

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,

équivalait 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

d'une alèze triangulaire appliquée près du genou et nouée derrière l'épaule droite.

On ramène le périnée en arrière à l'aide d'un écarteur plat et court.

Avec plusieurs pinces de Museux implantées dans la partie saine du col, on saisit cet organe et on l'amène le plus possible en dehors de la vulve.

Une sonde en acier introduite jusque dans la cavité uté-



Fig. 15. — Pince de Museux.

rine indiquera la position exacte des parties sur lesquelles on opère et servira de guide.

On pratique, avec le bistouri, une incision qui circonscrit le pourtour du col, que l'on sépare alors complètement du vagin.

A mesure que l'on incise, les tissus se rétractent, et l'on applique le *thermocautère* sur la partie sectionnée, de façon à cautériser et même à obtenir une coction légère, qui arrête l'écoulement du sang et produit une mince eschare sèche superficielle.

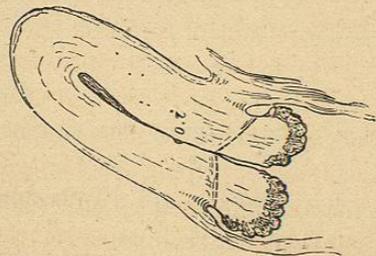


Fig. 16. — Trajet des incisions dans l'amputation sous-vaginale du col.

Le thermocautère sera appliqué rapidement, mais cependant en faisant une pression légère sur les tissus. Une petite lame de bois creusée et arrondie au bout sera ap-

pliquée sur les parties voisines du vagin, de façon à empêcher que la chaleur rayonnante du thermocautère ne vienne les brûler.

De plus, on fera pénétrer sur le champ de l'opération un jet d'eau fraîche antiseptique, pour le nettoyer et le rafraîchir.

Les incisions alterneront avec les cautérisations et les lotions fraîches; on les continuera ainsi en coupant toujours perpendiculairement contre la matrice sans l'entamer, jusqu'à ce que le segment inférieur soit libéré circulairement à une hauteur suffisante. De cette façon on ne lèsera ni la vessie en avant ni le péritoine dans le cul-de-sac postérieur.

Lorsqu'on arrive au delà des tissus qui paraissent sains, on sectionne sur la matrice elle-même perpendiculairement à la direction de la sonde ou par une incision excavée en cône.

On ne détachera pas complètement le segment de la matrice de façon qu'en tirant sur le col on puisse attirer en dehors la surface cruentée et en assurer l'hémostase bien complètement.

La section sera terminée directement avec le couteau du thermocautère. Si l'on rencontre des vaisseaux, artère ou veines utérines, dont le jet de sang est assez considérable pour gêner la cautérisation, on les saisit avec des pinces hémostatiques, ou bien, après les avoir divisés, on les cautérise jusqu'à racornissement complet.

Le pansement consistera en l'application d'un tampon de coton imbibé d'un liniment oléo-calcaire, composé de parties égales d'huile d'olive et d'eau de chaux vive; on saupoudrera ce premier tampon avec un peu d'iodoforme et l'on pourra maintenir le tout à l'aide d'un second tampon de gaze iodoformée. D'ordinaire la cicatrisation est parfaite au bout d'un mois.

ABRASION PARTIELLE DU CANAL CERVICAL OU EXCISION  
DE LA MUQUEUSE

**Procédés de Schröder et Martin.**

Le cancroïde du col n'envahissant que tardivement le parenchyme utérin au delà de l'orifice interne, l'hystérotomie telle que nous venons de la décrire d'après la méthode de Kœberlé a de fréquentes indications.

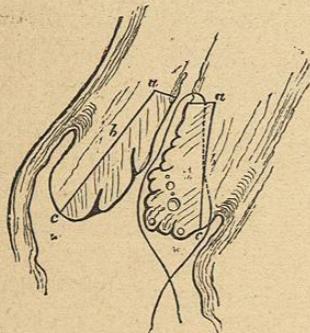


Fig. 17. — Trajet du bistouri et des fils dans l'excision de la muqueuse du col.

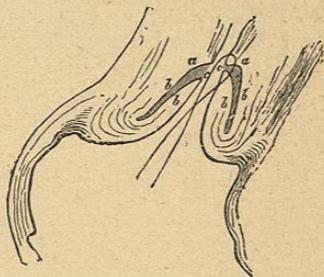


Fig. 18. — Réunion des lambeaux après l'excision des lambeaux.

A cause de cela même, il est utile d'indiquer le procédé suivant de M. Schröder.

On saisit avec des pinces de Museux les deux lèvres du col, on attire la matrice en bas et l'on pratique, de chaque côté, dans le col une incision qui se prolonge jusqu'à l'insertion des culs-de-sac vaginaux.

