Si l'on juge que le col est assez dégagé, on incise la paroi antérieure, jusqu'à ce que le couteau arrive dans le canal cervical. Alors des fils sont passés à travers le cul-de-sac antérieur et le long de la paroi postérieure de la vessie, traversant la paroi utérine antérieure et ressortant finalement par le canal cervical. On noue, et la surface de section de la paroi vaginale antérieure s'applique sur la surface de section de la muqueuse cervicale ; cette suture qui embrasse profondément les parties, serme aussi la plaie du tissu conjonctif. Plus tard, quand on aura divisé la paroi postérieure de l'utérus, ces sutures empêcheront le moignon de remonter. On place de même des sutures postérieures embrassant les parties profondes et unissant la paroi vaginale à la lèvre postérieure de l'utérus. On consolide la réunion en plaçant de nouvelles sutures latérales et on termine en fermant par des ligatures aussi profondes que possible, les espaces paramétriques béants. Il arrive souvent qu'en libérant la lèvre postérieure du col en arrière, on incise ou on déchire le péritoine. Si on opère avec les précautions antiseptiques, cet accident n'a pas d'importance.

Cette opération permet d'enlever sûrement et en grande partie les culs-de-sac vaginaux (Schræder a un jour enlevé en même temps toute la moitié supérieure du canal vaginal), les couches immédiatement adjacentes du tissu conjonctif, le col tout entier et même une petite portion du corps de la matrice. Lorsqu'on s'est appliqué avec un soin jaloux à empêcher l'infection, qui trouverait dans le péritoine et dans le tissu conjonctif pelvien un foyer des mieux disposés, l'amputation que nous avons décrite ne présente pas de dangers (1). Cette opération

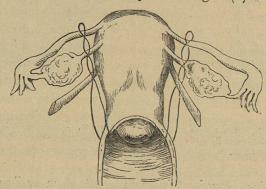


Fig. 162. - Ligatures dans l'extirpation totale de l'utérus (d'après Freund).

avait une grande importance pratique, il y a quelques années; à l'heure actuelle l'hystérectomic vaginale, qui n'est guère plus dange-

reuse, mérite la préférence à moins de circonstances exceptionnelles (carcinome au début, âge très peu avancé des malades, impossibilité d'enlever tout l'utérus, etc.)

Le cancer de la paroi et spécialement celui de la muqueuse cervicale se comportent différemment. Ici la muqueuse du corps utérin participe de bonne heure à la dégénérescence, et comme on ne saurait sur le vivant déterminer le degré d'extension du mal avec quelque certitude, il s'en suit que l'amputation sus-vaginale du col ne saurait suffire.

Les cas dans lesquels le cancer a envahi toute la matrice depuisi l'orifice interne jusqu'au sommet du viscère, paraissaient échapper à toute intervention chirurgicale, jusqu'au moment où Freund proposa sa méthode d'extirpation totale de l'utérus par la voie abdominale (1). Cette opération s'exécute comme suit. Après avoir désinfecté le vagin avec le plus grand soin, on ouvre le ventre, avec les précautions antiseptiques les plus sévères.

La ligature des ligaments larges peut être exécutée, à l'exemple de Freund, en trois parties. La première ligature comprend l'oviducte jusqu'au ligament de l'ovaire; la seconde, le ligament de l'ovaire jusqu'au ligament rond et la troisième, le ligament rond jusque et y compris le cul-de-sac vaginal. Lorsqu'on a placé ces ligatures et serré les fils des deux côtés. il convient d'inciser les culs-de-sac antérieur et postérieur. A cet effet, on incise tout d'abord transversalement le péritoine qui tapisse l'excavation vésico-utérine ; puis, on décolle, à l'aide d'instruments mousses, la vessie de l'utérus, et on finit par inciser le cul-de-sac antérieur. L'incision du cul-de-sac postérieur offre moins de difficultés encore. On sectionne alors les ligaments larges entre les ligatures et les bords de l'utérus; cet organe tout entier se trouve ainsi libéré de ses attaches. Si, malgré la ligature, les artères utérines donnent du sang, on se hâte d'en faire la ligature immédiate ou médiate. La plaie étendue, produite par l'ablation de l'utérus, doit être alors réunie d'avant en arrière par des ligatures perdues, qu'on aura soin de couper aussi courtes que possible. Dans ce but, on enfonce l'aiguille, d'abord dans le feuillet antérieur du péritoine incisé, on la pousse ensuite à travers le tissu conjonctif rétro-vésical, pour la faire sortir par la muqueuse vaginale antérieure. Le bord postérieur de la plaie est constitué par la muqueuse vaginale postérieure et par le péritoine qui recouvre la cavité de Douglas : on réunit ce bord postérieur au bord antérieur de la plaie, par toute une série de sutures disposées très près l'une de l'autre, et de façon à ce

