

se servir du thermo-cautère et mieux encore du galvano-cautère qui expose moins aux inconvénients et même aux dangers du trop grand rayonnement de la chaleur, et aussi aux brûlures de la vulve, pendant l'introduction et la manœuvre du thermo-cautère.

*Appréciation.* — La cautérisation serait une ressource précieuse si l'on se trouvait en présence d'un cancer très limité; malheureusement il est rare que les malades se présentent à notre observation tout à fait au début de la maladie, et, lorsque le cancer est tant soit peu étendu, la cautérisation devient insuffisante. Quant à la valeur thérapeutique, à la gravité de l'opération, nous l'examinerons plus loin en la comparant avec l'hystérectomie totale.

### XIII. — Cancer de l'utérus. — Ablation de l'utérus.

1° *Hystérectomie totale par la voie abdominale.* — L'ablation de l'utérus au moyen de l'ouverture de la cavité abdominale proposée par Gutherlet en 1814 fut faite pour la première fois par Langenbeck en 1825; mais son exemple ne fut pas suivi. L'idée fut reprise en 1878 par Freund qui étudia soigneusement les procédés opératoires.

On pratique une incision médiane de la paroi abdominale au-dessous de l'ombilic et on la prolonge jusqu'au pubis. Les intestins sont refoulés dans la partie supérieure de l'abdomen et retenus avec une serviette chaude. L'utérus étant mis à découvert, on passe une anse de fil au travers du fond de l'organe ou bien, avec une large pince fenêtrée, on cherche à l'attirer le plus possible dans le champ de l'incision. On saisit alors les ligaments larges et on les embrasse par une double ligature. On ne peut ainsi serrer que leur partie supérieure, mais les artères utérines ne sont pas comprises dans la ligature. Pour les atteindre, on passe, en avant des ligaments larges, une aiguille à pointe mobile qui vient apparaître dans le cul-de-sac vaginal. On retire le fil par le vagin. On fait une seconde ponction avec l'aiguille en arrière du ligament et l'on sort de nouveau l'aiguille par le vagin. On engage dans son chas le bout du fil, libre dans le vagin, on retire par le ventre l'aiguille et le fil et l'on a ainsi une anse dont le plein est du côté du vagin, dont les extrémités libres sont du côté du ventre et qui embrasse les vaisseaux utérins. On procède alors à l'isolement de l'utérus. On fait sur la

face antérieure une incision antérieure courbe allant d'un ligament large à l'autre et une seconde incision semblable sur sa face postérieure, on dissèque, ou mieux encore on dissocie, avec le doigt ou la sonde cannelée, le tissu cellulaire péri-utérin en rasant en avant l'utérus pour éviter la vessie et l'on arrive ainsi jusqu'aux culs-de-sac vaginaux. On sectionne en avant et en arrière la paroi vaginale, on agrandit la section par déchirure avec les doigts, on tire sur l'utérus et on le sépare définitivement en sectionnant ses attaches latérales et en ayant soin de ménager les ligatures déjà placées sur le pédicule latéral par où arrivent les vaisseaux. On suture alors les lèvres de la plaie péritonéale. Bardenhauer, avant d'ouvrir le ventre, commence l'opération comme on le ferait pour l'hystérectomie vaginale. Il sépare le col utérin de ses attaches vaginales, jusqu'à une certaine hauteur; après quoi, il ouvre l'abdomen, termine l'opération par la méthode abdominale ordinaire, en liant successivement et séparément de haut en bas les vaisseaux au fur et à mesure qu'ils se présentent et pratique le drainage de la cavité péritonéale avec un drain sortant par le vagin.

L'hystérectomie par la voie abdominale a été rarement pratiquée, car on lui préfère, comme moins dangereuse et plus facile, l'hystérectomie par la voie vaginale. D'après la statistique donnée par Hegar et Kaltbach dans leur traité de gynécologie opératoire les résultats auraient été les suivants : sur 93 opérations, quatre ont été incomplètes. Si nous retranchons ces quatre cas dans lesquels l'opération a été complètement inutile il reste 89 cas ayant donné 63 morts et 26 guérisons opératoires, c'est-à-dire l'énorme mortalité de 71 p. 100. Ajoutons que, chez toutes les malades qui ont pu être suivies, il y a eu récédive.

