

Pronostic. — Il est toujours grave lorsqu'on n'intervient pas.

Après l'opération, la récurrence est imminente. Sur 16 cas opérés par Olshausen (1), un seul ne présenta pas traces de récurrence pendant vingt-huit mois.

Rueter a pu observer une malade sans récurrence pendant deux ans et trois mois.

Lauenstein (2) cite un cas où la récurrence, au niveau du col, s'est faite après trois ans et demi seulement.

Traitement. — Un grand nombre de chirurgiens se sont occupés de la question si importante de l'opération radicale pour cancer primitif du vagin. Olshausen, Peters, Dührssen, Thorn, Lauenstein, en Allemagne; Pozzi, Bernard, Labusquière, en France, ont proposé une série de procédés opératoires.

Cependant, jusqu'ici, on n'est pas arrivé à délimiter d'une manière bien nette les cas justiciables d'une intervention radicale. Il est évident que, là où le cancer envahit la totalité du vagin en le transformant en un tube rigide, l'intervention chirurgicale ne peut plus rendre aucun service. Quant aux cancers limités, siégeant surtout au niveau de la paroi postérieure, là, il faut toujours tenter une intervention. Plus on arrivera à perfectionner le procédé opératoire, plus on aura de chances de faire une opération radicale et, par là même, d'éviter autant que possible les récurrences.

La simple excision, telle qu'elle fut proposée par Hegar et Kaltenbach, donne 100 p. 100 de récurrence. Aussi, c'est dans le but d'améliorer ces tristes résultats que l'on imagina divers procédés opératoires qui tous ont en vue, d'une part, de créer un large accès sur les parties malades, et, d'autre part, de pratiquer l'excision, autant que possible, dans les tissus sains. Pour réaliser le premier point, il existe actuellement deux méthodes, l'*incision transversale pararectale d'Olshausen* et l'*incision vagino-périnéale profonde et unilatérale* proposée par Dührssen (3), Thomsen (4), Thorn (5). Quant au deuxième point, on peut dire qu'à l'heure actuelle il n'existe aucun procédé permettant de pratiquer l'excision dans les tissus sains.

INCISION TRANSVERSALE PARARECTALE. — Cette opération fut préconisée, en 1889, par Zuckerkandl pour l'extirpation de l'utérus.

Olshausen l'appliqua le premier pour l'extirpation du vagin. Voici comment il procède.

Après incision transversale du vagin, on fait le dédoublement de la cloison recto-vaginale jusqu'au niveau du cul-de-sac de Douglas en s'aidant du toucher rectal. Si l'on a en vue l'extirpation de l'utérus,

(1) OLSHAUSEN, *Centralbl. für Gynæk.*, 1895, n° 1.

(2) LAUENSTEIN, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1895, p. 415.

(3) DÜHRSSSEN, *Centralbl. für Gynæk.*, 1895, n° 9.

(4) THOMSEN, *Centralbl. für Gynæk.*, 1895, n° 22.

(5) THORN, *Centralbl. für Gynæk.*, 1895, n° 9.

on ouvre le cul-de-sac de Douglas, on fait basculer l'utérus en arrière. La ligature des ligaments larges se fait de haut en bas, en commençant par les trompes. Résection du vagin. Décollement de la vessie et ouverture du cul-de-sac antérieur pour porter la ligature au niveau du col utérin. Suture du vagin et drainage à la gaze iodoformée.

Les avantages de cette opération consistent surtout dans la possibilité du dédoublement et de l'extirpation de l'utérus sans toucher aux parties carcinomateuses, dans la facilité d'aborder et de réséquer les parties malades.

Cependant, Olshausen est encore bien réservé au sujet des résultats ultérieurs. Sur 3 cas opérés par cet auteur, 2 ont récidivé au cours des deuxième et troisième mois qui ont suivi l'intervention.

Olshausen attribue ces récurrences aux rapports intimes qui existent entre la paroi vaginale et le tissu conjonctif pelvien, à la greffe qui se produit au moment de l'opération dans ce tissu conjonctif pérovaginal.