⁽¹⁾ Sur 155 opérées, il n'en est mort que 10 à la clinique gynécologique de Berlin; parmi les 64 dernières opérations, il n'y a pas eu d'insuccès.

⁽¹⁾ W. A. FREUND. Volkmann's Vortr., no 133, Centralbl. f. Gyn., no 12; Berl. klin. Woch., 1878, no 27.

laire à travers la muqueuse vaginale, tout autour du col; puis je lie et

je coupe à droite et à gauche les vaisseaux afférents. Cela fait, je

que la plaie soit partout recouverte par le péritoine. On replace alors les intestins dans le petit bassin et on ferme la plaie abdominale.

Bien qu'elle soit parfaitement praticable, l'opération de Freund est très difficile et fort dangereuse : le danger réside dans l'imminence de l'infection provenant du cancer qui a subi la décomposition putride.

Un grand nombre de chirurgiens se sont efforcés, dans ces derniers temps, d'amoindrir les dangers de l'opération. Le procédé opératoire de Rydygier, approuvé par Freund, semble également fort rationnel : il consiste à inciser d'abord circulairement la muqueuse, par le vagin, et à parfaire ensuite l'opération par la méthode indiquée.

Chez une femme en travail, dont le col était énormément épaissi par suite d'une infiltration cancéreuse qui remontait jusqu'à l'intérieur du corps de l'utérus, Schræder a pratiqué l'extirpation totale de la matrice par le procédé suivant. Après avoir pratiqué l'opération césarienne et lié les annexes de part et d'autre, il libéra peu à peu le col de ses attaches, puis il lia et il sectionna les artères utérines. Il fut possible alors d'attirer si bien l'utérus qu'il parvint à placer un tube en caoutchouc autour de la partie supérieure du vagin et à exciser l'utérus avec le col tout entier. Il fut facile de suturer les parois du vagin et les feuillets du péritoine. Plusieurs observations de J. Veit (1) paraissent démontrer que l'on peut parfois encore recourir avec avantage à l'opération de Freund; Veit commence par libérer l'utérus par la voie abdominale, et il achève l'opération par le vagin. L'hystérectomie abdominale pour cancer a bénéficié des progrès réalisés dans l'hystérectomie abdominale pour myome (p. 319). Dans ces dernières années, plusieurs chirurgiens, mécontents des mauvais résultats qu'ils obtenaient par l'hystérectomie vaginale, ont eu recours à l'hystérectomie abdominale, avec la conviction de pouvoir enlever, par cette voie, les ganglions engorgés de cancer, et de pratiquer une opération plus radicale (2).

Les dangers sont beaucoup moindres, lorsqu'on pratique l'extirpation totale de l'utérus par le vagin. Cette opération, qui avait eu auparavant une issue presque toujours funeste (3), a été reprise par Czerny, Billroth et Schede. Pour ma part, je l'ai d'abord pratiquée de la manière suivante à l'exemple de Schræder : après avoir rendu le vagin bien accessible, j'attire le col en bas et je pratique une incision circu-