L'écartement des deux lèvres ainsi facilité permet de pratiquer le plus près possible de l'orifice interne une incision transversale (a, fig. 17) pénétrant jusque dans le parenchyme du col.

Ensuite on plonge le bistouri dans le sommet de cette même lèvre du col, en le dirigeant vers la première incision, de façon qu'en pratiquant ensuite deux incisions latérales, toute la muqueuse malade sera enlevée ainsi qu'un peu du tissu sain sous-jacent.

On passe alors dans le bord supérieur de la plaie (a, fig. 18) un fil qui vient traverser ensuite le lambeau in-

férieur, de façon que quand on serre en les nouant les deux chefs de ce fil, les deux lambeaux se rapprochent; on en fait autant pour l'autre lèvre, et il ne reste plus qu'à poser quelques points de suture sur les incisions latérales pour que tout soit terminé.

Si l'opération a été faite avec l'antisepsie rigoureuse, la réunion est rapide et le col reste recouvert par la muqueuse vaginale qui n'a pas de prédisposition morbide.

Cette opération, qui est sans danger, est applicable aux

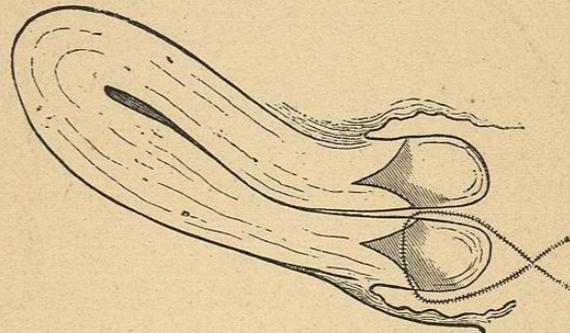


Fig. 19. — Excision conique des deux lèvres.

catarrhes invétérés du col, quand la muqueuse cervicale est le siège de végétations exubérantes, d'hypertrophie glandulaire ou de néoformations adénoïdes qui entretiennent cet état catarrhal.

Ces productions résistent à tous les topiques, même à l'acide azotique fumant, et il ne faut pas oublier qu'elles sont un danger constant, à cause de la dégénérescence maligne plus ou moins éloignée dont elles deviennent presque fatalement le siège.

Traitement des  
catarrhes invétérés  
du col.

AMPUTATION BICONIQUE DU COL.

Lorsqu'il s'agit de raccourcir un col hypertrophié (*allongement, hypertrophie simple du col*) ou de remédier à la conicité congénitale exagérée du museau de tanche, etc., l'amputation *biconique*, très en vogue à Berlin, est d'une simplicité fort séduisante.

Elle consiste (fig. 19) à libérer latéralement les deux lèvres du col par deux coups de ciseaux portant profondément sur les deux commissures, c'est-à-dire à droite et à gauche. Chaque lèvre sera ensuite enlevée par deux incisions obliques qui iront se rejoindre de façon à dessiner une gouttière angulaire (fig. 19), correspondant à l'extrémité conique de la lèvre excisée. On ne saurait mieux comparer cette opération qu'à l'amputation classique d'un membre, à deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur. — La suture est d'autant plus sûre et d'autant plus aisée que les lambeaux sont plus saillants.

#### HYSTÉROTOMIE SUS-VAGINALE

L'HYSTÉROTOMIE SUS-VAGINALE est indiquée aussitôt que le néoplasme cancéreux a dépassé la partie de la muqueuse vaginale immédiatement afférente au col et qu'il est arrivé par conséquent dans les culs-de-sac.

Avant de commencer l'opération, il faut rendre la cavité de la matrice et le vagin complètement aseptiques, par des lavages antiseptiques, portés jusqu'au fond de la matrice, au moyen d'une canule fine.

On complète ce nettoyage à l'aide de petits tampons d'ouate aseptique portés dans le fond de la matrice.

On abaisse le col avec les pinces de Museux, puis on passe au travers et au-dessus de chaque cul-de-sac latéral, une anse de fil solide qui servira d'abord à abaisser davantage l'organe et plus tard à lier l'artère utérine.

On pratique alors une incision demi-circulaire au-devant du bord de la lèvre antérieure, à 1 centimètre au moins en dehors des tissus malades. Le doigt introduit à travers cette incision sépare la vessie de la paroi antérieure du col. On termine cette séparation à l'aide de la pointe mousse des ciseaux, ou par de petites sections pratiquées avec prudence.

En tirant en haut les pinces de Museux, on relève ensuite le cul-de-sac postérieur, et l'on incise transversalement la paroi postérieure du vagin.

On sépare, avec plus de peine, la paroi postérieure du col du péritoine qui l'entoure; — éviter d'inciser ou de déchirer ce dernier.

Le doigt dégage alors l'utérus de ses connexions conjonctives en déchirant et en refoulant les tissus. On pose des ligatures sur les vaisseaux et on les sectionne en dedans des ligatures.