INCISION VAGINO-PÉRINÉALE PROFONDE UNILATÉRALE. — Dührssen appliqua ce procédé dans un cas où il s'agissait d'un cancer étendu de la paroi vaginale postérieure et du col utérin. Par une incision vagino-périnéale du côté sain, on met à nu les parties malades. On incise alors tout le pourtour du néoplasme que l'on décolle des couches sous-jacentes jusqu'au niveau du cul-de-sac de Douglas. Ligature et résection du ligament large, ouverture du cul-de-sac antérieur et résection du col. Il suffit alors de lier et de réséquer le ligament large du côté opposé pour extirper les parties malades, le col et le vagin.

Thomsen et Thorn recommandent le même procédé comme plus facile à exécuter que celui d'Olshausen.

Cependant, étant donnés les résultats, ces opérations ne peuvent point être considérées comme des interventions radicales.

L'observation a démontré que la récurrence se manifeste le plus souvent du côté du tissu pararectal et dans le parametrium. C'est donc en enlevant ces tissus que l'on pourrait peut-être s'assurer de meilleurs résultats. Mais l'extirpation du tissu pararectal n'est réalisable qu'avec l'extirpation simultanée de la paroi antérieure du rectum.

Deux méthodes peuvent être appliquées dans ce but : c'est la voie sacrée et l'opération proposée par Lauenstein.

La voie sacrée a été préconisée par Fritsch, Thorn, Peters ; jusqu'ici, elle n'a été appliquée que dans un nombre restreint de cas.

On fait une incision en V partant des deux épines postérieure et inférieure vers le sommet du coccyx.

Résection temporaire des deux dernières vertèbres sacrées. Après ligature préalable du rectum, incision de ce dernier aussi haut que l'on peut l'atteindre (le péritoine est presque toujours ouvert dans

cette incision). Suture de l'orifice intestinal supérieur. On ramène l'utérus par l'orifice péritonéal.

Ligature des ligaments utérins en commençant par en haut.

Ouverture du cul-de-sac antérieur et décollement de la vessie. On suture les deux lambeaux péritonéaux.

Incision transversale du rectum immédiatement au-dessus de l'anus.

Ouverture de la paroi vaginale postérieure au-dessus du cancer, dans les tissus sains. Ligature et résection des parties saines du vagin. C'est ainsi qu'à la fin de l'opération les parties carcinomateuses du vagin, l'utérus, le rectum se trouvent séparés des tissus sains; il ne reste qu'à les enlever.

Drainage de la plaie après désinfection préalable.

Tout en présentant certains perfectionnements, ce procédé n'empêche cependant pas les récidives, soit du côté des ganglions lombaires, soit du côté du parametrium.

Il est surtout indiqué dans les cas d'épithélioma primitif du vagin siégeant très haut au niveau de la face postérieure.

L'opération de Lauenstein se compose de deux parties. Il commence par faire un anus artificiel; c'est ensuite seulement qu'il procède à l'extirpation du vagin. Incision périnéo-vaginale vers la tubérosité ischiatique du côté malade.

Décollement du rectum et du vagin.

Division des parois latérales du vagin et du rectum au niveau des tissus sains.

Même procédé du côté opposé. Enfin, incision transversale de la paroi vaginale postérieure et de la paroi rectale antérieure au-dessus du cancer. Le cul-de-sac de Douglas est ouvert; on suture alors les deux parois, vaginale et rectale, et, en même temps, on referme le cul-de-sac de Douglas.

Tamponnement de la plaie.

Il en résulte la formation d'un cloaque qui, grâce à l'anus artificiel, n'amène aucun inconvénient tout en permettant l'évacuation du sang menstruel.

Sarcome du vagin. — On l'observe aussi bien chez l'adulte que chez les petites filles.

Il se présente, dans les deux cas, sous des aspects cliniques différents. Pick (1) a publié 15 cas de sarcome du vagin, chez l'enfant, avec 10 autopsies. Braun (2), Holländer (3), Arcy-Power ont rapporté des cas analogues.

Macroscopiquement, ces tumeurs avaient l'aspect du sarcome en grappe.

(1) PICK, *Arch. für Gynæk.*, Bd XLVI.

(2) BRAUN, *Inaug. Dissert.* Greifswald, 1896.