détache la vessie de l'utérus à l'aide du doigt, et j'incise largement le péritoine du cul-de-sac de Douglas. A travers cette incision, j'attire dans le vagin, soit à l'aide du doigt ou de pinces de Muzeux, l'utérus placé artificiellement en rétroflexion, et j'incise, sur le doigt comme guide introduit dans la cavité péritonéale, le péritoine qui tapisse l'excavation vésico-utérine. La matrice étant ainsi libérée en avant et en arrière, il suffit de couper les annexes pour l'enlever totalement. A ce moment, il faut surtout veiller à éviter l'hémorragie : on y parvient le plus facilement en liant les annexes par faisceaux au moyen de l'aiguille mousse, après quoi on les coupe et on lie encore une fois directement les vaisseaux dont la lumière devient visible sur la surface de section des tissus coupés (1). On commence par couper entièrement les annexes d'un côté, après quoi il devient très facile de les couper du côté opposé. Si l'on n'y voit pas d'obstacles, on peut également enlever les trompes et les ovaires. La meilleure manière de terminer l'opération consiste à suturer les moignons des annexes dans les parties latérales de la plaie, et à resserrer celle-ci au milieu avec une ou deux ligatures. On tamponne le vagin avec de la gaze iodoformée.

Un grand nombre de modifications ont déjà été apportées à ce procédé opératoire. Il est bon de savoir s'il convient de renverser l'utérus en avant ou en arrière pour l'attirer dans le vagin, ou s'il vaut mieux le détacher de ses annexes, pas à pas, sans le renverser. Il est exact de dire qu'il n'est pas toujours facile d'amener l'utérus en rétroflexion et d'attirer le corps de l'organe dans le vagin, mais il n'est pas aisé non plus de l'attirer à travers le cul de-sac vaginal antérieur, comme le conseillent Czerny et Fritsch. Le procédé le plus simple et le plus facile est de lier les annexes de l'utérus in situ, ainsi que le conseille Olshausen. C'est à cette dernière méthode que nous donnons la préférence depuis une série d'années.

Les expériences sont encore fort partagées sur la question de savoir jusqu'à quel point les extirpations radicales du cancer de l'utérus sont justifiées, et sur la valeur relative de l'excision supra-vaginale du col et de l'extirpation totale de l'utérus.

En Allemagne, l'opération radicale du cancer de l'utérus a été adoptée d'emblée; il devait en être ainsi puisque les chirurgiens alle-

⁽¹⁾ D. med. W., 1891, no 40.

⁽²⁾ Rumpf, Z. f. G., Bd. 33 et Arch , f. G., Bd. 35. - Ries, l. c.

⁽³⁾ L'honneur d'avoir le premier pratiqué, de propos délibéré, l'extirpation totale de l'utérus appartient sans contredit au docteur J. N. SAUTER, de Constance. Dans son petit ouvrage intitulé: « L'extirpation totale de l'utérus cancèreux, etc. Constance 1822, » il donne un procédé opératoire parfaitement semblable à celui qui est encore suivi aujourd'hui. La reconnaissance qu'il mérite doit être d'autant plus vive qu'il n'avait à sa disposition que des moyens tout à

⁽¹⁾ On emploie beaucoup en France les pinces de Richelot (Union médicale, 1886, numéros 95 et 96) que l'on applique sur les annexes avant de les couper et qu'on laisse à demeure pen-dant deux jours. Ces pinces permettent de se dispenser de la ligature des annexes et d'abréger beaucoup la durée de l'opération; les pinces de Richelor ont trouvé beaucoup d'amateurs dans

mands considèrent le cancer comme une affection locale au début, et croient qu'il est possible d'éviter toute récidive, en attaquant le mal de bonne heure et en l'extirpant complètement. La gravité extrême du cancer, qui amène fatalement la mort dans un bref délai, permet de tenter une opération grave. Il ne reste donc plus qu'à savoir à quel moment le cancer cesse d'être opérable, et à décider si dans certains cas l'extirpation partielle de l'utérus n'est pas suffisante ou s'il faut pratiquer l'hystérectomie totale dans tous les cas. En Amérique, on a contesté longtemps aux chirurgiens le droit de pratiquer l'hystérectomie totale. En Angleterre, on n'était d'abord pas beaucoup porté non plus pour l'opération; les chirurgiens français ont suivi assez généralement, bien qu'à contre cœur, l'exemple des gynécologues allemands, tandis qu'en Italie l'opération a recueilli l'approbation unanime.

