

à propos du traitement de l'avortement¹. — Plus récemment M. Porak a lu à la Société médicale du sixième arrondissement de Paris une note relative à l'asepsie des éponges qui conclut également à la supériorité de l'éther iodoformé. Cet auteur a montré en outre que l'huile, l'éther et l'alcool peuvent imprégner l'éponge préparée sans la dilater et sans lui faire perdre sa qualité indispensable, la *dilatabilité*. A. Martin, de Berlin, a coutume de les plonger dans une solution alcoolique d'acide phénique à 95 pour 100.

A l'aide de ces procédés on dilate le canal cervical dans une assez grande hauteur; mais, malgré toutes les précautions antiseptiques, ce sont des moyens limités, et pour certains objets la dilatation obtenue par eux est insuffisante.

2° DILATATION RAPIDE DU COL. — On a inventé beaucoup d'instruments de *dilatation immédiate* du col; mais aucun ne donne de résultats pleinement satisfaisants et ils sont d'un maniement peu sûr.

La dilatation rapide, quand elle ne doit pas être très large, est obtenue plus sûrement par l'introduction progressive de sondes en cuivre ou en gomme dure (sondes de Hégar et de Kœberlé) de plus en plus grosses et toujours en observant les précautions antiseptiques. Par ce dernier moyen on peut en une séance de dix minutes dilater de plus d'un centimètre un utérus qui s'y prête un peu.

3° DILATATION EXTEMPORANÉE DU COL UTÉRIN. — Quand l'exploration nécessite une dilatation plus large, il ne faut pas hésiter à l'obtenir par l'**incision bilatérale du col**.

Malgré que cette méthode soit sanglante, elle n'offre aucun danger quand elle est faite avec une antiseptie rigoureuse, et c'est la plus utile quand le canal cervical est très rétréci et le col résistant.

Il faut inciser le col de chaque côté jusqu'aux culs-de-sac. Lorsqu'on a terminé l'exploration digitale du corps, ou le raclage, s'il est indiqué, il suffit de poser quelques points

1. Bull. de la Société obstétricale, mars, juin et juillet 1886. — Nouv. Arch. d'obstétrique et de gynéc. — Arch. de tocologie. — Journ. de méd. de Paris, 1886.

de suture qui referment les incisions et de faire ensuite un pansement à la gaze iodoformée, pour que tout soit terminé en quelques jours.

L'exploration de la cavité de l'utérus, pratiquée au moyen de l'incision bilatérale du col, doit être faite sous le chloroforme dans la plupart des cas.

On peut encore obtenir une bonne dilatation rapide à l'aide du dilatateur à trois branches de Sims.

Après l'accouchement ou l'avortement, la dilatation s'obtient parfois assez vite avec les sacs de caoutchouc de R. Barnes.

Dans certains cas où l'élément *douleur* prédomine dans la métrite chronique, et dans quelques variétés de névralgie utérine dont le siège peut être rapporté au col (dysménorrhée douloureuse ou spasmodique), **Doléris** n'hésite pas à pratiquer la dilatation *forcée-extemporanée* du col, comme on pratique celle de l'anus pour les fissures douloureuses (voir thèse de Soto, Paris, 1885). Plus récemment un gynécologue américain, Goelet, a proposé le même procédé, qui lui a donné de nombreux succès.

4° DILATATION TOTALE DE LA CAVITÉ UTÉRINE (**Méthode du professeur Vulliet**, de Genève). — Cette méthode est d'invention récente (1885). Pour la pratiquer il est indispensable de faire prendre à la malade la position de Bozeman ou genu-pectorale.

Le siège sera placé très haut en face de la lumière; les reins fortement courbés formeront une véritable enclature. — La malade s'habitue rapidement à prendre seule cette position, un peu pénible au début.

Avec une valve très large de Sims, on relèvera fortement le périnée et l'ouverture du col deviendra alors facilement accessible.