2° *Hystérectomie totale par la voie vaginale.* — L'hystérectomie vaginale, c'est-à-dire l'amputation de l'utérus par les voies génitales, est une opération que la chirurgie française peut revendiquer. En effet, si elle avait été faite dès 1822 par Sauter, c'est surtout à Récamier que nous devons d'en avoir bien établi les données opératoires. La malade qu'il opéra en 1828 guérit et il en fut de même de celle que Blundell opéra également en 1828; mais les deux malades que Roux opéra plus tard, sur le conseil de Récamier, succombèrent et l'amputation de l'utérus cancéreux, repoussée énergiquement par Boyer, Lisfranc, Velpeau, Marjolin disparut à peu près complètement de la chirurgie française. Lorsque, vers 1858, l'ovariotomie rentra définitivement dans la pratique chirurgicale régulière sous l'influence de Baker-Brown

et de Spencer Wells, on ne tarda pas à enlever par la voie abdominale les tumeurs sous-péritonéales de l'utérus, puis les tumeurs interstitielles et l'utérus lui-même avec elles. Freund, en 1878, proposait et décrivait une méthode opératoire rationnelle pour l'ablation de l'utérus cancéreux par la voie abdominale; bientôt Billroth, Baum, Martin, Czerny, Schröder pratiquaient l'hystérectomie vaginale et, quelques années plus tard, à partir de 1882, Desmons (de Bordeaux), Péan, Ledentu, Terrier, Trélat, Richelot, Bouilly la réintroduisaient dans la pratique chirurgicale française.

*Procédé de Récamier.* — La vessie et le rectum vidés avec soin, on commence par abaisser la matrice à l'aide de pinces de Museux; on divise l'insertion du vagin en avant; on déchire avec les doigts le tissu cellulaire jusqu'au péritoine, et l'on ouvre celui-ci avec le bistouri. La matrice est accrochée par son fond à l'aide des doigts, renversée en avant et en bas, et attirée jusqu'au dehors de la vulve; on divise alors les ligaments larges, d'abord dans les deux tiers supérieurs seulement, puis, à l'aide d'une aiguille courbe montée sur un manche et percée à sa pointe, on porte une ligature sur le tiers inférieur qui renferme les artères avant d'en compléter la section; après quoi il ne reste qu'à détruire les connexions de l'utérus en arrière. A peine s'il y a quelque écoulement de sang. Si les intestins sortaient au dehors, un aide les retiendrait d'abord, et on les réduirait après l'opération.

Dans ses traits principaux, c'est encore le procédé généralement suivi, mais la pratique plus fréquente de l'opération a mis en lumière des difficultés et des dangers auxquels on a cherché à parer par certaines manœuvres.

Dans quelques circonstances, l'étroitesse de la partie inférieure du conduit vaginal et surtout de la vulve constitue un obstacle sérieux à l'abaissement de l'utérus; quelques chirurgiens ont proposé et pratiqué la section préalable du périnée. C'est une ressource dans les cas difficiles.

La possibilité d'abaisser l'utérus est une condition presque indispensable, non seulement au point de vue opératoire, mais aussi et surtout parce que la fixité de l'organe indique l'existence d'adhérences, qui tiennent presque toujours à l'extension du cancer aux parties voisines, et cette extension est, comme nous le verrons, une contre-indication formelle à la pratique de l'opération. L'abaissement de la matrice est effectué au moyen de pinces de Museux saisissant le col; telle est en général la pratique française; un bon nombre de chirurgiens étrangers pré-

fèrent se servir d'un fil passé à travers le col. Dans certains cas, où le col est en grande partie détruit, on peut avoir recours à des pinces divergentes introduites dans l'utérus lui-même.