Étant donnée cette discordance dans les opinions, il me parait utile de voir ce que l'expérience nous apprend au sujet de la guérison radicale du cancer du col utérin. Il ne faut pas oublier que nos connaissances sur la technique opératoire de cette affection sont encore tout à fait récentes. Il est vrai qu'avant notre époque le fer rouge et l'anse galvano-caustique ont procuré des guérisons radicales. D'après une statistique publiée par Pawlik, il est mort, à la clinique de C. Braun, 9 malades sur 136 opérées dans l'espace de 20 ans, au moyen de l'anse galvano-caustique, soit 6,6 p. 100; parmi celles qui ont résisté à l'opération, 33, soit 36 p. 100 sont restées sans récidive pendant plus d'une année, 26, soit 20 p. 100 pendant plus de deux ans, une est restée bien portante pendant plus de 12 ans et une autre pendant plus de 19 1/2 années. Schræder a obtenu 5 guérisons radicales (elles se sont maintenues au-delà de trois ans) au moyen du fer rouge.

Les opérations sanglantes que j'ai décrites plus haut ont donné de plus beaux résultats encore.

D'après une statistique fort étendue et fort soignée, dressée par moi-même et par Winter, il a été pratiqué à la Clinique gynécologique universitaire de Berlin 155 amputations supra-vaginales du col pour cancer, avec 10 décès, soit une mortalité de 6,4 p. 100. Parmi ce nombre, 132 malades ont pu être suivies. Elles ont donné:

La	1 re		année,	57	récidives			
-))	2me		. »	10				
))	3me))	5))			
))	4me))	5)			
))	5 ^{me}))	3))			
))	6 à	12m	e .)) .	0)			
				80	récidives.			

Il est donc établi que 49 malades, soit 38 p. 400 étaient sans récidive deux ans après l'opération.

Ces résultats sont plus favorables que ceux fournis par n'importe quelle autre opération de cancer. Ils prouvent : 1° que le cancer du col est une affection locale, qu'une opération peut enlever radicalement; 2° qu'après une année les récidives locales sont relativement rares, et que par conséquent les opérées, qui sont encore bien portantes après une année, sont presque constamment guéries pour toujours, et 3° que l'amputation supra-vaginale suffit, dans certains cas, à l'extirpation radicale du cancer du col.

Le pronostic de l'hystérectomie raginale est devenu beaucoup meilleur aussi. La mortalité de cette opération n'est plus que de 5 à 10 p. 100 (de 8 à 6 p. 100, d'après Wisselinck et Hirschmann qui ont colligé 1740 observations). Pour ce qui est des résultats définitifs de cette opération, Krukenberg, dans un travail minutieux, a dressé la statistique suivante, empruntée aussi à la Clinique de Berlin. Étaient sans récidive :

Après	1	an, sur	138	cas,	110	opérées,	soit 58.5	p. 100.
							44,7	
))					37,5	
))	4))	88))	26))	29,5)) .
))	5		0		54))	17,6))

Si à ces chiffres nous ajoutons la statistique précédente, nous voyons que :

Sur	352	operes,	200	soit	58,5 p.	100 etan sa	ns recid	ive apres	T all	
))	285)	140))	49,1)	. »		2 ans	5.
))	247)	96))	38,9))))		3 »	25
))	214	.))	67))	31,3	»))		4 »	1
"	155	"	40	in a	25 7))))		5)	

Ces chiffres concordent avec la plupart des statistiques qui offrent les même garanties. La plupart des récidives surviennent la première année; 50 p. 400 des opérées sont restées sans récidive après 2 ans; 25 p. 400 étaient radicalement guéries après 5 ans. Léopold a obtenu des résulats encore meilleurs.

Ces observations me permettent d'établir les règles suivantes :

Le cancer du col de l'utérus est curable, aussi longtemps qu'il est limité à l'utérus et au vagin.

