

grandes résections vaginales et d'évidement du bassin s'est montrée au contraire d'une extrême gravité. D'autre part, il ne semble pas que le résultat thérapeutique, lorsqu'on obtient un succès opératoire, soit très satisfaisant. La récurrence survient, quelque effort qu'on ait fait pour enlever tous les prolongements du mal, et vraiment on ne peut s'en étonner, car il est évidemment impossible d'enlever tout le tissu cellulaire et tous les lymphatiques du bassin. Non seulement la récurrence survient, mais si l'on en croit Bigeard⁽¹⁾, elle est plus rapide après l'hystérectomie abdominale qu'après l'hystérectomie vaginale. « On dirait, écrit Bigeard, que ces laparotomisées n'ont pas le temps de mourir de cachexie cancéreuse, et que l'opération n'a été que le coup de fouet qui a fait galoper la maladie. Le plus souvent, elles sont emportées dans le cours de la première année ou au commencement de la seconde par des propagations au péritoine et aux viscères voisins, intestins de préférence, quelquefois par des généralisations. » Jacobs a insisté sur la fréquence de ces récurrences intestinales. Elles sont en effet très curieuses. On sait que le cancer de l'utérus abandonné à lui-même n'envahit presque jamais l'intestin. Si cet envahissement devient fréquent après l'hystérectomie, il faut qu'il soit causé par l'opération elle-même. On peut admettre avec Cittadini et Bigeard, que c'est la destruction du « dôme pelvien » qui permet l'envahissement de l'intestin. On sait en effet que le péritoine oppose à l'extension du cancer une barrière non pas infranchissable, mais rarement franchie, puisque, dans les statistiques, l'envahissement de la séreuse n'est guère signalé que 7 fois sur 100. Il est fort possible qu'après les larges délabrements du péritoine que nécessite le curage du bassin, le cancer puisse plus facilement cheminer vers le haut et se propager à l'intestin par contact.

La constatation de la gravité opératoire d'une part et des récurrences rapides de l'autre a fait reculer bien des chirurgiens, et à l'heure actuelle on tend à renoncer à ces vastes opérations. « Il est indéniable, déclare Cittadini, que, dans les cas assez avancés pour nécessiter de pareilles mutilations, l'intervention, quelque radicale qu'elle semble être, ne pourra pas avoir la prétention de tout enlever. Elle apparaît aussi avec une gravité immédiate infiniment plus sérieuse et elle n'a guère plus de valeur que toute autre opération palliative. » Il semble donc qu'il faille abandonner l'espoir de guérir définitivement par l'hystérectomie abdominale et le curage du bassin, les cancers qui ont manifestement envahi la gaine hypogastrique, et le plus sage est de continuer à les considérer comme inopérables.

Mais si les partisans les plus décidés de la voie haute semblent obligés de battre en retraite sur ce point, ils ne renoncent pas pour cela à l'hystérectomie abdominale. Ils sont d'avis qu'il faut, dans les cas réputés opérables, la préférer à l'hystérectomie vaginale parce qu'elle permet de reconnaître et d'enlever les ganglions qui échappent à l'examen clinique et à l'opération par le vagin. Les opérations faites dans ces conditions ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on puisse savoir si les résultats éloignés répondront aux espérances. Mais je ne suis pas tenté de le croire. La question me paraît toujours se poser de la même manière. Ou bien les ganglions pelviens sont indemnes et la voie haute est inutile; ou bien ils sont envahis et aucune opération ne peut être complète c'est-à-dire radicale.

Voici les conclusions, qui, à mon sens, se dégagent de cette discussion. Dans

(1) BIGEARD, Thèse de Paris, 1899.

les *cancers du corps*, si l'utérus est assez petit pour qu'on puisse sûrement l'enlever sans morcellement, par le vagin, si le col est résistant, on peut faire indifféremment l'hystérectomie vaginale ou l'hystérectomie abdominale : c'est affaire de préférence personnelle. Si le col est friable, si le volume du corps rend difficile l'extraction d'une seule pièce par le vagin, il faut préférer l'hystérectomie abdominale.

Dans le *cancer pavimenteux du col*, lorsque la lésion est bien limitée, que le vagin et la gaine hypogastrique sont indemnes, l'hystérectomie vaginale ne donne pas plus de chances de guérison définitive que l'amputation élevée du col. Mais comme la conservation du corps utérin n'a pas d'avantages, on peut faire l'hystérectomie vaginale, qui, sans être plus grave, est d'une exécution plus facile.