On commencera la dilatation du col en choisissant pour chaque cas particulier l'instrument (sonde ou dilatateur) qui s'adaptera le mieux aux dimensions, à la forme et à la direction du canal cervical.

Cet instrument sera graduellement augmenté de volume ou d'action jusqu'à ce que l'on ait obtenu un certain degré

de dilatation qui permette l'introduction de tampons iodoformés.

Ces tampons de coton sont d'une grosseur qui varie entre celle d'un gros pois et celle d'une amande. Ils sont attachés à leur centre par un double fil.

On les plonge dans une solution étherée d'iodoforme au $\frac{1}{10}$, on les agite vivement dans l'air pour les sécher rapidement, et on les conserve dans un flacon bien bouché.

A l'aide de pinces à pansement recourbées, longues et très minces, on porte ces tampons à l'entrée de l'orifice externe de l'utérus; de là, on les pousse petit à petit dans la cavité utérine avec une tige métallique, jusqu'à ce qu'ils aient franchi l'orifice interne et pénétré complètement dans la cavité.

On réunit dans un seul nœud tous les fils qu'on a laissé pendre hors de la vulve, de façon à pouvoir retirer ou changer facilement les bourdonnets.

Ces premiers tampons qu'on aura placés au nombre de trois ou quatre, dès la première séance, seront retirés au bout de 24 ou 48 heures; on lavera la cavité si c'est nécessaire, et on les remplacera *séance tenante* par d'autres tampons dont on *augmentera graduellement* le nombre et la grosseur.

Il est indispensable de ne pas laisser la cavité utérine vide, pour ne pas perdre le bénéfice de la dilatation déjà obtenue.

Ces tampons antiseptiques sont généralement bien supportés; ils peuvent produire cependant des vomissements semblables à ceux de la grossesse, mais que l'on arrête facilement.

Après avoir obtenu un commencement de dilatation par les tampons iodoformés, on peut l'activer en introduisant dans la cavité utérine rendue aseptique un petit faisceau de trois ou quatre tiges de laminaria bien désinfectées. — Après 24 heures, on les enlèvera; on lavera avec soin la cavité au sublimé et l'on continuera le tamponnement avec le coton iodoformé.

Ce tamponnement, de plus en plus volumineux, distend

graduellement la cavité utérine, jusqu'à ce que le coton étant retiré et l'air remplissant la cavité, la dilatation est telle que le regard peut inspecter toute l'étendue de ses parois et pénétrer jusqu'au fond de l'utérus; en un mot, jusqu'à ce que les cavités de l'utérus et du vagin ne paraissent plus former qu'un seul canal.

Le temps nécessaire pour arriver à cet état de dilatation varie selon l'état de l'utérus et le degré de résistance du col. Dans les cas les plus rapides il a suffi de cinq jours. Quand le col est très résistant il faut jusqu'à cinq semaines.

En général quinze jours suffisent pour obtenir la dilatation graduelle complète de la cavité utérine, en renouvelant le tamponnement tous les deux jours.

Cette dilatation peut être maintenue très longtemps, par la continuation de l'application de tampons dont on augmentera ou diminuera le nombre, selon les nécessités de chaque cas. — Abandonnée à elle-même, la cavité reprend sa capacité normale en quelques semaines.

Chez certaines malades âgées, il faudra dilater la vulve et le vagin atrophies, à l'aide de gros tampons iodoformés ou imbibés d'huile térébenthinée, avant d'arriver à la matrice.

La dilatation ainsi obtenue permet d'appliquer directement un traitement local, sous le contrôle de la vue, qui peut être aidée d'un éclairage par l'électricité ou par tout autre appareil à réflecteur. Elle a permis l'application d'un traitement énergique dans de nombreux cas de cancer de la matrice, dans des cas de polypes fibreux intrapariétaux faisant saillie dans la cavité, dans des fibromyomes et contre l'endométrite.

M. Vulliet a pu présenter aux sociétés médicales des photographies du fond de la cavité utérine ainsi dilatée et aussi des moulages en plâtre ou en caoutchouc.

