

fonction urinaire se fait mal et il peut en résulter des troubles urémiques qui n'ont rien de spécifique.

« L'évolution, comme nous l'avons dit est très rapide et lorsqu'on opère, les récidives sont pour ainsi dire fatales et à brève échéance (Freund). De jour en jour la malade perd ses forces, en raison des hémorragies qui l'anémient, de l'évolution rapide de la tumeur maligne, et enfin des causes de dépréciation multiples que nous venons de signaler. »

Spéculum. — Le spéculum ne fournira de renseignements que dans les cas de tumeur cervicale.

Les végétations feront irruption entre l'écartement des valves, pâles, luisantes, recouvertes de sanie et saignant facilement.

La plaie dans la forme ulcéreuse, se montre livide ou jaunâtre, brunâtre par place, saignant quand on essuie la surface avec du coton, ou quand on la touche avec un instrument.

Hystéromètre. — L'examen à l'hystéromètre ne fournit que peu de données précises pour le diagnostic du cancer corporéal, le seul où il y ait lieu de l'appliquer.

Il provoque facilement des hémorragies graves, qui nécessitent le tamponnement vaginal et peuvent empêcher la malade de regagner son domicile, si elle est venue consulter le médecin à son cabinet.

Enfin, même en procédant avec douceur, l'utérus, devenu friable, peut se laisser perforer, des accidents de péritonite plus ou moins graves en seront la suite.

En un mot, mieux vaut laisser l'hystéromètre de côté, alors qu'on soupçonne le cancer.

Exploration digitale intra-utérine. — Après dilatation à la laminaire, il est possible de porter le doigt jusque dans la cavité corporéale, et d'arriver ainsi jusque sur la tumeur cancéreuse; mais les sensations fournies par le doigt ne sont pas suffisamment caractéristiques pour aider au diagnostic d'une façon utile, aussi est-il préférable d'une façon générale de ne pas procéder à ce genre d'exploration, qui comme l'hystérométrie expose à des hémorragies graves.

Microscope. — Une parcelle extraite de la tumeur permet à un œil exercé de porter le diagnostic anatomo-pathologique; cependant, il est des cas d'adénome (épithéliome) où il est difficile de faire la distinction avec un adénome simple (Cornil).

Ces erreurs possibles, surtout quant à ce qui concerne le corps de l'utérus, ont jeté un certain discrédit sur l'emploi du microscope dans le diagnostic de ces tumeurs malignes.

TRAITEMENT

Pour le traitement du cancer utérin, le thérapeute est placé dans la triple alternative suivante :

- 1° Soit expectation :
 - a. Narcotiques;
 - b. Pansements désinfectants.
- 2° Soit intervention palliative :
 - a. Caustiques;
 - b. Curage.
- 3° Soit intervention curative :
 - a. Hystérectomie partielle;
 - b. Hystérectomie totale.

1. — Expectation.

L'expectation sera préférable dans le cancer exuberant du corps, et dans les autres formes quand le néoplasme aura franchi les limites de l'utérus pour envahir les alentours.

Dans les cas de cancer exuberant, la seule thérapeutique active qui ait chance de succès est l'extirpation totale de l'utérus par la laparotomie, opération des plus sérieuses.

Dans les quelques cas où elle a réussi, la généralisation du néoplasme, malgré l'ablation de l'organe malade, n'a pas tardé à se produire et à amener la mort.

Le néoplasme, dans ces cas à marche rapide, se comporte plutôt comme une maladie générale que comme une maladie locale; or, la chirurgie n'est réellement efficace que dans les processus locaux; aussi la non-intervention est-elle préférable.

Quand avec une forme quelconque de cancer les annexes sont envahies, il ne saurait être question d'intervention curative; les interventions palliatives, conseillées par quelques auteurs dans ce cas sont très discutées, car leurs avantages sont peu appréciables.

Mieux vaut en général se borner aux narcotiques et aux pansements désinfectants.

a. NARCOTIQUES. — On aura recours aux narcotiques habituels, parmi lesquels le *sulfonal*, l'*hydrate de chloral*, la *morphine*, mériteront la préférence.

Calmer jusqu'au dernier moment les souffrances de ces malheureuses vouées à une mort inévitable doit être le but exclusif du médecin.

Aux narcotiques généraux on pourra quelquefois associer les locaux; tel qu'un tampon imbibé d'une solution de cocaïne au $\frac{1}{10}$, placé sur l'ulcération néoplasique.

b. PANSEMENTS DÉSINFECTANTS. — Les applications locales ont l'inconvénient

de nécessiter l'emploi fréquent du spéculum, qui est douloureux chez certaines cancéreuses et amène de petites hémorragies.

Quand le spéculum est bien supporté, on fera avec avantage des pansements avec de la poudre de salol ou de tanin, et on laissera pendant vingt-quatre heures un tampon d'ouate hydrophile au contact du col.

Lucas-Championnière conseille des pansements absorbants constitués par le mélange à parties égales des trois poudres suivantes :

Poudre de benjoin;
Poudre d'iodoforme;
Carbonate de magnésie.

Ces pansements ne conviennent naturellement qu'au cancer du col et plutôt à la forme ulcéreuse qu'à la végétante.

Les injections constituent le meilleur mode de pansement, à la condition d'être faites avec douceur et dextérité, de manière à ne pas provoquer d'hémorragie par un traumatisme maladroit.

Elles seront pratiquées quotidiennement ou bi-quotidiennement avec l'un des liquides suivants :

1° Liqueur de Labarraque¹, une cuillerée à soupe par litre ;

2° Solution :

Acide phénique	245 grammes.
Glycérine	245 —
Essence de thym	10 —

Une cuillerée à soupe par litre ou par deux litres d'eau ;

3° Solution :

Acide salicylique	1 gramme.
Essence de géranium rosat.	5 —
Alcool à 90°	300 grammes.

Une cuillerée à soupe par litre d'eau ;

4° Coaltar saponiné, trois cuillerées à soupe par litre d'eau ;

5° Vinaigre Pennès, trois cuillerées à soupe par litre d'eau ;

6° Infusion de verveine mélangée à partie égale d'eau ;

7° Teinture de benjoin, une ou deux cuillerées à soupe par litre d'eau.

Il sera bon aussi de désinfecter l'air de la pièce par des aérations fréquentes et avec des pulvérisations d'un mélange d'acide phénique et d'essence de thym.

2. — Intervention palliative.

La sécrétion sanieuse que produit le cancer utérin est une des sources de l'affaiblissement et surtout un des symptômes les plus mal tolérés par la maladie, à cause de son abondance et de son odeur.

¹ Formule de la liqueur de Labarraque (Codex français) :

Chlorure de chaux	1
Carbonate de soude cristallisé	2
Eau commune	45

La destruction des végétations cancéreuses a pour avantage de la tarir momentanément, et de procurer ainsi, pendant quelque temps, une amélioration subjective.

Cette destruction sera indiquée dans la forme végétante du cancer cervical et dans certains cas de cancer insidieux du corps, alors que le processus est encore limité, c'est-à-dire dans les premiers stades de l'affection.

Cette intervention palliative peut être faite, soit avec des caustiques, soit avec des injections interstitielles, soit avec des instruments coupants.

Parmi les nombreux caustiques préconisés à cet effet le meilleur est la *pâte de Canquoin*, préparée, comme on le sait, avec une partie de chlorure de zinc et deux de farine de blé ou de seigle.

Cette pâte est semi-rigide et peut être placée dans l'utérus sous forme de fêche ou de crayon cylindrique, ainsi que cela a été vu à propos de la métrite.

Cette pâte est tantôt appliquée à la surface des végétations cancéreuses, tantôt, quand il s'agit d'une masse en chou-fleur, piquée dans leur intérieur, comme on larde certaines pièces de viande avant de les faire rôtir.

Le caustique mortifie les tissus dans l'épaisseur de plusieurs millimètres, et l'escarre en tombant déterge la surface cancéreuse.

Ce mode de traitement n'est autre que celui employé avec grand luxe de réclame par certains charlatans prétendant *guérir le cancer sans opération*.

Cette méthode, vivement critiquée par certains gynécologues, qui l'accusent d'activer le développement du néoplasme par l'irritation qu'elle cause, est cependant susceptible de donner, en quelques cas, de bons résultats ; mais, d'une façon générale, on lui préfère l'intervention instrumentale.

*H. Schulz*¹ a imaginé dernièrement un traitement palliatif au moyen d'injections intra-parenchymateuses d'alcool ; il injecte de *l'alcool absolu* dans l'épaisseur de la tumeur cancéreuse, au moyen d'une seringue de la capacité de 5 grammes et armée d'une aiguille suffisamment longue et résistante.

La malade étant placée dans le décubitus latéral, on introduit le spéculum de Sims ; puis ayant recouvert d'ouate l'orifice de l'urètre, afin de le protéger contre l'action caustique de l'alcool, on injecte une ou deux fois dans la tumeur, à une profondeur variable suivant l'épaisseur des tissus, une quantité de 5 grammes environ d'alcool absolu.

L'injection est parfois douloureuse, mais la douleur n'est que de courte durée.

La plus grande partie du liquide injecté s'écoule de la tumeur au dehors, en entraînant une grande quantité de débris et des lambeaux de tissus mortifiés.

Les injections d'alcool sont pratiquées d'abord tous les deux jours puis quotidiennement.

Après chaque injection, on introduit dans le vagin un peu de gaze iodoformée que la malade garde jusqu'au lendemain.