Quand le vagin est envahi, quand la gaine hypogastrique est infiltrée, je crois qu'il faut abandonner tout espoir de cure radicale et s'en tenir aux opérations palliatives. Tous les gynécologues ne pensent pas de même. Mickulicz déclare qu'il ne faut pas craindre d'attaquer franchement le rectum et la vessie; Terrier⁽¹⁾ dit qu'il n'hésitera pas à opérer tant que l'extirpation de la portion envahie du rectum et de la vessie ne sera pas incompatible avec l'existence. Schauta soutenait la même théorie. Pawlik a préconisé l'ablation du tissu cellulaire péri-utérin et certains auteurs ont conseillé de recourir à la voie sacrée parce qu'elle rend plus facile l'extirpation de ce tissu cellulaire. J'ai rapporté précédemment les tentatives qui ont été faites dans le même sens par la voie haute. Si intéressants que soient tous ces efforts pour poursuivre le mal dans sa progression envahissante, je crains qu'ils ne donnent que des déceptions. Dès que le cancer a dépassé les limites de l'utérus, aucune opération, à mon sens, ne peut être assez complète pour être radicale, et, comme pour tous les cancers, l'avenir est bien plutôt dans la précocité du diagnostic et de l'intervention que dans l'extension des procédés opératoires.

Alors même qu'il faut renoncer à obtenir une guérison radicale, on peut encore rendre service aux malades. C'est le domaine des opérations palliatives qu'il ne faut pas dédaigner, car elles peuvent prolonger la vie en supprimant les accidents infectieux ou hémorragiques et même donner pour un temps l'illusion de la guérison.

Avant de parler de ces opérations, je dois dire un mot des innombrables procédés de pansement qui ont été proposés pour adoucir les souffrances des malades.

Les lavages désinfectants sont toujours de mise, sublimé, permanganate, chloral, liqueur de Labarraque diluée. Mais on a essayé d'agir plus directement sur la tumeur. Janvrin conseille le badigeonnage avec la solution concentrée d'Aveloz; Bétrix les tampons imbibés de térébenthine. On emploie souvent le perchlorure de fer qui ne donne pas de grands résultats. Guinard a conseillé d'introduire au contact de la tumeur un morceau de carbure de calcium que l'on maintient avec un tampon. Le chlorure de zinc qu'Ely van de Warker a considéré à tort comme ayant une action élective sur les tissus néoplasiques, que Maisonneuve et Demarquay avaient conseillé, a été très vanté par Frænkel. On peut l'utiliser soit sous forme de pâte de Canquoin, soit en solutions concentrées. Ces dernières peuvent rendre des services, mais la pâte de Canquoin me paraît

(1) TERRIER, Thèse de Gomet, 1886.

trop dangereuse. Les eschares qu'elle produit peuvent perforer la vessie, le rectum, le péritoine et je crois avec Martin qu'il faut renoncer à son emploi.

Schramm⁽¹⁾ se loue beaucoup des injections interstitielles de sublimé faites en plein tissu cancéreux. L'intoxication ne serait pas à craindre, le tissu néoplasique absorbant très peu. L'effet désinfectant est, dit Schramm, très énergique; l'écoulement fétide diminue; l'état général s'améliore; la nécrobiose du néoplasme s'arrête et les hémorragies deviennent plus rares.

Je n'ai pas la prétention d'avoir énuméré toutes les substances qui ont été employées. On en vante chaque jour de nouvelles qui sont aussi vite oubliées que vigoureusement lancées.

Dans bien des cas, lorsque la sécrétion et les hémorragies sont abondantes, il est nettement indiqué de recourir aux interventions palliatives.

Lorsque l'extension du néoplasme s'est faite du côté de la gaine hypogastrique et que le vagin n'est pas envahi, on peut faire une véritable amputation du col. C'est le cas le plus favorable; car si la suture réussit bien, il arrive parfois que le néoplasme évolue tout entier vers le bassin sans envahir le vagin, de telle sorte que les pertes et écoulements sont définitivement supprimés.

Certains gynécologues ont pratiqué des hystérectomies dans un but purement palliatif. Il ne faut pas oublier que ces hystérectomies palliatives sont d'un pronostic grave et que, dans bien des cas, elles paraissent donner un coup de fouet au néoplasme.

L'opération palliative que l'on pratique le plus souvent c'est le curettage des masses fongueuses. Martin et Chrobak essayent, après le curettage, de suturer les surfaces avivées, comme après l'amputation du col pour obtenir la réunion par première intention. Quand on obtient ce résultat, on rend, je l'ai dit, grand service aux malades; mais il est rare que les cas s'y prêtent. En général, on fait suivre le curettage d'une cautérisation au fer rouge. Cette intervention a parfois l'avantage de supprimer pour un temps les sécrétions et les hémorragies. Mais il faut savoir qu'elle a quelquefois des effets fâcheux. Elle détermine dans certains cas une hémorragie assez considérable malgré la cautérisation; les malades, affaiblis par cette perte de sang, ne se remontent pas; la cachexie marche plus vite et les fongosités repullulent avec une extrême rapidité. La possibilité de ces accidents ne doit évidemment pas faire rejeter le curettage palliatif, mais elle doit conduire à ne l'employer que lorsqu'il est nettement indiqué par l'abondance des sécrétions et des hémorragies.

