

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.

premier que les déplacements en arrière étaient plus fréquents en dehors de la grossesse que pendant la gestation. Puis avec Velpeau, Simpson, Kivisch, les déviations prirent une importance croissante dans la pathologie des organes génitaux de la femme. Mais leur étude reste incomplète et erronée sur bien des points, jusqu'au jour où il fut démontré qu'à l'état normal, l'utérus est en antéversion avec un léger degré d'antéflexion. On comprend qu'il était indispensable de bien connaître la position normale de l'utérus, pour étudier ses déplacements.

Chez la femme saine, l'utérus n'est pas fixe, il se déplace sous l'influence de la vacuité et de la réplétion des organes creux qui l'avoisinent, vessie et rectum. Quand le rectum et la vessie sont vides, le col de l'utérus est en arrière, au voisinage des dernières vertèbres coccygiennes, le fond est en avant derrière la partie supérieure de la symphyse. Le col repose sur le périnée qui lui offre un solide point d'appui. La situation normale de l'utérus est donc l'antéversion. Son axe fait avec celui du vagin un angle à peu près droit. Quelle est sa forme? Chez les nullipares, il présente une légère courbure en avant, au niveau de l'isthme : chez les multipares, il est plus rectiligne.

Quand la vessie se remplit, l'utérus se redresse et en même temps son antécourbure diminue légèrement. En se redressant, il arrive à se trouver dans l'axe du détroit supérieur du vagin; et même, d'après Schultze, il peut s'incliner en arrière sur cet axe, c'est-à-dire se mettre en rétroversion. Ce dernier point mériterait confirmation. La réplétion de l'ampoule rectale amène une légère élévation du col, et augmente l'antéversion. Quand les deux réservoirs sont remplis simultanément, l'utérus s'élève en totalité d'une manière notable, et l'axe de l'utérus devient à peu près parallèle à celui du détroit supérieur.

Les excursions physiologiques de l'utérus sont donc assez étendues, mais leur caractère est d'être transitoire. Aussi on comprend très bien que la statique de l'utérus puisse être profondément troublée, bien que l'organe occupe une situation qui rentre dans le champ de ses excursions physiologiques. Il en est évidemment ainsi, quand cette situation, au lieu d'être transitoire, est devenue permanente. Le position normale de l'utérus quand la vessie est vide, c'est l'antéversion; mais s'il reste dans cet état d'antéversion quand la vessie est pleine, il est évident que sa statique est altérée.

Les principaux agents de suspension de l'utérus sont : 1° une vaste aponévrose que j'ai appelée sacro-recto-génitale⁽¹⁾, et dont les ligaments de Douglas font partie; 2° le releveur de l'anus. A cela il faut ajouter les ligaments ronds, auxquels on n'attache pas assez d'importance en général. Ces ligaments sont beaucoup plus résistants qu'il n'est nécessaire pour agir sur l'utérus : en outre, ils sont formés de fibres musculaires. Ce sont eux peut-être qui ramènent en avant le fond de l'utérus, lorsque la vessie se vide. Rien n'est plus propre à montrer leur rôle qu'une très remarquable expérience de Spiegelberg⁽²⁾, qui a passé complètement inaperçue. Cet auteur a eu la bonne fortune de pouvoir examiner le cadavre d'une femme quinze minutes après la décapitation. Voici ce qu'il a observé (p. 254). « Sous l'influence d'un courant induit passant au travers de l'utérus, cet organe, dont le fond touchait le sacrum, s'est soulevé, il s'est placé perpendiculairement dans le bassin; alors les ligaments ronds se tendirent et attirèrent l'utérus en avant. » Cette expérience démontre

⁽¹⁾ PIERRE DELBET, *Des suppurations pelviennes chez la femme* (introduction anatomique).
⁽²⁾ SPIEGELBERG, *Monat. für Geburtsh.*, 1884, t. XXVI, p. 10.

péremptoirement que les ligaments ronds ne sont pas des organes inutiles comme on paraît le croire.

Je reviens aux deux principaux modes de fixation, l'aponévrose sacro-recto-génitale et le releveur de l'anus. Je ne puis entrer dans le détail de leur étude anatomique; mais je dois signaler deux choses qui sont capitales au point de vue des déviations utérines : 1° ils s'insèrent à la partie supérieure du col, au voisinage de l'isthme, par conséquent à une certaine distance au-dessus de l'orifice externe. Il résulte de ce premier fait que les deux extrémités de l'utérus oscillent forcément en sens inverse autour de cet axe de suspension. Quand la portion sous-vaginale du col se porte en arrière, le fond du corps se porte en avant et réciproquement; 2° le point d'insertion de ces deux appareils ligamenteux et musculaire, c'est-à-dire l'axe de suspension, est situé au-dessous du centre de gravité de l'organe. Il en résulte que son équilibre est tout à fait instable. Il ne peut rester perpendiculaire au plan de suspension : il tendra toujours, sous la double influence de la pesanteur et de la pression abdominale, à s'incliner soit en avant soit en arrière. A l'état normal, c'est en avant qu'il s'incline, se plaçant en antéversion. Mais, que pour une raison quelconque, le fond de l'utérus passe en arrière de l'axe du détroit supérieur, la pression abdominale agira non plus comme à l'état normal sur sa paroi postérieure, mais bien au contraire sur sa paroi antérieure, et si les ligaments ronds sont affaiblis ou allongés, l'organe tombera en rétroversion.

Aux agents de suspension, il faut ajouter le grand agent de soutien, dont l'importance est au moins aussi grande. J'y reviendrai en étudiant le prolapsus.

On classe de la manière suivante les déviations ou déplacements de l'utérus : Dans un premier groupe de faits, l'utérus subit un mouvement de translation en masse. Il s'élève ou s'abaisse, *élévation* ou *abaissement*; il se porte en avant ou en arrière, on dit alors qu'il est en *anté* ou *rétro-position*; il se porte à droite ou à gauche, *dextro* ou *sinistro-position*.

Dans un second groupe de faits, l'utérus s'incline sur son axe de suspension, le corps et le col se portant en sens inverse. Ces déviations portent le nom de *version*. Dans le plan vertical antéro-postérieur ou sagittal, le déplacement du corps peut se faire en avant : *antéversion*, ou en arrière *rétroversion*. Dans le plan vertical transverse ou frontal, le corps peut se porter à droite ou à gauche, *latéversion* droite ou gauche. C'est donc l'inclinaison du corps de l'utérus qui sert à désigner le déplacement. On suppose dans cette classification que l'axe de suspension de l'utérus reste fixe. Cela est rarement vrai, ainsi que nous le verrons.

L'utérus peut être modifié dans sa forme, le corps s'inclinant sur le col de manière à former un angle. Cet état porte le nom de flexion. Suivant que le corps s'incline en avant ou en arrière, on distingue l'*antéflexion* et la *rétroflexion*. Quelquefois l'utérus subit un certain degré de *torsion* autour de son axe vertical.

Enfin l'utérus peut se renverser comme un doigt de gant qu'on retourne : cet état est désigné sous le nom d'*inversion*.

Je me borne à rappeler que l'utérus peut subir des déplacements bien plus considérables, puisqu'on l'a trouvé dans des hernies inguinales, crurales, obturatrices, etc. Je laisse de côté ces *hernies* de l'utérus, qui ont été très complètement décrites au chapitre des hernies.