¹ *Centralb. für Gynäk.*, 2 avril 1892, n° 3.

Ces injections d'alcool ont été employées dans huit cas avec des succès encourageants.

Il faut ajouter aussi que dans ce procédé d'une application des plus faciles, il survient parfois au début des hémorragies que le tamponnement arrête rapidement. Une fois cependant, Schultz dut recourir à l'acupressure.

Curer, cautériser au thermocautère, tamponner à la gaze iodoformée, tels sont les trois stades de l'intervention chirurgicale palliative. L'anesthésie générale est nécessaire.

Dans le cancer du col, on coupera aux ciseaux les parties exubérantes, et on grattera avec une curette ordinaire toutes les parties friables; il sera bon de curer en même temps la cavité utérine, à cause de l'endométrite concomitante, qui existe habituellement.

Les surfaces saignantes seront touchées au thermocautère, de manière à pratiquer l'hémostase.

L'opération sera terminée par un tamponnement intra-vaginal à la gaze iodoformée.

Si quelques vaisseaux importants ont été dilacérés, les saisir avec une pince hémostatique qu'on laissera en place pendant vingt-quatre heures ou les lier au catgut en comprenant dans la ligature une certaine épaisseur du tissu utérin.

Avec un cancer du corps, la dilatation préalable à la laminaire sera nécessaire, afin de permettre l'exploration digitale; l'intervention, en effet, ne saurait être faite sans ce contrôle, afin que l'opérateur connaisse exactement l'état interne de l'utérus et sache la partie sur laquelle il doit agir.

Le curage terminé, on fera une cautérisation, non avec le fer rouge, mais avec de la créosote à $\frac{1}{3}$, comme dans l'endométrite.

On complétera par un tamponnement utérin à la gaze iodoformée.

Cette opération, pratiquée avec les précautions et la douceur voulues, est d'habitude sans dangers et donne une amélioration réelle pendant quelques mois.

3. — Intervention curative.

L'intervention curative est indiquée toutes les fois que le cancer est nettement limité à l'utérus; exception toutefois doit être faite pour la forme exubérante du corps, à cause de la gravité de l'opération et de la fréquence des récidives.

Pour poser l'indication de l'intervention curative, on examinera donc avec soin, par le toucher combiné à la palpation, le pourtour de l'utérus, surtout les ligaments larges, et si on ne trouve aucune trace d'induration, l'extirpation de la tumeur devra être conseillée.

Un autre bon signe, qui permet de reconnaître l'intégrité ou l'envahissement des ligaments larges, est la mobilité de l'utérus.

Quand en saisissant le col de l'utérus avec une pince de Museux on l'amène facilement à la vulve, il est bien vraisemblable que tous les liens de l'utérus et notamment les ligaments larges ont conservé leur état physiologique, si au

contraire le col ne peut être abaissé que de 2 à 3 centimètres, l'infiltration péri-utérine est probable.

De telle sorte qu'au point de vue pratique on pourrait dire :

Quand le col de l'utérus arrive à la vulve, faites une intervention curative, c'est-à-dire l'hystérectomie totale, sinon résignez-vous à une opération palliative amputation du col ou curage.

Deux opérations, l'hystérectomie partielle et l'hystérectomie totale, réalisent cette intervention curative.

Avant d'apprécier leur valeur relative, voyons en quoi elles consistent :

a. Hystérectomie partielle. — AMPUTATION SUS-VAGINALE D'HUGUIER. — Le col doit être amputé au voisinage de l'isthme.

Cette opération a déjà été décrite page 433 à propos du traitement du prolapsus vagino-utérin, je me contenterai de la rappeler brièvement. Elle se compose de quatre temps : 1° ligature des artères utérines; 2° dénudation du col; 3° section du col; 4° application des sutures.

1° *Ligature des artères utérines.* — Aux deux extrémités du diamètre transversal du col, à un bon centimètre en dehors de lui (fig. 437, p. 433), on passe à l'aide d'une aiguille courbe, un fil de soie qui doit pénétrer à deux centimètres de profondeur; cette ligature, liée assez serrée, comprend presque à coup sûr la branche de l'utérine qui irrigue le col. La même ligature est faite aussi du côté opposé. Cette hémostase préventive permet d'opérer ensuite avec un faible écoulement du sang.

2° *Dénudation du col.* — Section circulaire du col à un bon centimètre du museau de lanche, un peu plus élevée en arrière au niveau du cul-de-sac postérieur qu'en avant (fig. 438). Puis, avec l'index ou le pouce, dénuder l'utérus circulairement en remontant vers le corps (fig. 439).

3° *Section du col.* — Quand la dénudation aura une hauteur de 2 à 3 centimètres, on sectionnera le col de haut en bas, perpendiculairement à sa direction (fig. 460).

4° *Application des sutures.* — Les sutures sont faites au catgut et appliquées circulairement *en rosette* sur le pourtour du col (fig. 461 et 462). Tamponnement utérin à la gaze salolée ou iodoformée.

b. Hystérectomie totale. — L'hystérectomie totale peut être faite par la voie vaginale, la voie abdominale ou la voie sacrée; je laisse de côté cette dernière voie, généralement abandonnée aujourd'hui au moins pour l'hystérectomie.

Les deux procédés, qui vont être décrits pour l'une et l'autre opération sont de *Martin*, sauf quelques variantes d'ordre secondaire.

1. HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE. — Cette opération comprend deux temps :
 1° ligature et détachement circulaire du vagin ;
 2° ligature et section du ligament large.

1° *Ligature et détachement circulaire du vagin.* — Le col étant fortement relevé en haut à l'aide d'une pince de Museux, on incise transversalement le

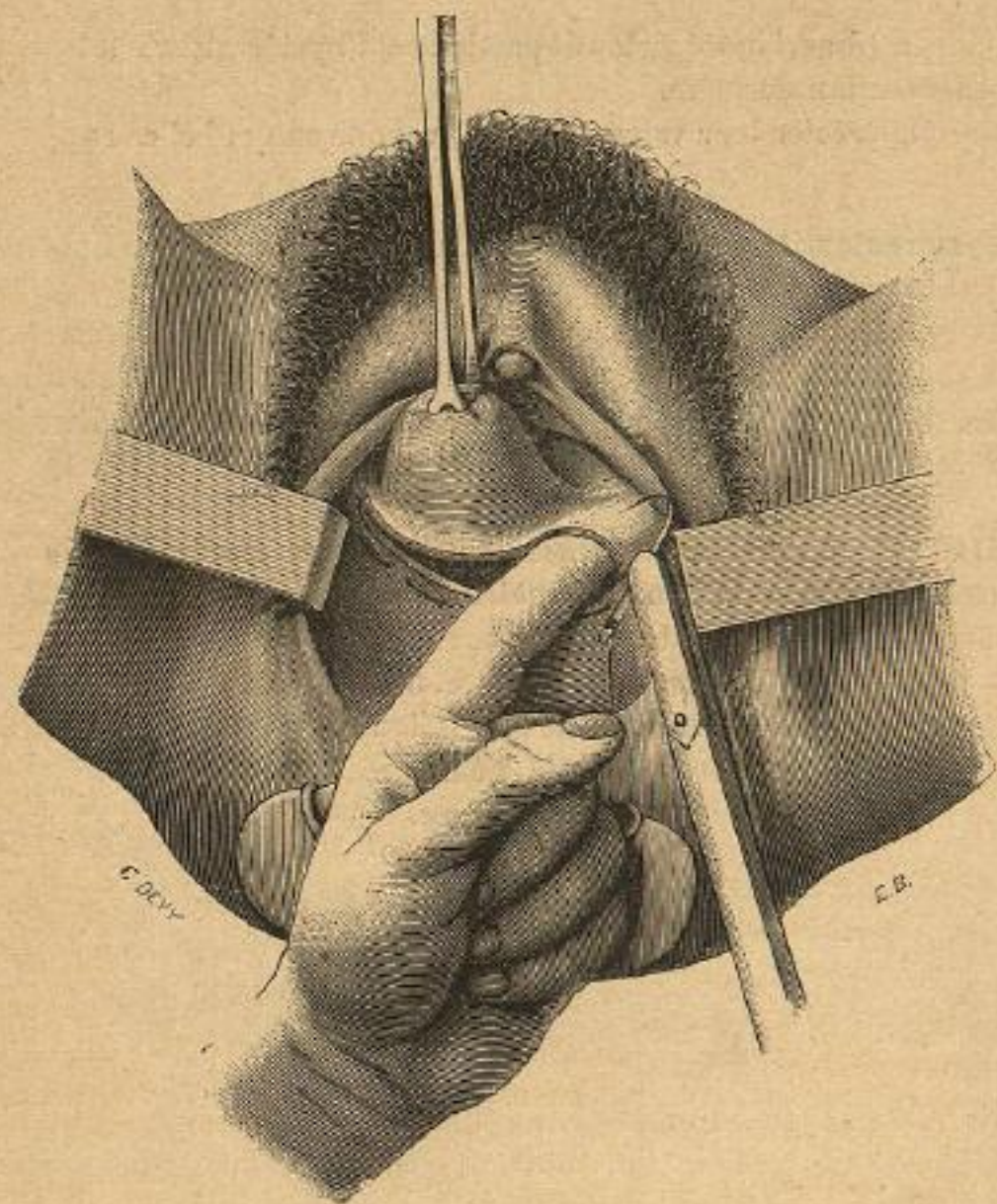


Fig. 515. — Ouverture du cul-de-sac postérieur, et ligature circulaire du vagin (Martin).

cul-de-sac postérieur du vagin, et on sectionne en côtoyant l'utérus jusqu'à ce qu'on ait pénétré dans le péritoine.