(3) HOLLÄNDER, *Centralbl. für Gynæk.*, 1896, p. 126.

Dans tous les cas, on a observé une propagation vers la vessie, même dans ceux où le sarcome avait débuté par la paroi vaginale postérieure.

Sur 14 cas, 9 avaient leur point de départ au niveau de la paroi antérieure du vagin, 2 à droite, 2 à la paroi postérieure.

L'infiltration de la cloison recto-vaginale n'a jamais été observée; par contre, on a noté des métastases au niveau des autres organes, envahissement des ganglions, des ovaires, etc.

Il y a presque toujours dilatation vésicale par suite de la stase urinaire due, soit à la pression exercée par les masses sarcomateuses sur l'urètre, soit à l'infiltration du col vésical et de l'urètre.

Chez l'enfant, le sarcome du vagin se montre le plus souvent vers l'âge de deux ans.

Il se manifeste par des hémorragies, des troubles vésicaux (rétention, ténésie); très rarement, on note des troubles de la défécation. Le pronostic est toujours mauvais.

Dans un cas seulement, la récidive ne se produisit pas durant trois ans et demi. Dans tous les autres, les enfants succombèrent de récidive dans le courant de la première année après l'opération.

Le sarcome du vagin, chez la femme adulte, est aussi rare que chez l'enfant.

Münz (1) a pu recueillir 19 cas, Pick, 17, de sarcome primitif du vagin.

Sans avoir un siège bien déterminé, il est cependant plus rare au niveau du tiers inférieur du vagin.

Morphologiquement, il ne se présente pas sous forme de sarcome en grappe, mais soit sous forme d'infiltration diffuse, soit sous forme de tumeurs nodulaires. La forme diffuse est recouverte le plus souvent d'une couche purulente, saignant facilement. Il est rare d'observer la propagation vers les autres organes.

Le sarcome circonscrit peut revêtir l'aspect d'une tumeur molle, ulcérée, saignant facilement, peu mobile; quelquefois il se présente sous la forme d'une tuméfaction dure, saillante, recouverte d'une muqueuse lisse, vasculaire.

Le volume varie entre celui d'une noix et celui d'un œuf. Au point de vue microscopique, on peut y rencontrer toutes les variétés histologiques possibles du sarcome.

On l'a rencontré à tout âge, entre dix-sept et soixante-dix ans.

L'étiologie en est obscure. Les symptômes varient suivant le siège de la tumeur. Les troubles locaux sont insignifiants.

Le symptôme coexistant, c'est un écoulement séro-sanguinolent, contenant souvent des débris de tissu sarcomateux.

Le sarcome ayant une grande tendance à l'ulcération, il s'ouvre

(1) MÜNZ, *Der Frauenarzt.*, 1894, H. 7.

à la surface des voies d'absorption et la maladie ne tarde pas à se compliquer de septicémie chronique, d'anémie, et les malades succombent le plus souvent dans le marasme.

Les phénomènes de compression n'apparaissent qu'au dernier moment.

Le pronostic est peut-être un peu moins sévère que pour le sarcome de l'enfance. Jusqu'ici, on a pu observer trois guérisons durables.

INVERSION UTÉRINE

L'inversion de l'utérus est une invagination de cet organe qui se retourne en doigt de gant. Le fond de l'utérus descend d'abord dans la cavité, puis, l'invagination progressant, il apparaît à l'orifice du col et pénètre dans le vagin; de là plusieurs degrés dans l'inversion (1).

Fréquence. — L'inversion s'établit dans deux circonstances très différentes; d'abord, et le plus souvent, après l'accouchement, ensuite dans certains cas de tumeurs fibreuses, de polypes utérins; mais cela est exceptionnel.

L'inversion obstétricale est celle que l'on observe quatre fois sur cinq (Crosse); encore est-elle rare, puisque Reigel ne la trouve qu'une fois sur 190 000 accouchements; Ribemont-Dessaignes et Lepage donnent le chiffre de 1 sur 200 000. Labadie-Lagrave et Legueu pensent que ce chiffre est trop faible, bien qu'ils n'aient pu relever qu'une dizaine d'observations publiées en France dans ces dernières années, car, suivant la remarque de Puech, bon nombre des inversions survenues au moment de l'accouchement sont reconnues et réduites séance tenante. C'est aussi l'opinion de H.-E. Marion: d'après lui, bien des morts attribuées à l'hémorragie *post partum* ont été dues à l'inversion méconnue.