L'utérus abaissé de manière à se présenter à la vulve, on fait circulairement une incision allant jusqu'au tissu même du col. Cette incision doit être faite à un centimètre et demi environ au-dessous, de l'insertion vaginale, précaution indispensable, car, en la faisant plus haut, on risquerait d'intéresser l'urèthre et même la vessie, accident arrivé plusieurs fois, même entre les mains de nos plus habiles chirurgiens, mais qui, dans plusieurs cas, n'a pas empêché la guérison de la malade. L'incision faite, on décolle prudemment avec les doigts, ou, s'il y a un peu de résistance, avec une spatule mousse, le tissu cellulaire qui sépare l'utérus de la vessie et des urèthres, et l'on arrive ainsi au fond du cul-de-sac péritonéal antérieur.

On saisit le péritoine avec une pince, on y pratique une petite ouverture avec les ciseaux courbes, ouverture qu'on agrandit par déchirure, avec les doigts.

Cela fait, on répète, en arrière, ce qu'on a fait en avant; on décolle avec précaution le rectum d'avec la face postérieure de l'utérus, et il est prudent, pendant ce temps de l'opération, d'introduire dans le rectum l'index de la main gauche. Le danger de perforer le rectum est réel, celui de se souiller le doigt des principes septiques que renferme la plaie et d'intoxiquer ensuite la malade n'est que chimérique. D'ailleurs, il est toujours loisible à un opérateur, au cours d'une opération, de se laver les mains dans un liquide antiseptique.

Jusqu'à-là, les difficultés opératoires, sauf les cas exceptionnels, ne sont pas très grandes, mais elles commencent lorsqu'il s'agit de faire la section et d'assurer l'hémostase des ligaments larges. Les rapports de l'artère utérine ont été bien étudiés par Doche et Ricard; les vaisseaux se rencontrent surtout dans le tiers inférieur du ligament large. Récamier sectionnait les deux tiers supérieurs de ces ligaments, mais il plaçait ses ligatures avant de couper le tiers inférieur. Le procédé suivi par les chirurgiens étrangers et, jusque dans ces derniers temps, par les chirurgiens français, consistait à faire d'abord la ligature des ligaments larges, puis à les sectionner. Malheureusement, quelles que fussent les précautions prises, bien qu'on substituât les ligatures en chaîne, c'est-à-dire reliées les unes aux autres aux ligatures simples, il n'était que trop fréquent de voir ces ligatures glisser sur le moignon des ligaments et des hémorrhagies amener la mort des malades, moins peut-être par leur abondance que par les acci-

dents septiques que déterminait la présence de caillots agissant comme corps étrangers putréfiables. De plus, pour faire cette ligature avec quelque facilité, il faut faire basculer le fond de l'utérus soit en avant, soit en arrière, l'attirer à la vulve. Cette manœuvre, souvent facile, est parfois fort difficile, sinon même impossible, et quelques chirurgiens ont été obligés de pratiquer *in situ* la ligature et la section de ces ligaments.

Un second procédé que la chirurgie française a le droit de revendiquer, parce qu'il lui appartient exclusivement, a permis de rendre plus facile et plus sûr ce second temps de l'opération. Il consiste à supprimer toute ligature, à placer à la base des ligaments larges, à une petite distance de l'utérus, des pinces à forcipressure qui s'opposent à toute hémorrhagie et à sectionner les ligaments au ras de l'utérus qu'on enlève. Richelot a imaginé pour ce temps de l'opération des pinces spéciales; on pourrait se servir des pinces hémostatiques ordinaires. Ces pinces peuvent être enlevées au bout de vingt-quatre heures; trente-six heures de séjour sont préférables au point de vue de la sécurité. Sans doute le séjour à demeure de ces pinces empêche de suturer le vagin et de rechercher la réunion primitive de la plaie, dernier temps de l'opération dont je parlerai tout à l'heure; mais ce petit inconvénient est compensé par de tels avantages qu'on peut dire que l'application de la forcipressure à ce temps de l'hystérectomie a été un grand progrès, il facilite beaucoup l'opération et en assure davantage le succès.