A ce moment, avec une aiguille courbe munie de soie (toutes les sutures se font à la soie), et sous la direction du doigt enfoncé dans la plaie, on lie la paroi vaginale parallèlement à son bord sectionné, en comprenant profondément le péritoine.

Cette brèche sert de point de départ pour continuer la ligature circulaire du vagin ainsi que l'indique la figure 515; après la ligature, on sectionne la paroi vaginale en libérant ainsi le col dans la partie correspondante.

Dans le cul-de-sac antérieur, on procède (fig. 516) comme pour le posté-

rieur, en allant jusqu'au péritoine; le décollement doit être fait avec lenteur et prudence à cause du voisinage de la vessie.

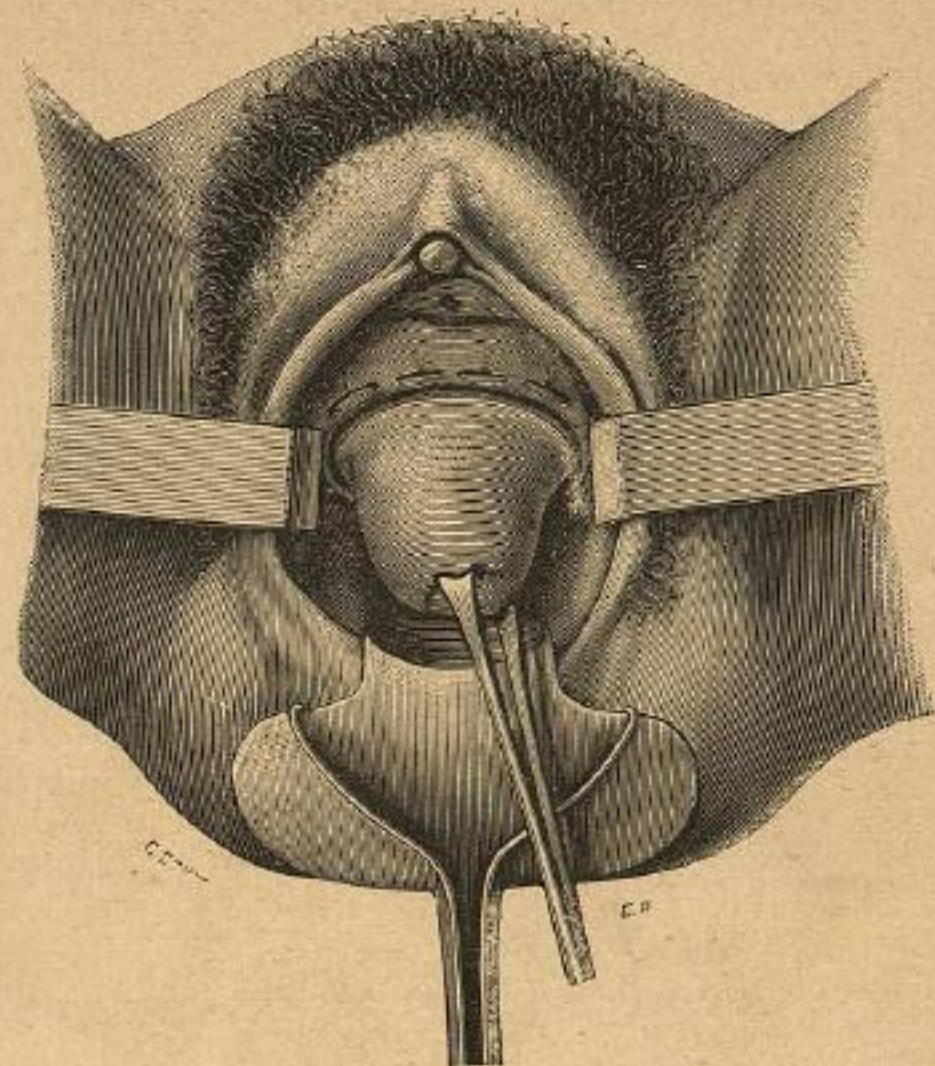


Fig. 516. — Incision et ligature du vagin au niveau du cul-de-sac antérieur (Martin).

2° *Ligature et section des ligaments larges.* — A travers l'ouverture produite par le détachement circulaire du vagin et qu'obture incomplètement l'utérus (fig. 517), on va procéder à la ligature et à la section des ligaments larges.

Le doigt est passé en arrière du ligament large; une aiguille de Deschamps chargée de soie traverse, sous la direction du doigt, le ligament large à un bon centimètre en dehors de l'utérus; après avoir été passé, le fil est lié et on sectionne aux ciseaux, au ras de l'utérus, la partie des tissus correspondant à la ligature.

On procède alternativement d'un côté et de l'autre; un aide, avec une pince de Museux résistante, abaisse le col utérin aussi fortement que possible.

On arrive ainsi à lier les ligaments larges dans toute leur hauteur avec quatre ou cinq étages de sutures (fig. 518).

Toutefois, cette ligature par simple *abaissement* de l'utérus peut présenter de sérieuses difficultés, quand les ligaments larges manquent de souplesse et ne permettent pas d'attirer l'organe; on a alors à sa disposition deux autres moyens :

Le basculement de l'utérus ;
La forcipressure.

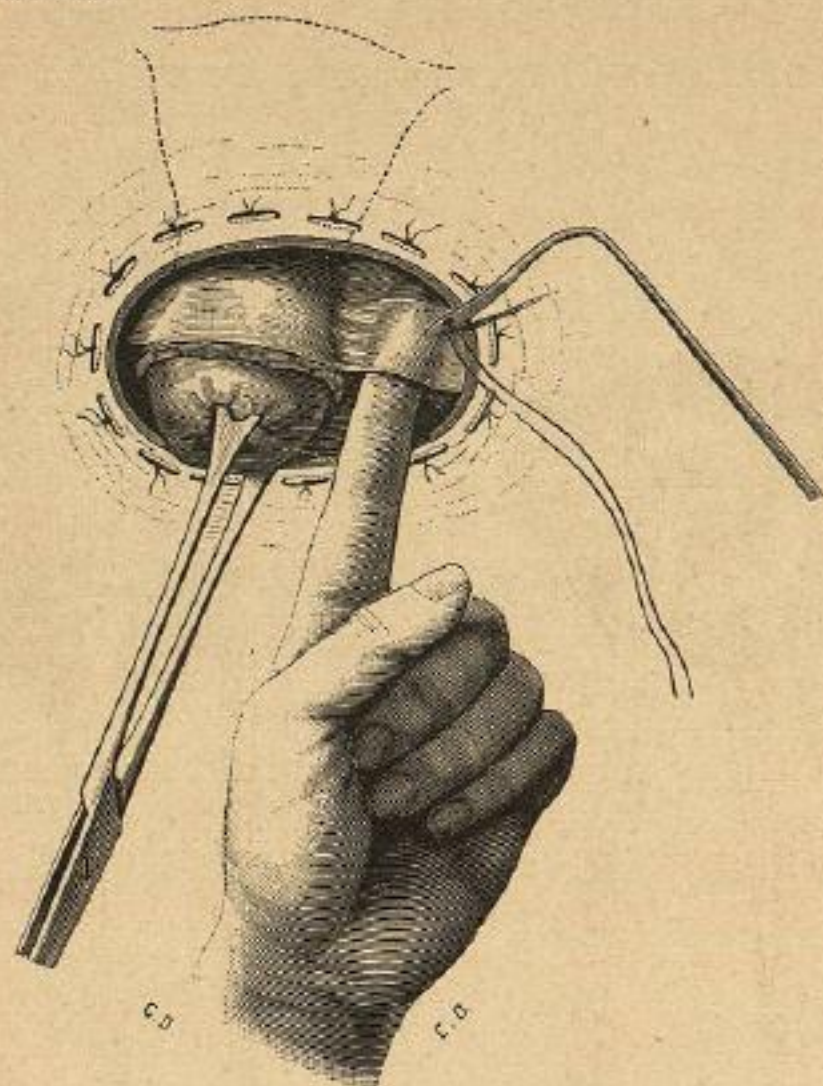


Fig. 517. — Ligature des ligaments larges.

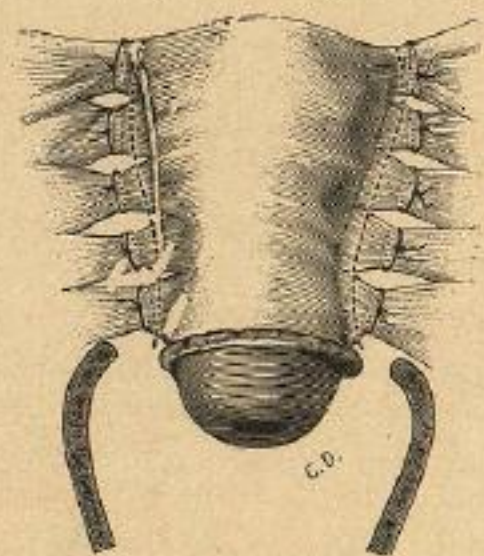


Fig. 518. — Ligature complète des ligaments larges. (Section au niveau de la ligne pointillée.)

Le basculement (fig. 519) peut être fait en avant ou en arrière; on produit ainsi soit l'antéflexion, soit la rétroflexion de l'utérus.

