurtrière.

Mais ce ne serait pas là, je le reconnais, un argument suffisant pour rejeter cette opération : il est des circonstances où il faut savoir se résigner à une gravité supérieure dans la perspective d'un bénéfice plus appréciable.

En est-il ainsi ? malheureusement non ; à la suite de ces opérations pour cancers propagés, j'ai vu toutes mes malades sans exception récidiver. Ces jours-ci encore, je vous montrais une malade que j'ai opérée en janvier dernier : elle avait un cancer propagé au ligament

large droit ; c'était une femme jeune, de trente-deux ans. J'enlevai l'utérus, la partie supérieure du vagin, le ligament large droit et libérai l'uretère correspondant. Nous sommes à six mois à peine de l'opération et la malade est actuellement en pleine récurrence. Le bénéfice a été nul, car dans l'appréciation des résultats vraiment thérapeutiques il n'y a pas à s'occuper du temps que cette malade mettra à mourir ; la période vraiment utile, la seule dont il faille se préoccuper, c'est celle qui s'étend entre l'opération et la récurrence.

Ce n'est pas là une exception, c'est au contraire la règle. Et tout en reconnaissant que ces cancers propagés peuvent être opérés, j'en suis arrivé, instruit par l'expérience, à reconnaître qu'il vaut mieux ne pas les opérer.

3° Il est enfin des cancers qu'on doit opérer : ce sont les cancers limités.

Pour ceux-là, le doute n'est plus permis, il faut les opérer, et pour les enlever, choisir l'hystérectomie abdominale.

J'entends par cancers limités ceux qui n'ont pas dépassé les limites du col, ou ont à peine empiété sur le pourtour de l'insertion vaginale. Ici, point d'infiltration reconnaissable des culs-de-sac vaginaux ; ici l'utérus a toute sa mobilité, la lésion est jeune, récente, localisée. Ce sont les meilleures conditions opératoires.

Ces cas étaient autrefois le triomphe de l'hystérectomie vaginale : celle-ci était en effet suffisante après tout, elle enlevait l'utérus et le col, et avec lui le cancer, et quand il n'y avait pas encore de propagation, le cancer était enlevé dans sa totalité.

Et cependant je préfère, même pour ces cancers limités, l'hystérectomie abdominale pour deux raisons : 1° parce qu'elle est une opération de correction et 2° parce qu'elle est plus extensive.

Elle est une opération de correction : c'est-à-dire que s'il y a erreur sur la localisation du cancer, l'hystérectomie abdominale nous permet de corriger les déficiences du diagnostic.

Voici un cancer, je le crois limité : mais je puis me tromper, il est des infiltrations larvées qui sont trop légères pour être reconnues au toucher : il y a des ganglions que je ne puis sentir. Si je fais une hystérectomie vaginale, je fais une opération insuffisante, et je suis désarmé parce que par la voie vaginale, je ne puis rien faire contre les extensions constatées.

Au contraire, si j'interviens par l'abdomen, je puis poursuivre où qu'elles se trouvent les infiltrations reconnues à la vue, senties au

toucher, et si, par hasard, je les trouve tellement étendues, qu'elles dépassent de beaucoup ce que je supposais, il me reste la ressource de m'arrêter. Je puis me contenter d'une exploration et refermer le ventre sans avoir été plus loin. Avec l'hystérectomie vaginale, je ne puis jamais m'arrêter, et je suis toujours obligé d'aller jusqu'au bout.

Mais admettons même que les lésions soient aussi limitées que nous l'espérons, l'hystérectomie abdominale est encore préférable parce qu'elle est plus *extensive*. Elle vous permet de dépasser largement les limites du mal, d'enlever avec le col la partie supérieure du vagin, ce que vous ne pouvez faire par en bas. Elle vous permet de couper en tissu sain, d'enlever des ganglions même suspects, et de poursuivre de ce côté les propagations microscopiques.