L'utérus enlevé, il semble que, par la large ouverture faite au plancher du bassin, on devrait voir toujours les intestins se présenter dans le vagin. Cependant il n'en est rien dans la grande majorité des cas; l'intestin n'arrive pas au contact de l'air extérieur et cette circonstance contribue à expliquer le fait que la mortalité est moins grande après l'hystérectomie vaginale qu'après l'hystérectomie abdominale. Il était naturel toutefois qu'on cherchât à boucher le large orifice consécutif à l'ablation de l'utérus, et les premiers opérateurs ont terminé l'opération par la suture vaginale. Cette suture peut être plus nuisible qu'utile si elle n'est pas faite en usant de certaines précautions. En effet, si on se borne à la suture vaginale, on laisse au delà de cette suture et du côté de l'abdomen une plaie péritonéale béante, et le suintement séro-sanguin qui peut se faire dans le tissu cellulaire sous-péritonéal se trouve forcément porté dans la cavité péritonéale. Si donc, on se décide à faire la suture, il faut s'efforcer d'y comprendre les bords de la plaie du péritoine. Avec le procédé de la forcipressure, la suture complète est impossible et

l'on peut se borner à un ou deux points de suture sur la partie moyenne de l'incision; on peut même ne faire aucune suture et le bas-fond de la vessie vient contribuer par sa réplétion à diminuer beaucoup les dimensions de l'ouverture.

Le pansement est assez simple. Il est prudent de placer dans la plaie un ou deux drains, pour permettre aux liquides de se porter vers le vagin; si on emploie la forcipressure, les drains deviennent inutiles, la sérosité s'écoulant le long des pinces. Aujourd'hui que l'iodoforme est regardé comme une indispensable panacée, tous les chirurgiens ont recours à cet agent dont ils saupoudrent les tampons vaginaux; on peut se borner à de simples tampons de ouate, pourvu qu'on se soit mis à l'abri des contaminations possibles par le lavage préalable de la ouate dans un liquide destructeur des germes de la contagion.

*Appréciation.* — Quoiqu'elle soit largement, trop largement même entrée dans la pratique, l'hystérectomie vaginale totale est une opération qui n'est pas encore définitivement jugée. Pour en apprécier la valeur, il nous faut examiner deux questions principales. Quelle est la mortalité amenée directement par l'opération elle-même, c'est-à-dire la mortalité opératoire? Telle est la première. Quelles sont, après l'hystérectomie, la fréquence et la rapidité des récidives? Telle est la seconde. Nous aurons ensuite à en apprécier une troisième: faut-il, dans les cas où le cancer est encore limité au col, pratiquer l'hystérectomie totale ou seulement l'hystérectomie partielle, c'est-à-dire l'ablation du col?

Ces questions ne peuvent se juger qu'avec les statistiques; quelques-unes sont constituées par le rapprochement d'observations publiées isolément dans divers recueils, quelques autres, statistiques dites intégrales, résument la pratique personnelle de quelques chirurgiens. C'est de la réunion de ces deux espèces de statistiques qu'on a le plus souvent constitué les bases de l'appréciation. Or, les premières sont essentiellement partiales en faveur de l'opération; et les autres sont très souvent combinées de manière à atténuer les résultats fâcheux ou nuls d'une opération dont l'auteur de la statistique cherche à démontrer la valeur thérapeutique. Je ne parle pas de certaines statistiques dont j'ai le droit légitime de me défier. Je me borne à donner un exemple des deux causes d'erreur pour l'une et l'autre variété de statistiques.

Barraud, dans une thèse remarquable, donne les résultats des hystérectomies totales faites par les chirurgiens français. Elle

comprend 195 opérations avec 56 morts ou 28.7 p. 100 de mortalité. Or, je ne vois pas y figurer une opération faite par moi, dans la pratique civile, et suivie de mort. Cela n'a rien que de très naturel puisque je n'ai pas publié l'observation. Je ne l'ai pas publiée par cette simple raison, qu'elle n'avait rien de particulier, la mort n'étant que trop fréquente. En eût-il été autrement si le malade avait guéri? Peut-être bien, *homo sum*, et on publie plus facilement ses succès que ses revers. Combien y a-t-il ainsi de cas mortels non publiés? J'ai voulu consulter les registres de l'hôpital Necker pour voir quels y avaient été les résultats des hystérectomies faites par quelques collègues. Il y en eut 5, toutes suivies de mort, et je ne crois pas qu'aucune des observations ait été publiée. Voici donc, de ce seul fait, une mortalité qui, de 28 p. 100, monte à 30 p. 100.