Le corps de l'organe est attiré tantôt avec le doigt recourbé en crochet, tantôt avec un crochet instrumental qui va le pêcher dans la plaie abdominale.

On fera le basculement soit en avant, soit en arrière, suivant la commodité de chaque cas, l'un et l'autre fournissant les mêmes avantages pour terminer l'opération.

L'utérus étant basculé, les ligaments larges deviennent acces-



Fig. 519. — Basculement de l'utérus en arrière.

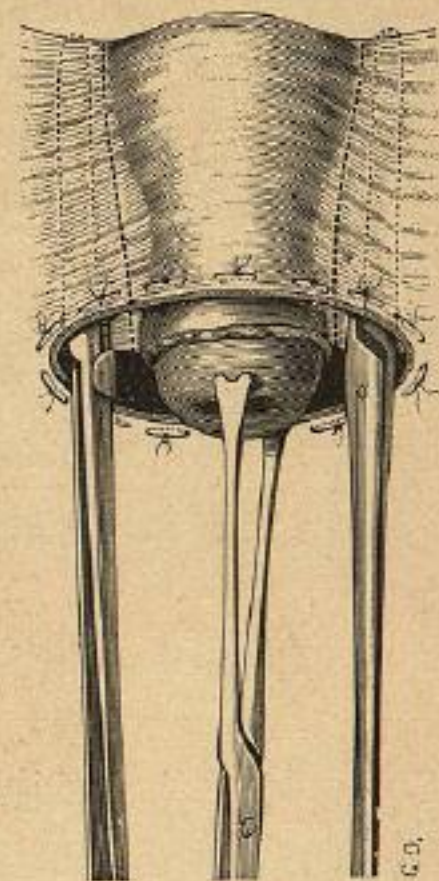


Fig. 520. — Pincement des ligaments larges.

sibles, et on procède à la ligature d'une façon analogue à celle suivie dans le simple abaissement.

Pour faciliter ce basculement, *Doyen*¹ a proposé le procédé suivant, qui consiste après avoir ouvert les culs-de-sac antérieur et postérieur de l'utérus, c'est-à-dire après avoir libéré l'organe en arrière et en avant, à fendre l'utérus sur la ligne médiane en avant, et à attirer avec des pinces de Museux les deux bords de la plaie ainsi creusée, comme l'indiquent les deux figures ci-jointes 521 et 522.

On continue la section de l'utérus en se dirigeant vers le fond, et en remontant progressivement les pinces de Museux, jusqu'à ce que le basculement soit devenu possible.

A partir de ce moment, on termine l'hystérectomie comme dans tout autre procédé en faisant usage soit des pinces, soit des ligatures.

¹ Deux procédés inédits d'hystérectomie vaginale et abdominale. Extrait des Archives Provinciales de Chirurgie, 2^e édition. Paris, 1893.

Dans les cas où le basculement n'est pas possible, on de parti pris pour faciliter son extraction, *Muller*, puis *Quenu* ont proposé, après ouverture des culs-de-sac péritonéaux, de fendre tout l'utérus en deux à l'aide de ciseaux, de manière à le diviser en deux moitiés symétriques, qu'on extrait

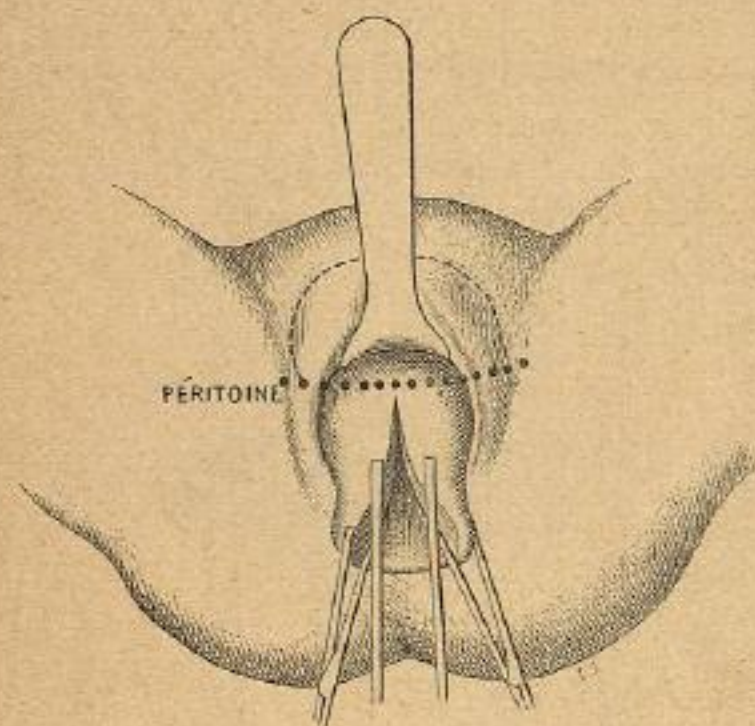


Fig. 521. — Incision médiane antérieure de l'utérus pour faciliter le basculement (Doyen).

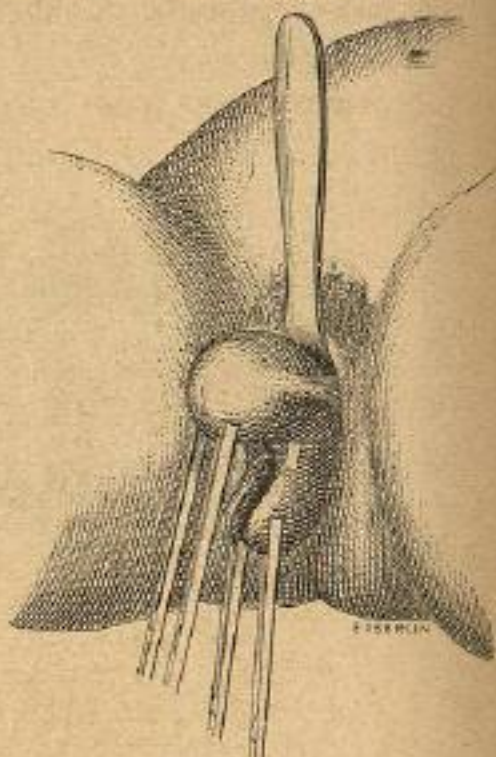


Fig. 522. — Basculement de l'utérus après exécution de la section médiane antérieure (Doyen).

ensuite successivement en pratiquant l'hémostase des ligaments larges, soit avec les pincés, soit avec les ligatures.

Je n'insiste pas sur les détails de ce procédé, en général abandonné par les opérateurs à l'heure actuelle.

Forcippresure. — Quand l'abaissement et le basculement sont impossibles ou difficiles, on peut faire usage des pincés hémostatiques de Péan et Richelot (fig. 520); quelques opérateurs emploient même de propos délibéré ces pincés, comme nous l'avons vu pour la castration utérine (p. 306).

On préfère en général, les ligatures dont les résultats sont plus sûrs au point de vue de l'antiseptie.

Les pincés sont, sous la conduite des doigts, glissés avec un mors en avant et l'autre en arrière du ligament large, en ayant soin de bien écarter toute anse intestinale.

Puis les pincés étant fixés, on sectionne au ras de l'utérus.

Les pincés sont laissés en place pendant quarante-huit heures.

Quel que soit le mode adopté, pincés ou ligatures, on terminera l'opération par un tamponnement vaginal à la gaze salolée, qu'on portera jusqu'à la région occupée par l'utérus avant l'opération.

Cette gaze laissée en place pendant quarante-huit heures, en même temps qu'elle complète l'hémostase fait l'office d'un drain.

Débridement préventif de la vulve pour l'hystérectomie. — Lorsque la vulve est étroite, l'opérateur peut être considérablement gêné pour opérer dans le fond du vagin; en pareil cas, il sera bon, ainsi que l'a conseillé *Chaput*, de procéder au débridement préventif de la vulve.