S'il s'agit du cancroïde de la portion vaginale, l'excision supra-vaginale du col est suffisante, mais il faut souvent exciser une notable partie du vagin.

Dans le cas de cancer de la muqueuse cervicale, le mal s'est d'ordinaire, dès le but, propagé si avant dans l'utérus, qu'il faut d'emblée recourir à l'extirpation totale.

Le cancer de la paroi du col envahit aussi de bonne heure le corps de l'utérus, de sorte qu'il réclame aussi l'hystérectomie totale.

Le pronostic dépend entièrement de l'extension du cancer, et la question de la curabilité du cancer se rattache à la possibilité d'établir de bonne heure le diagnostic. L'étude des chiffres que j'ai recueillis semble prouver : que le cancroïde du col au début donne un pronostic favorable; que le cancer de la muqueuse cervicale, reconnu de bonne heure, donne aussi de bons résultats opératoires; que le cancer de la paroi cervicale donne un pronostic plus défavorable. Le danger de récidive locale se réduit à peu de chose, lorsque la guérison s'est maintenue pendant une année.

Cela ressort de la statistique si étendue de Krukenberg. Si l'on songe que 25 p. 100 seulement des malades, atteintes de cancer du col, sont encore opérables, et que parmi celles-ci 15 p. 100 obtiennent une guérison radicale, on ne peut trop engager les médecins à examiner et à faire opérer leurs malades le plus vite possible. Peut-être pourra-t-on restreindre encore le nombre des récidives en opérant de façon à éviter toute inoculation cancéreuse (1). Au surplus, on peut se demander avec Herzfeld (2) si les récidives apparaissant après un grand nombre d'années ne sont pas des affections cancéreuses nouvelles.

Il peut être fort difficile de déterminer si le tissu conjonctif pelvien est encore indemne et pourtant c'est là le point capital, quand il s'agit de décider si l'opération radicale est encore praticable. L'exploration bimanuelle faite avec beaucoup de soin peut seule trancher la question; on endormira la femme et on fera la palpation attentive de tous les organes du petit bassin. Si le col n'est pas trop gros, si l'utérus est complètement mobile et si l'on ne sent nulle part d'infiltrations suspectes, les chances d'extirpation radicale sont aussi favorables que possible. Si au contraire on trouve dans le tissu conjonctif pelvien des nodosités dures et circonscrites, et si l'utérus est fixé, il n'y a plus à songer à l'ablation totale du carninome. Un épaississement considérable du col constitue encore un signe fâcheux

attendu qu'il est dû, non seulement à l'augmentation de volume de la partie cervicale de la matrice elle-même, mais aussi à la dégénéres-cence cancéreuse du tissu conjonctif environnant.

Il peut être fort malaisé de décider si des infiltrations, que l'on perçoit dans le petit bassin, sont constituées par des tissus cancéreux, ou bien si elles résultent de processus inflammatoires de bonne nature. Si les résistances anormales que l'on perçoit sont limitées à la région des trompes et des ovaires, et si en même temps l'on éprouve une sensation nette des ovaires fixés au sein de ces infiltrations, ou lorsque ces dernières n'ont envahi que la cavité de *Douglas*, il est fort probable qu'il ne s'agit que d'altérations inflammatoires; lorsque, au contraire, on trouve des foyers d'infiltration dans le tissu conjonctif qui avoisine la matrice à droite et à gauche, ou bien si l'on perçoit dans les replis qui bordent le cul-de-sac de *Douglas* des nodosités juxtaposées à la façon des grains d'un chapelet, il est plus que probable que le processus de dégénérescence cancéreuse a envahi ces organes voisins.

On ne peut attribuer une bien grande valeur aux méthodes nouvelles (périnéale, sacrée et para-sacrée) qui ont été imaginées dans le but de tenter l'opération radicale dans ces cas désespérés.