A tous ces points de vue, la voie abdominale me paraît préférable ; je n'ai plus que très rarement recours à l'hystérectomie vaginale pour cancer, l'hystérectomie abdominale me paraît devoir bénéficier de toutes les indications anciennes de l'hystérectomie vaginale.

C'est en faisant par la voie haute des ablations de cancer, que l'on pourrait encore faire par la voie vaginale, que l'on arrivera à obtenir dans le traitement du cancer du col de très bons résultats.

Quelles sont les conditions qui ont si heureusement modifié, dans ces dernières années, le pronostic des cancers du sein ? C'est que nous faisons des exérèses précoces, avant l'extension, avant l'adhérence, avant l'adénopathie : c'est que nous faisons une ablation *large*, enlevant pour une tumeur de petit volume la glande tout entière, la peau, l'aponévrose du grand pectoral ; c'est que enfin, nous faisons le *curage préventif* du creux axillaire.

Et pourquoi ne pas chercher à faire bénéficier d'un semblable progrès les malades atteintes d'un cancer de l'utérus, malgré toutes les différences anatomiques et cliniques qui différencient celui-ci de celui-là ?

Faisons donc pour les cancers de l'utérus, des opérations *précoces* : tâchons de soupçonner à ses premières manifestations, de reconnaître à ses premiers indices le cancer en évolution. Pratiquons de bonne heure l'hystérectomie abdominale plus extensive, plus large dans l'exérèse qu'elle procure ; devançons les infiltrations latentes des ligaments et enlevons-les dès qu'on les sent quelque peu modifiés. Voilà, Messieurs, les conditions qui nous permettront d'obtenir des survies prolongées.

C'est une loi générale que dans le traitement des cancers une opé-

ration n'est suffisante qu'à la condition d'être excessive : faisons de même pour l'utérus ; l'hystérectomie abdominale nous en donne le moyen : c'est une raison de la préférer.

Un dernier mot sur la technique opératoire.

Je n'insiste pas sur la préparation de la malade ; elle n'offre rien de spécial. Cependant dans les formes très végétantes, lorsque le cancer forme au fond du vagin une masse saignante et sécrétante, il est bon de se débarrasser à l'avance de ces produits septiques ; le curettage suffit à cet effet. Mais il me paraît prudent de ne le faire qu'au moment même de l'opération : sans cela, s'il est fait quelques jours avant, on se trouve au jour de l'hystérectomie en pleine réaction inflammatoire, et on reste exposé à tous les dangers qu'il s'agissait d'éviter. Il est donc très facile et très simple de procéder au curettage du canal immédiatement avant l'opération. C'est ce que je fais.

En ce qui concerne l'hystérectomie elle-même, je pratiquais autrefois la ligature préventive des artères hypogastriques. Ce faisant, j'espérais assurer l'hémostase du bassin, j'espérais n'avoir pas à lier en plusieurs endroits différents des artères difficiles à atteindre, comme l'utérine : j'espérais aussi prévenir dans une certaine mesure la récurrence en réalisant d'avance une ligature atrophiante.

Je n'ai eu de satisfaction à aucun de ces points de vue : l'hémostase n'a jamais été bien assurée par la ligature des hypogastriques, et même quand ces artères étaient liées des deux côtés, je me voyais encore obligé de lier plus tard les utérines avec toutes leurs branches. Enfin, je n'ai jamais vu la récurrence se faire plus tardive chez les malades qui avaient subi des ligatures atrophiantes. Aussi y ai-je renoncé.

Une fois le ventre ouvert, et les intestins refoulés du côté du diaphragme et protégés, j'explorerai la cavité pelvienne et rechercherai les ganglions. Si j'en trouve d'appréciables, si j'en trouve quelques-uns, fussent-ils de petit volume, j'inciserai sur leur trajet et je les enlèverai. J'aime mieux les enlever d'abord, avant d'ouvrir le vagin et avant d'enlever le cancer.