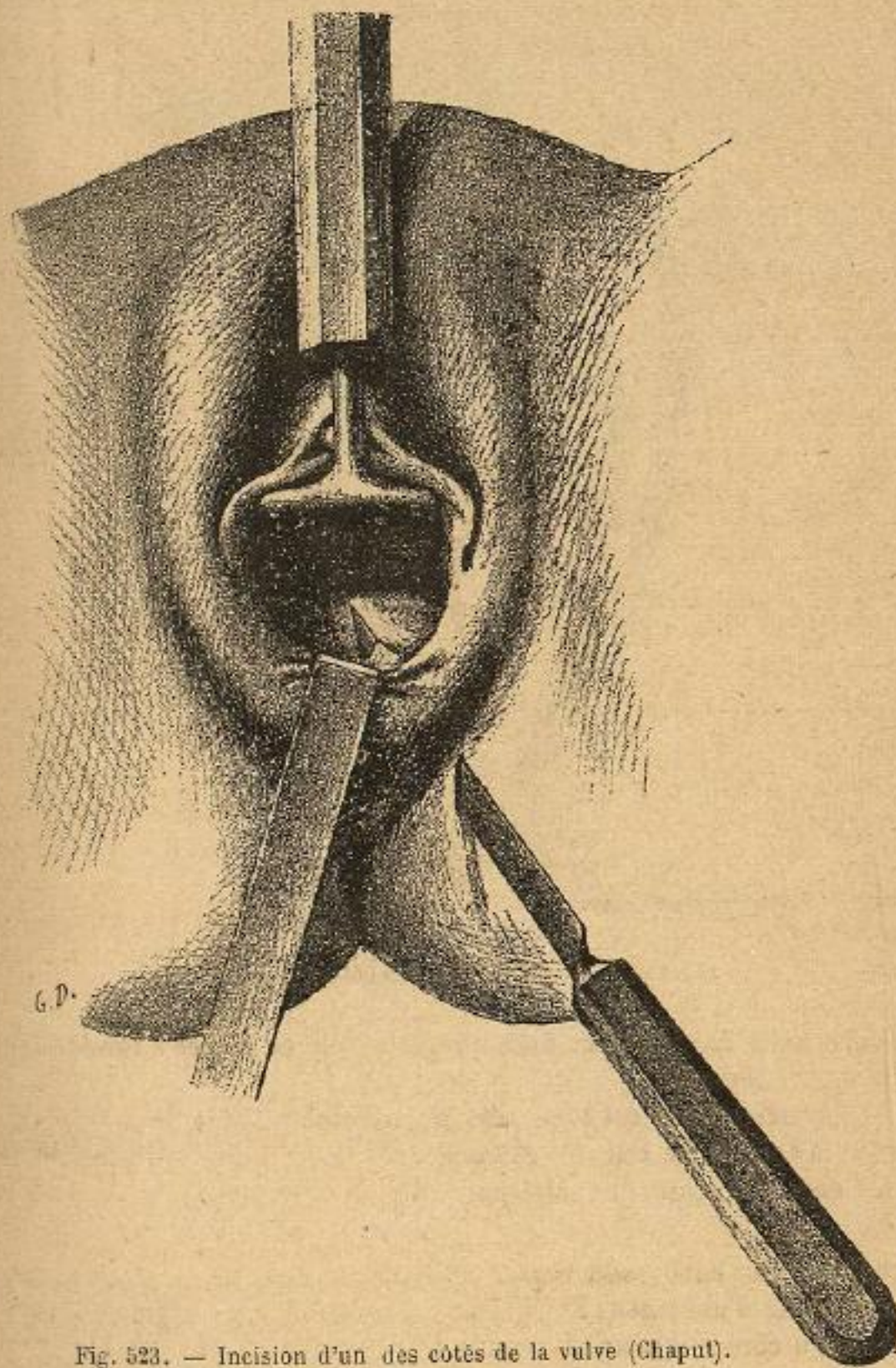


Fig. 523. — Incision d'un des côtés de la vulve (Chaput).

Dans ce but, le bistouri étant enfoncé dans les tissus vulvaires, ainsi que l'indique la figure 523, on fait une première incision en allant des parties profondes vers les superficielles.

On voit le résultat figure 524.

On opère de même de l'autre côté (fig. 525).

Par ces deux incisions la vulve se trouve largement ouverte et donne beaucoup de liberté aux mouvements de l'opérateur.

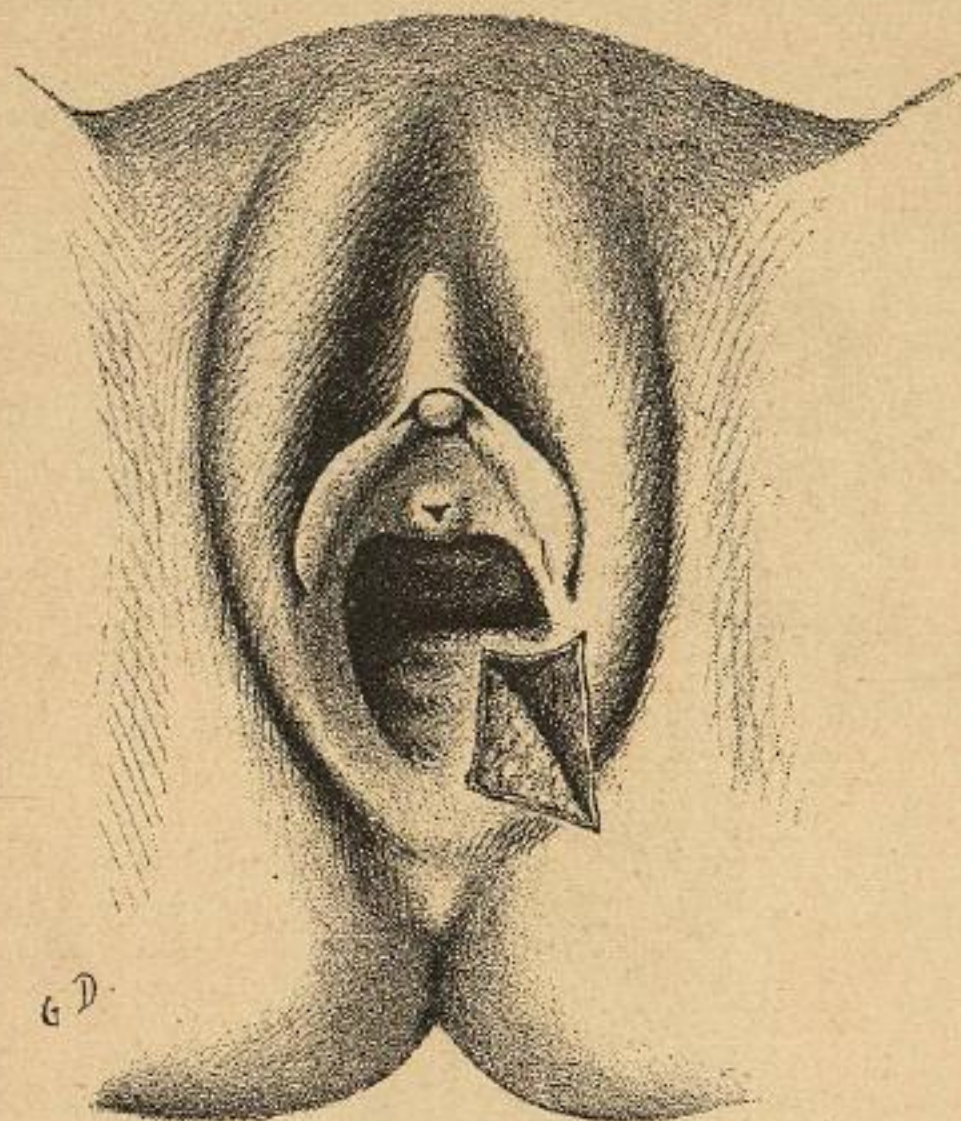


Fig. 524. — Incision d'un des côtés (Chaput).

A la surface de ces incisions on applique quelques pinces à forcipressure, afin d'obtenir l'hémostase.

Quand l'hystérectomie est terminée, on referme à l'aide de sutures transversales à la soie ou au crin de Florence, ces deux plaies vulvaires et leur réunion s'accomplit sans difficulté par première intention.

2. HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE (Procédé de Martin). — Quatre temps : 1° ouverture de l'abdomen ; 2° ligature et section des ligaments larges ; 3° ablation du corps utérin ; 4° ligature et détachement circulaire du vagin.

1° Ouverture de l'abdomen. Elle se fait sur la ligne médiane entre l'ombilic et le pubis, comme pour toute opération sur les organes génitaux.

2° Ligature et section des ligaments larges. — A l'aide d'une aiguille de

Deschamps passer, au voisinage de l'isthme utérin, un fil de soie qui permette de lier toute la partie supérieure des ligaments larges.

Au besoin, on peut comprendre, dans cette ligature, la trompe et l'ovaire, si ces organes sont ou semblent malades.