Quand on a ainsi dégagé le col de son étui vaginal, on incise la paroi antérieure du col jusqu'au canal cervical. On passe des fils à travers le cul-de-sac antérieur, le

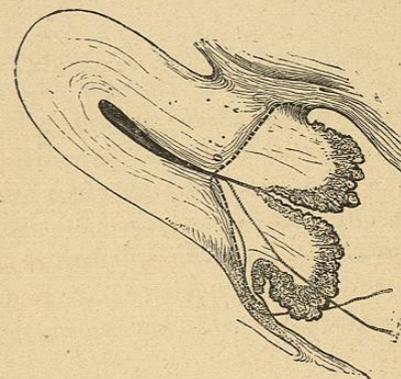


Fig. 20. — Incision et suture dans l'amputation sus-vaginale du col.

long de la paroi postérieure de la vessie, et on leur fait traverser la paroi utérine jusqu'au canal cervical.

En nouant ces fils, la surface de section de la paroi vaginale antérieure s'applique sur la face de section de la muqueuse cervicale et l'on ferme en même temps la lésion faite au tissu conjonctif.

Ces fils de suture, que l'on ne coupe pas de suite, servent à tenir l'utérus abaissé pendant que l'on pratique de la même façon la section de la paroi postérieure. Après l'ablation des parties malades, on place les sutures postérieures qui unissent la paroi vaginale au bord de la paroi postérieure de l'utérus.

On place quelques ligatures latérales, et enfin on

consolide le tout en fermant par des ligatures profondes les espaces compris entre les bords cruentés.

TRACHÉLORRHAPHIE OU OPÉRATION DITE D'EMMET.

Elle est indiquée lorsqu'il y a une déchirure latérale du col allant jusqu'à l'insertion vaginale. Elle rend d'autant plus de services que la lésion est plus complète, c'est-à-dire, dans les cas d'*ectropion marqué* du col et de lacération bilatérale profonde avec nodule cicatriciel douloureux.

Elle consiste dans l'ablation d'une bandelette de tissu à chacune des lèvres.

L'avivement porte sur les parties latérales de chaque lèvre dans une étendue suffisante pour que la coaptation des bords des lèvres soit aisée. On peut le pratiquer au bistouri, ou au moyen de ciseaux. L'avivement ainsi obtenu donnera un V dont le sommet répondra à l'insertion vaginale. — Une fois terminé, on passe des fils qui vont de la muqueuse externe à la partie cruentée et de la partie cruentée à la muqueuse cervicale, en allant de dehors en dedans de façon à rapprocher les bords correspondants des deux lèvres.

Quand tous les fils sont placés et serrés, on les noue et le col reprend sa forme.

Il importe, pour réussir cette opération :

- 1° De ne négliger aucune précaution antiseptique ;
- 2° De pratiquer un avivement assez large en surface ;
- 3° D'exciser surtout en dedans, vers le conduit cervical ;
- 4° Enfin d'enlever tout le tissu cicatriciel qui est logé à l'angle de la déchirure, sans en laisser le moindre vestige.

On a proposé quelques opérations destinées à modifier celle-ci, mais aucune ne comporte guère plus de simplicité d'exécution ni de garantie de réussite.

ABLATION TOTALE DE L'UTÉRUS

HYSTÉRECTOMIE

L'ablation complète de l'utérus entre chaque jour davantage dans les mœurs chirurgicales; les perfectionnements apportés dans l'examen des malades, la certitude plus précoce du diagnostic des néoplasmes du corps de l'utérus, et surtout la fréquente malignité de ces néoplasmes sont des raisons puissantes qui engagent les chirurgiens à enlever de bonne heure l'organe atteint.

Ce qui domine en effet dans les tendances que j'ai observées chez les chirurgiens modernes, au sujet du traitement des affections malignes de l'utérus, c'est la préoccupation :

1° *D'intervenir de bonne heure.*

2° *D'enlever tout ce qui peut devenir le siège d'une récurrence.*

Ces deux conditions sont en effet indispensables au succès de l'opération; si les statistiques de l'hystérectomie présentent de grandes variations selon les chirurgiens qui les fournissent, c'est que ceux-ci n'observent pas de la même façon ces indications.

Presque tous les chirurgiens sont d'accord aujourd'hui pour indiquer l'ablation totale de l'utérus comme opération de choix; à cause de cela, les procédés opératoires de l'hystérectomie ont été très perfectionnés pendant ces derniers mois.

Les chirurgiens français en particulier en ont fait une opération simple, rapide et relativement facile.

Je donnerai dans un ordre chronologique la description des différents procédés que j'ai vu pratiquer.

L'ablation complète de l'utérus peut se faire par l'*abdomen* et par le *vagin*.

L'*hystérectomie abdominale* a été un peu négligée dans ces derniers temps.

Hystérectomie  
abdominale.