Puis, je sectionnerai le péritoine entre la vessie et l'utérus, de manière à décoller la vessie, à la refouler en bas, avec les uretères. Dès que ce décollement aura atteint et largement dépassé les limites du néoplasme, je couperai le ligament large droit, au-dessous des annexes, le vagin lui-même de droite à gauche, et enlèverai ensuite le ligament large gauche.

Je sectionnerai le vagin aussi loin que possible de la tumeur. La tumeur sera ainsi enlevée, autant que possible sans morcellement.

Dès lors, l'opération est finie : il ne reste plus qu'à suturer le vagin et à reconstituer au-dessus de lui les surfaces péritonéales avec un surjet qui adosse partout le péritoine à lui-même.

*Opération. Résultat.* — L'opération fut pratiquée ce jour même, le 31 mai 1900, par M. Legueu, avec l'assistance de M. Duclaux, interne. Chloroformisateur : M. Vincent.

L'utérus est enlevé par la voie abdominale sans morcellement, tout d'une pièce, suivant la technique indiquée. En même temps que le col, on enlève toute la partie supérieure du vagin, avec le tissu cellulaire de la base du ligament large à droite et à gauche.

La recherche des ganglions reste négative : on n'en sent aucun, on ne les enlève pas.

Après ligature des vaisseaux, le vagin est suturé, et le péritoine fermé par un surjet continu. Un drain et une mèche de gaze sont laissés à demeure.

*Suites opératoires normales.* — La malade quittait le service le 10 juillet, complètement guérie.

Depuis lors on n'en a pas eu de nouvelles.

L'examen histologique de la pièce pratiqué par M. Chevassu a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma typique, de la variété cylindrique.

## IV

### HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE POUR PROLAPSUS UTÉRIN RÉCIDIVÉ

- I. Observation d'un prolapsus utérin complet, total, récidivant après une colpopérinéorrhaphie, chez une femme de cinquante-deux ans.
  - II. La colpopérinéorrhaphie, quoique nécessaire, serait ici absolument insuffisante. L'hystéropexie pourrait, à la rigueur, être utilisée comme opération complémentaire. Mais, à l'âge de cette femme, la conservation de l'utérus n'a plus d'intérêt. Elle serait plutôt justiciable de l'hystérectomie vaginale.
  - III. A l'hystérectomie vaginale, je préfère l'hystérectomie abdominale, qui supprime l'utérus altéré, fibromateux, inutile ; je me sers du col pour réaliser la fixation du moignon supra-vaginal à l'angle inférieur de la paroi abdominale et ajoute à l'exérèse une *pexie*.
- La restauration du périnée, opération de *contention*, est faite dans la même séance.
- Observation d'une malade opérée dans ces conditions ; bon résultat. Cette opération n'est indiquée que chez les femmes âgées, atteintes de prolapsus complexe ou récidivé.

## MESSIEURS,

A chaque étape du prolapsus utérin convient un traitement plus complexe : au début, alors que seules les parois vaginales s'abaissent sur un périnée déchiré et une vulve entr'ouverte, une colpopérinéorrhaphie bien conduite suffit presque toujours à contenir l'utérus et à arrêter le prolapsus dans sa descente.

Plus tard, quand le prolapsus est complet, quand l'utérus tout entier pend à l'extérieur, recouvert des parois vaginales inversées, il ne suffit plus de refaire le périnée ; il faut encore ajouter à l'opération de contention une opération de fixation ou une hystérectomie.

Une malade de la salle Saint-Jean va nous permettre de développer et de discuter ces considérations. Elle a un prolapsus complet de l'utérus ; elle a été opérée l'année dernière, et de l'opération qu'on lui fit, elle ne retira aucun bénéfice, car elle était après quinze jours dans l'état où elle se trouvait avant l'opération.

Son état depuis lors n'a fait que s'aggraver : il y a donc récurrence du prolapsus après la colpopérinéorrhaphie, et cette circonstance nous permettra de juger plus sévèrement du traitement qu'on lui institua et