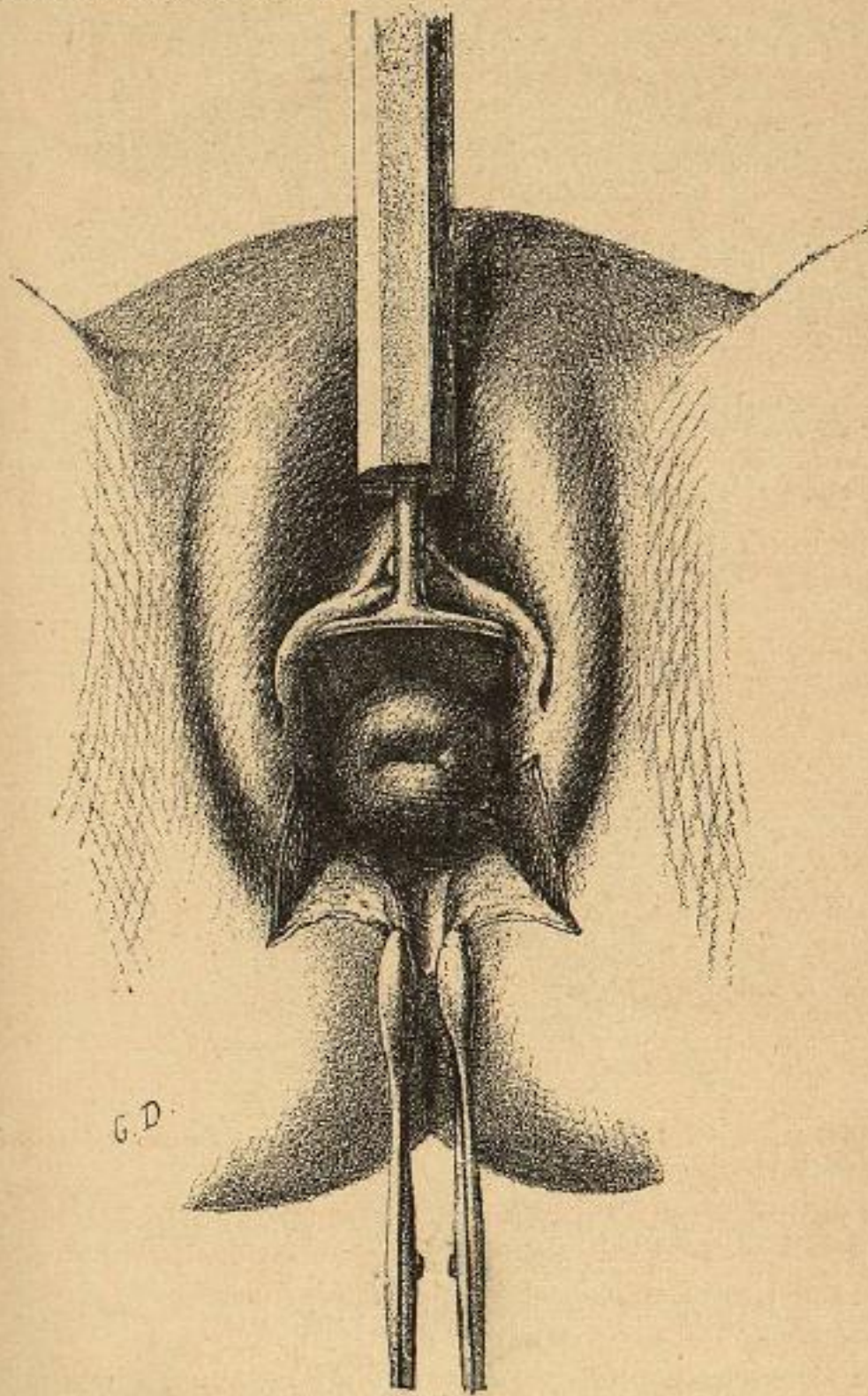


Fig. 525. — Double incision libératrice achevée (Chaput).

Section des ligaments larges entre la ligature et l'utérus.

Même intervention de chaque côté.

Pour éviter de comprendre dans la ligature une trop grande épaisseur de tissu, ce qui rend l'hémostase moins sûre, on peut après avoir passé le fil

dans le ligament large, l'attirer vers le bord libre du ligament, par un mouvement alternatif de scie; on sectionne ainsi le tissu cellulaire et les fibres musculaires, sans atteindre les vaisseaux importants qui reculent devant la pression du fil, et se trouvent de la sorte saisis alors qu'on procède à la

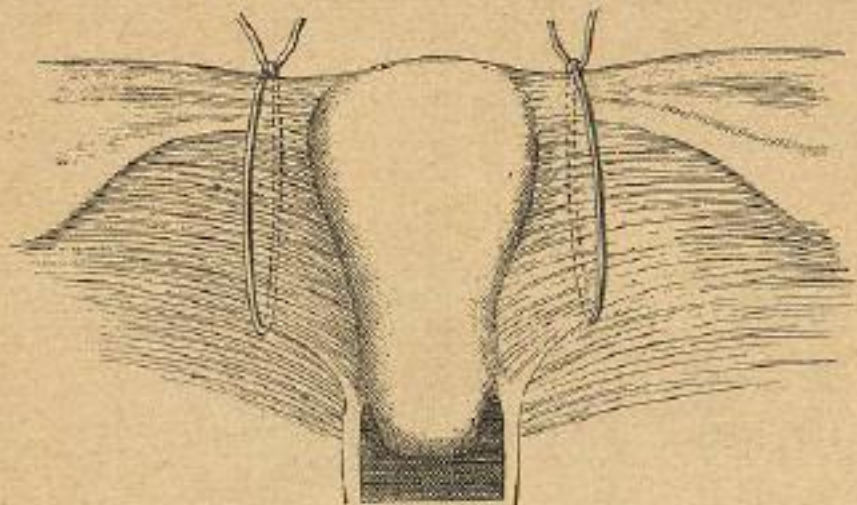


Fig. 526. — Ligature de la partie supérieure des ligaments larges.

ligature; cette *ligature-scie*, peut être employée avec avantage toutes les fois qu'on a saisi une trop grande épaisseur de tissu.

3° *Ablation du corps utérin.* — Un caoutchouc est passé autour de l'isthme utérin, maintenu par un simple nœud ou par une pince.

Le corps utérin est sectionné au-dessus.

L'ablation du corps de l'utérus a pour but de donner du jour à l'opérateur, afin de compléter l'intervention avec plus de facilité.

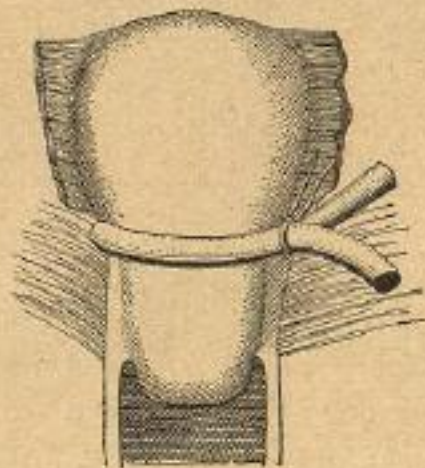


Fig. 527. — Passage d'un lien élastique autour de l'isthme utérin.

4° *Ligature et détachement circulaire du vagin.* — Un aide introduit dans le cul-de-sac postérieur du vagin, à l'aide du doigt, une tige mousse sur laquelle l'opérateur fera par l'abdomen l'incision du vagin (fig. 528).

Aussitôt le vagin ouvert, on y fait pénétrer l'index et, avec son aide, on applique en couronne sur tout le pourtour du vagin une série de ligatures à la soie passées avec l'aiguille Deschamps ou une aiguille simple tenue avec une pince appropriée (fig. 529).

Après chaque ligature, on sectionne aux ciseaux la partie correspondante des tissus.

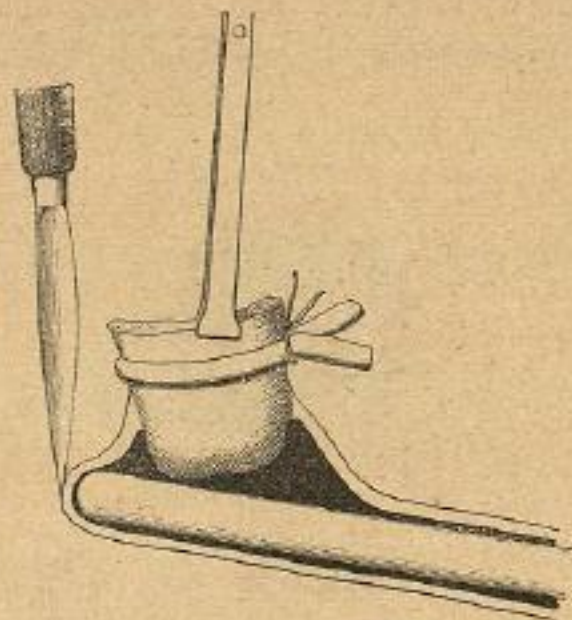


Fig. 528. — Ouverture du cul-de-sac postérieur du vagin.

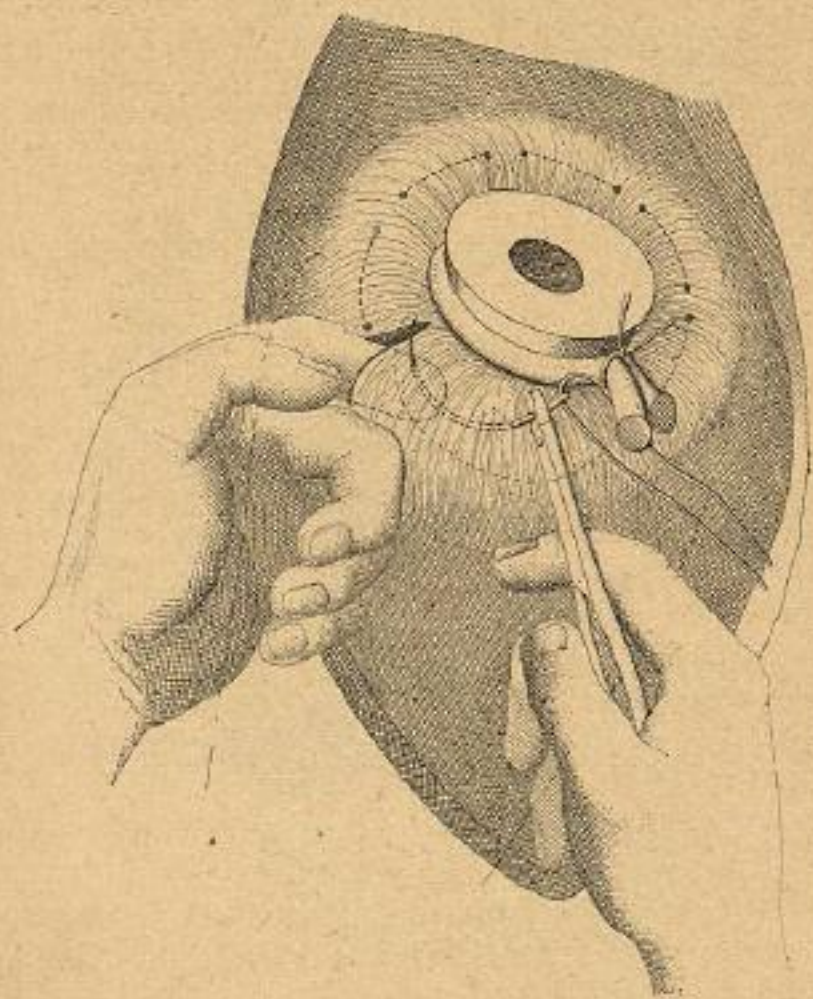


Fig. 529. — Ligature circulaire du vagin faite par l'abdomen.