Causes. — En dehors de la puerpéralité, les contractions utérines tendant à expulser un fibrome sous-muqueux, les tractions exercées par le chirurgien au cours de l'extirpation d'un polype, sont les causes de l'inversion.

D'après Hart et Barbour, ce déplacement ne serait pas rare dans le sarcome et on l'a observé même chez des nullipares (Pozzi).

C'est surtout au moment de la délivrance que l'inversion se produit. On l'a observée aussi à la suite de l'avortement.

L'influence de la primiparité est bien établie; elle est admise par Bickmann, et Crampton, sur 146 cas, a trouvé 88 primipares. Aucune explication satisfaisante n'a été donnée à ce sujet.

Les conditions débilitantes antérieures au travail, l'amincissement

(1) Pour l'historique, consultez le *Traité de l'inversion utérine*, par P. DENUCÉ, Paris, 1883.

des parois utérines par hydramnios, le travail long et pénible (artificiel), une syncope par hémorragie ou shock, l'anesthésie profonde pendant la troisième période du travail constituent des causes prédisposantes. On a aussi incriminé la brièveté du cordon, les circulaires à plusieurs tours qui en diminuent la longueur effective, le poids et la longueur du placenta.

Le tiraillement du cordon, lorsque la femme, surprise, accouche debout, les tractions immodérées et intempestives pour hâter la délivrance sont autant de causes invoquées par les auteurs et dont la valeur est discutée par quelques-uns (Bickmann, Marion).

L'expression utérine suivant la méthode de Crédé a pu donner naissance à cet accident (Kaltenbach). Enfin, dans quelques observations, l'inversion s'est produite spontanément sous l'influence d'un effort, soit au moment de la délivrance, soit de quelques heures à quatre semaines après l'accouchement. Dans ce dernier cas, il est probable que l'inversion a débuté, incomplète, au moment de la délivrance et ne s'est accentuée que peu à peu.

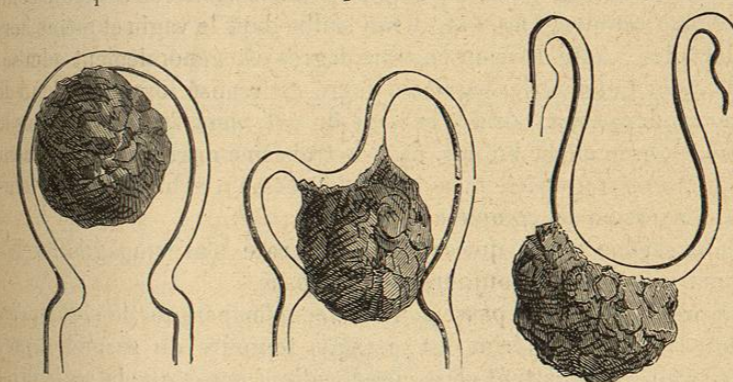


Fig. 141. — Évolution d'une inversion polypeuse. — 1, polype intra-utérin; 2, amorce de l'inversion; 3, inversion complète.

Pathogénie. — Deux conditions sont nécessaires, d'après Schultze, pour que l'inversion se produise: 1° l'élargissement de la cavité utérine; 2° le ramollissement partiel des parois de l'organe et particulièrement du fond. Ces deux conditions sont évidemment réalisées d'une façon complète après l'accouchement. Dans les cas de tumeurs fibreuses ou autres, on a de même une augmentation de la cavité utérine et un ramollissement plus ou moins étendu des parois autour du point d'implantation, par dégénérescence graisseuse (Scanzoni) ou par infiltration néoplasique (A. R. Simpson) (fig. 141).

Rokitansky décrit l'inversion comme « une paralysie de la zone placentaire ». Mais cette conception est un peu théorique, puisque c'est généralement le fond de l'utérus et non la zone d'insertion placentaire qui s'invagine d'abord.