Dans le but d'améliorer les résultats définitifs des opérations radicales, *Mackenrodt* (1) conseille de faire l'hystérectomie tout entière à l'aide d'un thermo-cautère spécial et *Riess* (2) commence par enlever, par la voie abdominale, les ganglions iliaques engorgés. Pour arriver au but poursuivi par ces chirurgiens, il importe avant tout de faire des diagnostics précoces.

Lorsque après un examen attentif on croit ne pas pouvoir enlever complètement tous les tissu pathologiques, le traitement à instituer ne saurait plus être que symptomatique. A la vérité, ce traitement est bien souvent opératoire aussi; cependant il ne faut pas vouloir opérer dès qu'il y a carcinome. Il ne faut intervenir que lorsque l'opération est capable d'écarter ou tout au moins d'améliorer sensiblement des symptômes désagréables ou dangereux, ou lorsqu'on croit pouvoir, grâce à une intervention opératoire, prolonger l'existence.

Il est trois symptômes surtout qui peuvent réclamer un traitement énergique. Ce sont : les hémorragies, la leucorrhée fétide et les douleurs.

Les deux premiers symptômes se dissipent d'ordinaire pour quelque temps, ou du moins diminuent beaucoup d'intensité, à la suite de certaines opérations; il n'en est de même des douleurs, que lorsqu'elles

⁽¹⁾ WINTER Z. f. G. u. G., Bd. 24. (2) Wien, Kl. W. 1890, no 32.

⁽¹⁾ Z. f. G. u. G., Bd. 23. (2) Z. f. G. u. G., Bd. 32.

sont provoquées par la dilatation que les tissus cancéreux impriment à la cavité utérine.

Les hémorragies et l'écoulement résultent de la mortification qui se produit constamment dans les couches les plus superficielles du carcinome, l'écoulement renferme alors des grumeaux de tissu gangréné, qui se détachent des surfaces ulcérées, en même temps que les vaisseaux érodés donnent lieu à des hémorragies. Il doit donc être possible de supprimer, pour un temps plus ou moins long, l'écoulement fétide et les hémorragies, en enlevant autant que possible les tissus néoplasiques. Si ensuite on applique des caustiques énergiques sur le tissu altéré, qui demeure dans le petit bassin, on provoque dans la puissante trame conjonctive du carcinome de fortes cicatrices qui mettent obstacle au développement de la cellule cancéreuse vers la surface libre de la plaie, et déterminent la guérison presque complète du fond de l'ulcère. Cependant des îlots de cellules cancéreuses se développent plus tard dans le tissu conjonctif du bassin, et la malade succombe tôt ou tard à l'envahissement du néoplasme. Il n'en est pas moins vrai qu'il peut suffire d'une seule opération accompagnée d'une seule hémorragie, pour détacher des végétations cancéreuses, qui sans cela auraient mis des semaines et des mois à se décomposer et à être entraînées vers l'extérieur, et qui auraient provoqué des hémorragies incessantes. L'opération a donc rendu un précieux service à la malade : les hémorragies cessent, l'atmosphère empestée qui enveloppait la malade se dissipe, l'appétit renaît, la femme revient à la santé et à la vie, elle reprend peu à peu des forces, et l'entourage de la patiente, auquel on n'avait cependant laissé aucune illusion, ne peut se refuser à croire à une guérison complète, jusqu'au moment où une aggravation nouvelle vient ôter toute espérance.

Les effets de cette opération palliative sont d'autant plus durables, qu'on enlève en plus grande quantité le tissu pathologique. Si l'on se contente de plonger une ou deux fois le fer rouge dans un néoplasme étendu, il est evident qu'on ne peut s'attendre à aucun résultat. La durée de la guérison me semble dépendre aussi en grande partie des conditions sociales des malades. Si l'opérée appartient aux classes inférieures de la société, si elle doit se livrer à des travaux corporels fatigants et si en même temps sa nutrition est insuffisante, la santé ne reviendra pas et les symptômes ne tarderont pas à reparaître. Si, au contraire, la malade appartient à une condition telle qu'elle puisse éviter toute fatigue, suivre un régime tonique et convenablement réglé, on observera parfois, pendant toute une série de mois, la disparition complète de tous les symptômes.