Après le détachement du col, le vagin se trouve lié comme l'indique la figure 330.

En avant, il faut préalablement détacher la vessie avec le bistouri et les doigts, de manière à ne pas la comprendre dans la ligature.

On passe un drain en croix dans la plaie vaginale, la branche transversale se trouvant juste au-dessus de cette plaie, à l'endroit anciennement

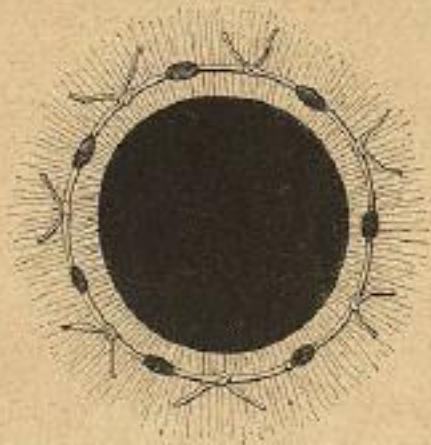


Fig. 530. — Ligature circulaire du vagin; le col est enlevé.

occupé par le col, et la branche verticale venant s'échapper à l'orifice vulvaire (fig. 531).

Ce drain est laissé en place pendant huit jours.

Au lieu du drainage vaginal, *Chaput* a préconisé le drainage vagino-abdominal, qui consiste à passer un tube, partant d'une ouverture abdomi-

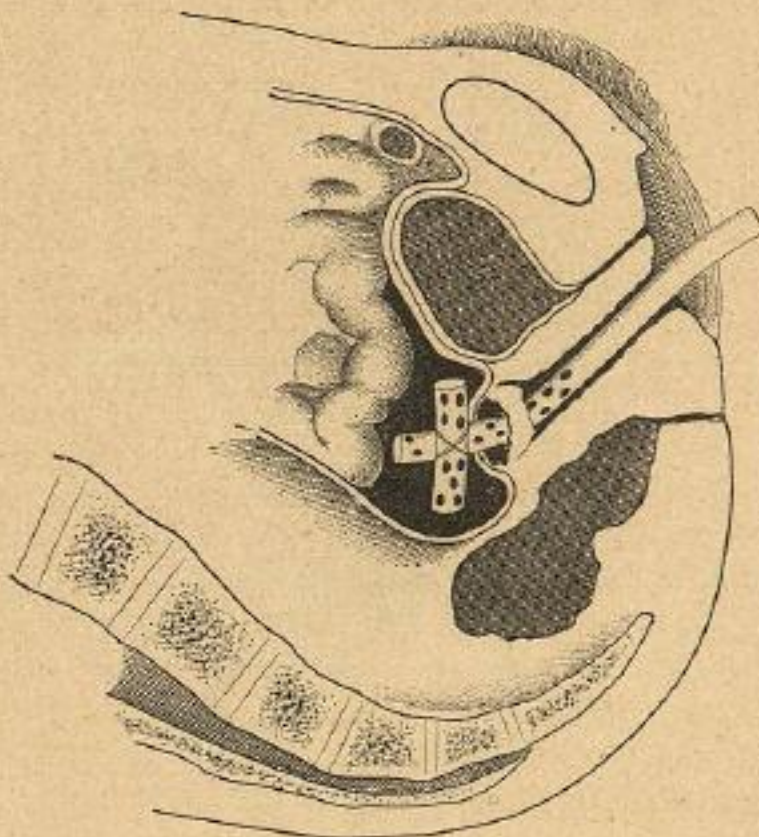


Fig. 531. — Drainage vagino-péritonéal.

nale faite spécialement à cet effet, et aboutissant à la partie supérieure du vagin ainsi que l'indique la figure 532.

L'hystérectomie abdominale totale telle qu'elle vient d'être décrite répond au procédé de *Martin*, et s'applique aussi bien aux fibromes qu'au cancer de l'utérus.

Le procédé de *Freund*, qui lui est antérieur en date s'adresse spécialement au cancer de l'utérus, c'est même le premier procédé d'hystérectomie abdominale totale, qui ait été préconisé contre cette affection; bien

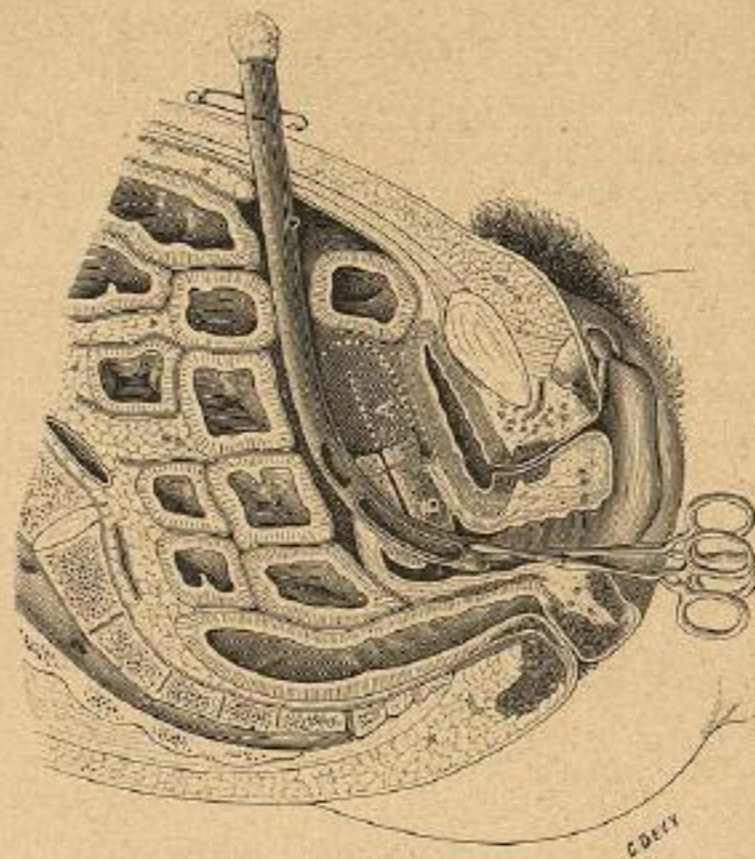


Fig. 532. — Drainage vagino-abdominal (*Chaput*).

qu'il soit généralement abandonné je le rappelle brièvement : il consiste après ouverture de l'abdomen à attirer l'utérus en haut, à lier ensuite les ligaments larges par trois sutures successives, une supérieure, une moyenne, une inférieure, cette dernière pénétrant dans le vagin. On ouvre après le cul-de-sac antérieur du vagin en décollant la vessie, et on suture le péritoine à la paroi vaginale; même opération en arrière pour le cul-de-sac de *Douglas*. L'utérus se trouve ainsi détaché et enlevé. Les résultats opératoires fournis par cette opération ont été déplorables et ont été la cause de son abandon.

Les trois modes d'intervention curative sont donc :

Hystérectomie vaginale partielle, mortalité opératoire	5 p. 100;
Hystérectomie vaginale totale	10 p. 100;
Hystérectomie abdominale totale	15 p. 100.

Ces chiffres ne sont qu'approximatifs, la mortalité de 10 p. 100 est celle qui a été acceptée par *Olshausen* au congrès de Berlin en 1890, elle est plutôt optimiste, et résulte de la pratique des opérateurs les plus habiles.

La survie des opérées, au point de vue de la récidive, a été surtout étudiée après l'hystérectomie vaginale totale; on peut dire qu'il y a récidive :

Dans un tiers des cas dans la première année;
 — — dans les deuxième et troisième années;
 — — de trois à six ans.

Les survies plus longues sont très exceptionnelles et le diagnostic du cancer n'était peut-être pas alors parfaitement établi.

Quand on opère par l'hystérectomie vaginale totale un cancer de l'utérus, si la malade guérit de l'opération, elle a donc :

Une chance sur trois d'être reprise de son mal avant un an;
 Une chance sur trois d'être reprise de son mal au bout d'un à deux ans;
 Une chance sur trois d'être reprise de son mal de trois à six ans.

Trois à six ans de survie constituent à peu près le meilleur résultat que puisse fournir l'hystérectomie vaginale totale.

Si on compare les résultats relatifs fournis par l'hystérectomie vaginale totale et la partielle, on voit, d'après un tableau de Schröder, comprenant le résultat de sa pratique de 1878 à 1886¹, que :

		Guérisons.
Au bout de 1 an.	{ Extirpation partielle	51 p. 100.
	{ — totale	48 —
— 2 ans.	{ Extirpation partielle	46 p. 100.
	{ — totale	24 —
— 3 ans.	{ Extirpation partielle	47 p. 100.
	{ — totale	14 —
— 4-5 ans.	{ Extirpation partielle	38 p. 100.
	{ — totale	35 —

On voit donc que l'avantage reste à l'extirpation partielle, ce qui ne se comprend guère, car du moment où la femme a survécu à l'opération, on ne conçoit pas pourquoi la récidive serait plus fréquente après l'extirpation totale, qu'après la partielle, à moins que dans les cas où on a fait l'extirpation totale les annexes ne fussent déjà envahies.