Citons un autre exemple, cette fois, de l'interprétation trop indulgente d'une statistique. Martin, après avoir donné les résultats exacts de 94 opérations faites de 1880 à 1887, conclut ainsi de ses chiffres: « Ce qui donne pour l'hystérectomie chez les cancéreuses un chiffre de 70 p. 100 de guérison. » Or voici la statistique que donne Martin. Sur 28 malades il ne put enlever tout le cancer, ce qui donne déjà 30 p. 100 d'insuccès; mais, dans son résumé, Martin laisse ces cas de côté; il se borne à examiner les résultats obtenus sur 66 malades chez lesquelles le mal a été enlevé en totalité. 11 malades succombent à l'opération, il n'en tient pas compte. Sur les 55 restantes, il en élimine encore 11 de ses calculs parce que l'opération est encore trop récente pour qu'il puisse y avoir récurrence. Les 94 cas se réduisent dès lors à 44 et, comme sur ces 44 il en est 31 dans lesquels il n'y a pas encore de récurrence, Martin écrit sérieusement: « Ce qui donne pour l'hystérectomie chez les cancéreuses un chiffre de 70 p. 100 de guérison. » C'est un peu se moquer de la logique. En définitive, sur 94 opérées, 11 sont mortes de l'opération, 28 n'ont pu être débarrassées de leur mal, l'opération ayant été incomplète, ce qui donne 39 insuccès complets ou 41 p. 100. De plus, 13 étaient à l'état de récurrence, ce qui porte à 52 le chiffre des insuccès sur 94 malades. La proportion des insuccès était donc en réalité, et au minimum, au moment de la publication de la statistique, de 55 p. 100, et c'est cette situation que Martin transforme en 70 p. 100 de succès.

Les statistiques publiées sont assez nombreuses et donnent des résultats très différents; cela se conçoit, puisque la plupart ne portent que sur des chiffres restreints, se ressentant forcément de l'influence des séries heureuses ou malheureuses. Un relevé de

1,605 opérations, réunion de statistiques diverses publiées à l'étranger, donne 358 morts ou 16.4 p. 100 de mortalité.

Berns, dans le *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, réunit les statistiques intégrales de Olhausen, Fritz, Martin, Czerny, Léopold, Klotz, Staude, Hahn qui comprennent un chiffre de 223 opérations avec 34 morts, ce qui donne seulement une mortalité de 15 p. 100. La mortalité la plus élevée est celle de Olhausen (31 p. 100 pour sa première série de 22 opérations), et celle de Martin (24 p. 100); Klotz sur 17 cas et Staude sur 14 n'ont pas eu de mort.

Barraud donne, pour les statistiques intégrales de Péan, Bouilly Richelot, Terrier, les chiffres de 112 opérations avec 27 morts ou 24.7 p. 100 de mortalité. La mortalité la moins élevée est celle de Péan (18.4 p. 100); la plus élevée, celle de Richelot (37.5 p. 100). Nous avons dit plus haut que la statistique complète de Barraud, résumant la pratique française, donnait 28.7 ou en chiffres ronds 29 p. 100 de mortalité.

Si donc nous établissons comme base d'appréciation le chiffre de 25 p. 100 comme celui de la mortalité opératoire de l'hystérectomie vaginale, on ne peut nous accuser d'assombrir le tableau, puisque le chiffre pour la chirurgie française est de 29 p. 100, et que ce chiffre s'élèverait probablement bien plus encore, si l'on pouvait connaître tous les cas *non publiés* dans lesquels la mort a suivi l'opération.