Certaines formes de cancer sont cependant remarquables par la rapidité avec laquelle elles réapparaissent, et par l'abondance des productions cellulaires auxquelles elles donnent lieu.

Si l'on a recours à l'opération palliative, il faut enlever le plus possible du néoplasme. L'excision à l'aide de ciseaux ne réalise qu'incomplètement cette condition, parce que le cancer s'accroît en envoyant dans la profondeur des tissus des prolongements qu'il est impossible

de poursuivre à l'aide du couteau. Il est utile cependant de commencer par enlever avec l'instrument tranchant, de gros fragments de la tumeur.

L'instrument qui permet le mieux d'obtenir une plaie exempte de tissu cancéreux, c'est la cuiller tranchante de Simon. Avec cet instrument on enlève aisément, en les raclant, les productions cellulaires molles du carcinome, tandis que la curette ne pénètre pas dans les tissus normaux; on peut être à peu près certain qu'il y a du cancer partout où les tissus se laissent détacher facilement, et on peut ainsi poursuivre le néoplasme jusque dans ses derniers retranchements.

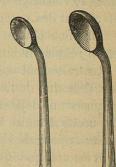


Fig. 163. - Cuillers tranchantes de Simon.

Les cuillers tranchantes avaient déjà été employées antérieurement dans d'autres buts. C'est ainsi que Sédillot s'en servait pour racler les caries, et Volkmann pour aviver les ulcères. Récamier enlevait avec sa curette les granulations de bonne nature qui se développaient à la surface interne de l'utérus. Simon a fait fabriquer toute une série de curettes de différentes grandeurs, permettant d'enlever par le raclage les carcinomes qui se développent à l'intérieur des cavités naturelles.

Après avoir enlevé aussi complètement que possible le tissu cancéreux, on appliquera sur la surface saignante, dans le but d'arrêter l'hémorragie qui est souvent fort abondante, et de provoquer de puissantes cicatrices, un caustique énergique, de préférence le *fer rouge*. On se servira de cautères solides en fer, chauffés jusqu'au rougecerise, et non pas des cautères en porcelaine, ni du thermocautère de *Paquelin*, dont l'action n'est pas suffisamment énergique. On répète l'application du cautère sur la surface raclée, jusqu'à produire une escarre profonde.

On obtient ainsi une plaie, recouverte de granulations qui sont disposées à une forte rétraction, et dont il est aisé de produire la guérison presque complète par un traitement ultérieur convenable. Celui-ci consistera de préférence dans l'application d'une solution de chlorure de zinc à 10 ou 20 p. 100 : on appliquera un tampon d'ouate, trempé

dans la solution, contre la surface ulcérée, et on le maintiendra en position à l'aide de tampons d'ouate ordinaire. On aura soin de protéger les parties saines de la muqueuse vaginale, à l'aide d'une solution de bicarbonate de soude. La solution de chlorure de zinc a une action fortement constrictive : elle resserre énergiquement la surface de la plaie et la partie supérieure du vagin, à tel point que l'on croirait avoir obtenu une guérison complète, si l'infiltration que l'on perçoit dans le voisinage de la plaie, n'avertissait que le néoplasme fait constamment des progrès vers le haut.

Martin a obtenu de bons résultats palliatifs en raclant le néoplasme et en réunissant aussi complètement que possible les surfaces avivées.

Le traitement opératoire palliatif se trouve surtout contre-indiqué par l'étendue de l'envahissement du néoplasme. Si les nodosités cancéreuses ont déjà envahi les parois de la vessie, ou s'il y a danger que la curette détruise les uretères ou pénètre dans la cavité abdominale, on fera mieux de s'abstenir de toute intervention opératoire.

Il est vrai que dans ces conditions le traitement est particulièrement ingrat, et d'autant plus désagréable pour le médecin, qu'il peut se passer encore du temps avant que la terminaison funeste mette fin aux souffrances des malades. Les injections interstitielles de pyoctanin et de violet de méthyle (Mosetig-Moorhof), ou d'alcool absolu (Schultz) ou de sérum anti-cancéreux (Emmerich), pratiquées dans les cancers inopérables n'ont pas fourni de résultats constants. Je les ai employées, mais sans grand avantage.