Mais la conclusion qu'on peut, jusqu'à nouvel ordre, tirer de cette statistique, c'est que l'extirpation partielle donne à peu près les mêmes chances de succès que l'hystérectomie vaginale totale, et comme elle est moins dangereuse comme opération, il semble qu'elle soit préférable.

Il faut néanmoins reconnaître que la plupart des opérateurs ont actuellement recours à l'hystérectomie vaginale totale, se basant en cela plutôt sur la théorie, qui leur fait voir en cette opération une intervention plus radicale et d'apparence plus sûre, que sur les résultats de la clinique.

Il semble cependant, jusqu'à nouvel ordre, qu'on doive, pour le cancer du col, accorder la préférence à l'hystérectomie vaginale partielle, réservant la totale au cancer du corps.

¹ Hofmeier. *Cent. f. gynak.*, 1886, p. 93.

Quant à l'hystérectomie abdominale totale, il faudra, à cause de ses dangers, n'y recourir que dans des circonstances exceptionnelles, quand le volume de l'utérus empêche l'extirpation par la voie vaginale; mais ces cas de cancers exubérants fournissent de très mauvais résultats opératoires et ultérieurs, aussi cette opération sera-t-elle rarement indiquée.

Résumons, dans une vue d'ensemble, ce qui vient d'être dit pour le traitement du cancer utérin :

1^o Cancer limité à l'utérus. — Annexes paraissant normales et non envahies par le néoplasme. — Tenter l'intervention curative.

Hystérectomie vaginale partielle, s'il s'agit d'un cancer nettement limité au col.

Hystérectomie vaginale totale, s'il s'agit d'un cancer du corps, ou d'un cancer du col avec propagation probable au corps.

Réserver l'hystérectomie abdominale totale à des cas très exceptionnels où l'opération indiquée ne pourra être pratiquée par le vagin. Ne pas oublier que cette opération et les cas auxquels elle s'adresse, donnent de mauvais résultats.

2^o Cancer ayant envahi les annexes. — L'intervention curative est impossible, il faut se borner soit à une intervention palliative, soit au traitement expectant.

Le curage sera pratiqué dans les cas de cancer végétant, ou donnant lieu à une ichorrhée abondante. On pourra quelquefois avoir recours aux caustiques (pâte de Canquoin), notamment quand l'idée d'une intervention chirurgicale est mal acceptée par la malade.

Le traitement expectant sera réservé aux cas désespérés, dans lesquels par des narcotiques, le médecin pourra calmer la douleur et par des pansements améliorer légèrement l'état local.

2. — CANCER DE LA TROMPE

Le cancer de la trompe est rare, et survient d'habitude comme complication de celui de l'utérus ou de l'ovaire.

Sur vingt cas, par exemple, il sera consécutif quinze fois au cancer utérin, quatre fois à l'ovarien et une fois primitif.

Sa forme, comme pour l'utérus, peut être le sarcome, l'épithélioma ou le carcinôme.

Sa rareté, comme affection primitive, nous dispense d'une description spéciale.

3. — CANCER DE L'OVAIRE

Le cancer de l'ovaire est, quoique à un moindre degré que la trompe, une tumeur rare qui se présente aussi sous forme de sarcome (fig. 333), carcinôme ou épithélioma. On a décrit, sous le nom d'endothéliome, une variété de sarcome.

Les tumeurs malignes de l'ovaire, dont l'histologie n'est pas encore parfaitement connue, sont parfois difficiles à distinguer au microscope des kystes de l'ovaire, mais au point de vue clinique, la distinction est relativement facile, car, à un faible degré de développement, l'ascite survient, révélant la malignité.

Donc en clinique, une tumeur solide de l'ovaire ne prenant pas un grand développement, mais s'accompagnant promptement d'ascite, est un cancer.

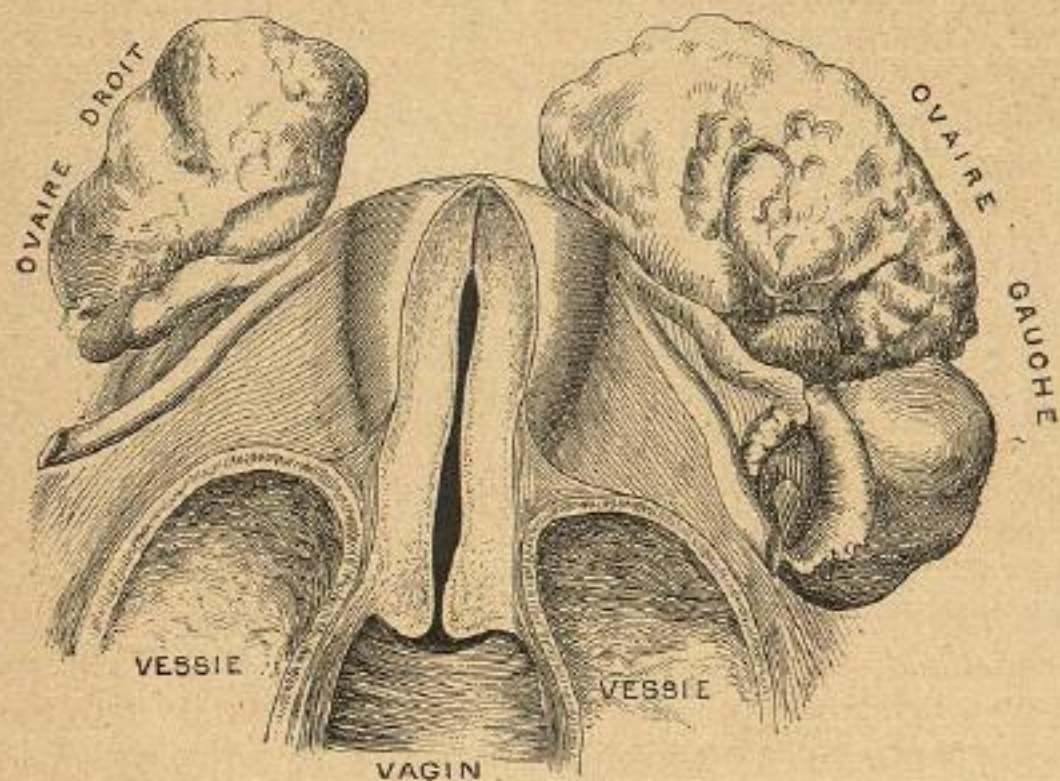


Fig. 533. — Cancer des deux ovaires; sarcôme (Beigel).

Malgré la récurrence possible et fréquente, l'extirpation de la tumeur par la laparotomie est conseillée par la plupart des auteurs.

Au cas où, après l'ouverture de l'abdomen, on tomberait sur une tumeur non énucléable, on refermerait la plaie abdominale après évacuation du liquide ascitique.

Cette laparotomie exploratrice amène quelquefois une amélioration subjective de quelques semaines.

4. — CANCER DU LIGAMENT LARGE

Le cancer du ligament large est toujours secondaire à celui de l'utérus, de la trompe ou de l'ovaire.

L'envahissement du ligament large a une grande importance clinique, car sauf rares exceptions, il devient le signal de l'inopérabilité.

C'est donc surtout une valeur pronostique, qui s'attache à cette variété de tumeur.

5. — TUMEURS PUERPÉRALES DE L'UTÉRUS

La grossesse constitue un état physiologique de l'utérus, dont je n'ai pas à aborder ici la description, mais qu'il faudra toujours avoir présent à l'esprit toutes les fois qu'on aura à faire le diagnostic d'une tumeur génitale.

On ne saurait trop insister sur ce point, car de temps en temps on voit des opérateurs, insuffisamment initiés à l'obstétrique, pratiquer la laparotomie pour une grossesse normale, qui avait été confondue avec une tumeur pathologique des organes génitaux.

Pendant que nous en sommes à la puerpéralité, une simple mention pour la *grossesse extra-utérine*, qui a été étudiée dans un autre chapitre avec l'hématocèle, et à laquelle il faudra également penser en élaborant le diagnostic d'une tumeur génitale.

La tumeur puerpérale de l'utérus, qui mérite ici une description détaillée à cause des embarras diagnostiques qu'elle peut causer, est la *môle hydatiforme* ou *myxôme chorio-placentaire*.

On désigne sous ce nom une dégénérescence spéciale des membranes et du placenta, dont l'aspect rappelle celui d'un kyste hydatique à vésicules multiples.

La môle hydatiforme, résultant d'une conception comme la grossesse ordinaire, se manifeste par trois symptômes principaux :

Le *développement anormal de l'utérus* : c'est-à-dire qu'au lieu d'un utérus subissant l'hypertrophie normale de la grossesse, on a une surface irrégulière, parfois bosselée; le développement est en outre tantôt plus rapide, tantôt plus lent que dans une grossesse normale.

Les *hémorragies utérines*, intermittentes et capricieuses.

L'*émission de vésicules* par la vulve. Cette émission est rare, mais rend le diagnostic facile quand elle existe, ces vésicules étant pathognomoniques de la môle hydatiforme.

On pensera à la môle hydatiforme, quand, chez une femme qui présente différents signes de grossesse, on trouvera l'utérus inégal, moins ou plus développé que ne le comporte le moment supposé de la conception, et qu'il y aura des métrorragies.

Le diagnostic ne deviendra certain qu'au moment de l'expulsion des vésicules ou de la totalité de la môle.

Le traitement n'entre pas dans le cadre de cet ouvrage et se trouve exposé en détail dans les *Traité d'Obstétrique*.