Contre les hémorragies graves, Baumgærtner⁽²⁾ a préconisé la ligature des artères utérines. Cette ligature avait déjà été pratiquée par Fritsch en 1885 dans des cas de fibromes et c'est surtout pour ces tumeurs qu'on l'a employée depuis. On s'en est servi moins souvent dans les cas de cancer⁽³⁾. Sans entrer dans les détails de technique opératoire, je me borne à rappeler qu'on peut faire la ligature de l'artère utérine soit par le vagin, soit par l'abdomen après laparotomie. Hartmann et Fredet estiment que la ligature des deux artères utérines faite au niveau de la fossette ovarienne est plus efficace que celle des deux hypogastriques.

En liant les artères utérines dans les cas de cancer, on avait espéré arrêter la marche du néoplasme. Ces ligatures dites atrophiées n'ont jamais donné des

⁽¹⁾ SCHRAMM, *Gynæk. Gesell. zu Dresden*, 5 janvier 1888 et *Centr. für Gyn.*, 1888, n° 15, p. 215.

⁽²⁾ BAUMGÆRTNER, *Centr. für Gyn.*, 1888, n° 26, p. 425.

⁽³⁾ Voy. le mémoire d'HARTMANN et FREDET, *Ann. de gynéc. et d'obstét.*, fév. 1898, p. 410.

résultats bien manifestes. Elles ne modifient pas d'une manière sensible la marche du néoplasme, mais elles diminuent au moins temporairement les écoulements et les hémorragies. Comme on peut obtenir le même résultat par le curettage, je ne crois pas que la ligature intra-abdominale des utérines soit jamais indiquée. Mais la ligature par le vagin peut trouver son indication comme complément du curettage. Encore ne faut-il pas oublier que la ligature du tronc de l'artère utérine, près de l'utérus, laisse perméable, comme l'a montré Fredet⁽¹⁾, des branches vaginales et vésicales longues, qui naissent loin de l'utérus. Il faut donc, si on veut réellement anémier le col ou bien couper ces branches par l'incision du cul-de-sac, ou bien les pincer en faisant de chaque côté une boutonnière en avant et une boutonnière en arrière du col, puis en glissant dans chaque boutonnière le mors d'une pince qui étreindra avec l'utérine une certaine épaisseur de tissu.

Quand le cancer de l'utérus est compliqué de grossesse, les indications thérapeutiques sont très difficiles à établir. Pendant le cours de la grossesse, la question est de savoir qui on doit sacrifier de la mère ou de l'enfant. Fritsch soutenait que la mort de l'enfant ou l'avortement étaient très fréquents. Collinsein, Bar, Pinard⁽²⁾ affirment que la grossesse va à son terme dans les deux tiers des cas. Or, quelque opération que l'on fasse pour le cancer de l'utérus, on n'obtient pas de guérison durable dans les deux tiers des cas. L'enfant a donc plus de chances de vivre que la mère de guérir. Cela me semble régler la ligne de conduite. A moins d'accidents immédiatement menaçants, il faut laisser la grossesse poursuivre son cours.

Quand la grossesse est arrivée à terme, quelle conduite doit-on tenir? Il est difficile de poser une règle générale, car tout dépend du degré et de l'étendue des lésions. Il faut favoriser l'accouchement par les voies naturelles tant qu'il paraît possible. Mais s'il est impossible, doit-on faire l'opération césarienne, l'hystérectomie abdominale, ou l'opération de Porro? L'opération césarienne fait courir de grands risques à la mère. L'hystérectomie abdominale a été aussi très meurtrière: 5 morts sur 7 cas dans la statistique que nous avons publiée, Varnier et moi. Aussi M. Pinard donne-t-il la préférence à l'opération de Porro. Mais il faudrait des faits plus nombreux pour trancher définitivement ce point délicat de pratique.

CHAPITRE V

DES DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

L'étude des déviations utérines est de date récente. Jusqu'au commencement de ce siècle, on ne connaissait que les accidents causés par les réflexions de l'utérus gravide. On avait bien publié quelques cas de rétro-déviations en dehors de la grossesse (Saxtorph, P. Frank); mais ces cas passaient pour extraordinaires et l'on ne s'en occupait pas en clinique. Schweighäuser (1817) soutint le

⁽¹⁾ FREDET, Thèse de Paris, 1899.

⁽²⁾ PINARD, *Clinique obstét.*, 1899, p. 419.