Le danger principal réside dans les hémorragies, que l'on combattra le plus efficacement à l'aide du perchlorure de fer. Si l'on veut obtenir un effet énergique de ce médicament, on découvrira, à l'aide d'un spéculum, en glace étamée, les végétations cancéreuses, on versera une certaine quantité du médicament dans le spéculum et on laissera agir le médicament pendant quelques minutes. On peut arrêter les hémorragies légères à l'aide d'injections d'eau froide mêlée de vinaigre. Ces injections présentent l'avantage de pouvoir être pratiquées par les malades elles-mêmes. Il en est de même du reste des solutions étendues de perchlorure de fer. Les suppositoires au tannin aussi peuvent réprimer les hémorragies légères. Le perchlorure de fer, l'ergot de seigle, etc., administrés à l'intérieur, ne sont pas très efficaces; le tamponnement est à déconseiller : il n'agit que pour autant que le tampon reste en place et il active la décomposition putride.

Il est difficile de masquer complètement la fétidité de l'écoulement par des substaces odorantes. On peut modérer assez efficacement l'intensité de l'odeur infecte que dégagent les sécrétions vaginales, par des irrigations fréquentes dans le vagin : on prévient ainsi la stase des sécrétions. On parvient parfois à rendre la vie des malades supportable sous ce rapport, alors même qu'il existe des ulcérations cancéreuses étendues, en pratiquant des injections vaginales désinfectantes (brôme, acide phénique, sublimé corrosif, permanganate de potassium). On prévient aussi par ce moyen les érythèmes que les sécrétions fétides produisent toujours, en arrivant au contact de la vulve et de la surface interne des cuisses. Une propreté minutieuse et des bains de siège sont aussi très efficaces.

Les douleurs qui persistent parfois jour et nuit, constituent souvent le symptôme le plus pénible de la maladie. Il faudra diriger contre elles le traitement ordinaire. Cependant, on fera bien de ne recourir à la morphine que le plus tard possible; car, comme la maladie se prolonge souvent pendant des semaines et des mois, on arriverait à faire absorber aux malades des quantités énormes de ce médicament. On administrera la morphine par la bouche ou par la voie sous-cutanée; on peut encore avoir recours aux suppositoires morphinés dans le rectum, ou à de petits lavements de 30 grammes environ, additionnés de 40 à 45 gouttes de teinture d'opium. Le chloral présente au moins l'avantage de procurer des nuits paisibles.

L'iodoforme a été conseillé dans le carcinome de l'utérus. On introduit dans le vagin des suppositoires à l'iodoforme, dans les proportions indiquées, ou bien des tampons d'ouate saupoudrés d'iodoforme, ou bien encore de la gaze iodoformée.

Il importe beaucoup de procurer aux malades des selles molles, surtout dans les cas où des fongosités cancéreuses obstruent en partie la lumière du rectum. L'attention du praticien sera dirigée aussi sur l'excrétion urinaire. Si la quantité d'urine devient fort minime, on administrera, avant même qu'il survienne des vomissements, de grandes quantités d'eau gazeuse, ou d'autres diurétiques. On préviendra l'épuisement et l'arrivée de la cachexie cancéreuse par un exercice modéré, le séjour en plein air, et par un régime tonique. On obtiendra le même résultat, en restreignant, par la méthode que nous avons indiquée plus haut, l'abondance des pertes sanguines et séreuses.

La grossesse constitue une complication très grave du cancer du col : sous l'influence du ramollissement des tissus, de l'hyperhémie et du développement du système lymphatique, le néoplasme fait alors des progrès effrayants. Si l'opération radicale est encore possible, il faut la pratiquer de suite, sans avoir égard à la grossesse. J'ai pratiqué quatre fois l'hystérectomie pour cancer, chez des femmes enceintes de 2 à 3 mois : l'une d'elles est restée guérie depuis plus de quatre ans.