Quelques observations récentes nous font croire que la dilatation par la méthode suisse est parfois très longue et qu'elle n'est pas sans provoquer des accidents nerveux ou autres (fièvre, excitation, douleur, phénomènes hystériques, etc.) quelquefois assez intenses. De plus, l'emploi des

éponges préparées aseptiques, de volume progressivement croissant, peut conduire rapidement au même résultat.

Enfin, le bénéfice de la vue est très limité dans cette inspection de l'utérus dilaté. — Il suffit que l'on puisse introduire le doigt, et le toucher ainsi pratiqué directement est certainement supérieur à toute autre méthode d'exploration intra-utérine.

1. TUMEURS DE L'UTÉRUS

Cancer. — Le cancer de l'utérus relève d'opérations diverses qui diffèrent selon la nature du mal, son siège et son degré de développement.

Avant d'entrer dans la description des procédés nouveaux d'opération, je crois utile de signaler ici le mouvement général qui se fait parmi les gynécologues en faveur de la *précocité* de l'opération, quelle que soit la nature primitive du néoplasme de l'utérus ou de ses annexes, et aussi en faveur de l'*ablation totale* de l'organe aussitôt que la nature maligne du néoplasme est soupçonnée.

Grâce à la méthode antiseptique, en effet, l'opération, par elle-même, n'offre plus aujourd'hui de grands dangers. Le péril véritable, c'est d'arriver trop tard, alors que l'infection générale est faite, ou que le développement du mal ne permet pas de le détruire en entier.

Des travaux récents faits en France et en Allemagne démontrent que certains néoplasmes utérins d'apparence bénigne ont souvent, dès leur début, des éléments de malignité que l'on peut reconnaître à l'aide de recherches histologiques minutieuses. Ces éléments, d'abord latents, en se développant provoquent une dégénérescence maligne bientôt évidente, qui se termine par la généralisation de l'affection.

Ruge et *Schröder* ont constaté que cette évolution maligne est plus rapide dans les tumeurs qui siègent sur le col que dans celles qui siègent sur le corps. Ils concluent à l'intervention prématurée, quelle que soit la nature primitive de ces tumeurs.

Poupinel, en France, *Cohn*, en Allemagne, ont étudié tout récemment avec soin cette évolution maligne dans les tumeurs de l'ovaire.

Elle est la même pour les *néoplasmes utérins*. A Berlin, on peut voir dans le laboratoire de *Schröder* une série de pièces accompagnées de préparations histologiques qui montrent bien la succession de la marche de ces tumeurs, qui, au début, paraissent être de simples adénomes, des papillomes ou des végétations polypeuses, et qui, plus tard, offrent tous les caractères de la tumeur maligne.

Dans sa thèse récente pour l'agrégation, *M. Bar* a bien résumé le développement du cancer du col de l'utérus.

Le cancer peut débiter au niveau de la portion vaginale ou au niveau du canal cervical. Quel que soit son siège primitif, il se présente sous trois formes cliniques : *ulcéreuse, végétante, infiltrante*.

1° CANCER DU CANAL CERVICAL (d'après *Ruge* et *Veit*). —

a) Il débute par des noyaux sous-muqueux au sein du tissu conjonctif et *en dehors des glandes jusque-là respectées*. La muqueuse est soulevée d'abord, puis altérée, *toujours au-dessus de l'orifice externe, qui est respecté*.

L'ulcération se développe en évitant le col qui est réduit à une coque mince.

L'envahissement gagne surtout vers le corps en s'emparant du tissu musculaire et paraissant respecter la muqueuse. D'autre part, l'aspect de la portion vaginale du col peut paraître extérieurement normal, ou parfois une fissure se fait visiblement sur le museau de tanche. Enfin le parametrium est intéressé dans toutes les directions, même alors que la portion vaginale paraît indemne.

b) Il débute dans les glandes : soit dans les culs-de-sac glandulaires qui s'hypertrophient, se multiplient par bourgeonnement au sein du tissu musculaire, *épithélioma cylindrique* (rare); soit dans les conduits qui s'agrandissent et s'emplissent d'épithélium pavimenteux stratifié (très fréquent); soit dans la forme qui répond à notre *épithélioma perlé*.

2° CANCER DE LA PORTION VAGINALE. — Il débute dans le tissu conjonctif ou dans les glandes.

La néoplasie est toujours précédée de la disparition de l'épithélium pavimenteux, et débute sur l'érosion qui succède à cette disparition, par une néoformation d'épithélium cylindrique. L'envahissement successif de tous les éléments du col est très rapide, sinon simultané. Glandes et substratum sont pris presque en même temps.

La propagation est différente de celle du cancer du canal cervical ; elle respecte plutôt les parties profondes du col et du corps, pour s'étendre en surface sur tout le museau de tanche et gagner rapidement les parois du vagin et le tissu conjonctif qui les double.

Donc pour le premier (*cancer du canal cervical*), l'infiltration se fait vers le corps de préférence ; pour le second (*cancer de la portion vaginale*), elle se fait vers le vagin. L'anneau représenté par l'orifice extérieur du col représenterait une sorte de barrière qui déciderait du sens dans lequel doit se faire l'extension du cancer (Ruge et Veit).

Heitzmann accepte ces vues, mais ajoute une variété d'épithélioma superficiel, sorte de cancroïde à marche lente, ayant peu de tendance à gagner en profondeur, justiciable par conséquent de l'hystérotomie vaginale ou sus-vaginale, au même titre que les cancers de la portion vaginale peu étendus.

Au contraire, le cancer intracervical réclamerait une opération plus complète.

Des considérations précédentes il résulte que, dans la généralité des cas, la précocité de l'opération est non seulement une garantie du succès opératoire, mais encore que cette précocité s'impose pour éviter l'extension rapide et la généralisation consécutive qui plus tard rendraient impossible ou inutile toute intervention chirurgicale.

Traitement palliatif.

Nous ne saurions cependant conclure à l'opération radicale, dans tous les cas. Il importe, en effet, de savoir que des procédés nouveaux se sont introduits, qui permettent de faire bénéficier les malades d'un bien-être qui, prolongé,

équivalant presque à la guérison, puisqu'il égale en durée la survie après l'ablation de l'organe.

Ces procédés *palliatifs*, pour les cas de cancer utérin inopérable, ont été étudiés surtout en France par M. Siredey et son élève Gaches-Sarraute (*Traitement par le tamponnement et les topiques pénétrants*) et par MM. Terrillon et Adriet (*Curage et raclage*). MM. Fraipont, Walton, en Belgique, adoptent la même pratique. — M. Vulliet a démontré que sa méthode de dilatation totale permettait d'atteindre le mal assez profondément et peut-être assez radicalement pour donner l'illusion durable de la cure définitive du cancer. Il dilate avec les tampons iodoformés et gratte au fur et à mesure que des portions de néoplasme sont mises à découvert. (Consulter les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, Betrix, janvier 1886 ; — G.-Sarraute, mars 1886 ; — Sabail, Wisard, août 1886.)

Traitement curatif.

C'est dans cet objet que l'on doit l'employer du moins. — Il consiste dans l'ablation partielle (hystérotomie) ou totale (hystérectomie) de l'organe malade.

Nous laisserons de côté maintenant la question de thérapeutique du cancer pour revenir directement aux procédés chirurgicaux proprement dits, sans préoccupation absolue des affections qui les motivent.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LE COL DE L'UTÉRUS

ABLATION PARTIELLE OU HYSTÉROTOMIE.

Hystérotomie vaginale (Procédé de Kœberlé).

La malade est couchée sur le côté droit, en travers du lit sur le bord duquel le bassin est suffisamment relevé. La cuisse gauche est maintenue en flexion exagérée à l'aide