Quoi qu'il en soit, même en acceptant comme réelle cette mortalité du quart des opérées, elle ne répond qu'à la mortalité opératoire. Or, comme l'opération est pratiquée le plus souvent pour des cancers de l'utérus, il nous faut examiner quelle est la fréquence et la rapidité des récurrences. Il est évident que ce ne serait pas un progrès que de précipiter par une opération la mort d'un quart des malades, si les trois quarts survivants devaient ultérieurement mourir aussi sûrement et aussi rapidement que si l'opération, qui avait mis leur vie en si grand danger, n'avait pas été pratiquée.

Sur ce point, les documents sont peu nombreux, car l'on sait combien il est difficile de pouvoir obtenir à une ou deux années d'intervalle les renseignements précis sur les opérés.

Barraud nous donne à ce point de vue les résultats de la pratique de quatre chirurgiens allemands. Ils se résument dans le tableau suivant dont la première colonne donne les chiffres des opérées guéries de l'opération, et suivies au point de vue de la récurrence.

Chirurgiens	Opérées guéries	VIVANT ENCORE APRÈS			
		1 an	2 ans	3 ans	4 ans
Léopold.....	38	16	5	2	0
Schröder.....	62	20	7	4	0
Fritsch.....	53	17	7	2	0
A. Martin.....	55	35	25	20	5
	208	88	44	28	5
Mortes.....		120	164	180	203

Si nous ramenons ce chiffre de 208 survivantes aux 75 p. 100 des survivantes à l'opération, nous voyons que, de ces 75 survivantes, 43 sont mortes dans la première année; qu'à la fin de la seconde année il en est mort 59, à la fin de la troisième 64, et qu'à la fin de la quatrième année il n'en reste plus que 2. De telle sorte que, sur 100 opérées, 25 étant mortes de l'opération, on compte 68 mortes après un an, 84 après deux ans, 89 après trois ans et 98 sur 100 après quatre ans.

Hofmeier a fait un relevé de 40 hystérectomies totales. Il y eut 10 morts opératoires soit 25 p. 100. Une malade ayant été perdue de vue trop tôt, il en reste 29 sur lesquelles Hofmeier étudie la survie. Après un an il en reste 14, les 15 autres ayant succombé à la récurrence; après un an et demi il n'en reste que 8; après deux ans, il n'en reste plus que 7.

Ce n'est pas être trop exigeant que de se contenter d'une absence de récurrence pendant deux ans, pour une femme qui, par une opération, a été exposée au péril d'une mortalité de 25 p. 100, et de ne considérer comme échec que les récurrences survenues avant l'expiration de la deuxième année. Or, avec le chiffre moyen de 25 p. 100 de mortalité opératoire, nous aurions, avec la statistique de Léopold, Schröder, Fritsch et Martin, à la fin de la seconde année, 83 p. 100 d'insuccès et les succès, relatifs, ne seraient que de 17 p. 100. D'après le relevé de Hofmeier, à la fin de la seconde année, la mortalité serait de 84 p. 100 et les succès, toujours relatifs, de 16 p. 100. Et si nous nous bornions aux chiffres de Léopold, Schröder, Fritsch qui, sur 182 opérées, dont 23 sont mortes de l'opération, ne comptaient plus, après deux ans, que 49 survivantes, le chiffre des insuccès serait de 89 p. 100, celui des succès de 11 p. 100, succès toujours relatifs, puisque après la troisième année toutes étaient mortes.

16 ou 17 p. 100 de succès, voilà quel est, même peut-être atténué, la triste réalité des choses. Nous sommes loin des

70 p. 100 de succès que Martin déduit de ses calculs quelque peu fantaisistes.

Ce n'est pas tout encore: si nous voulons juger froidement de la valeur de l'opération, non au point de vue de l'opérateur, mais au point de vue du service rendu, au prix des plus graves périls, à des malades atteintes de cancer de l'utérus, nous avons à nous demander quel eût été le sort de ces malades si elles n'avaient pas subi l'hystérectomie.

Sur 100 d'entre elles, 25 au moins eussent échappé à la mort immédiate, qui paraît être le résultat moyen de l'opération, et elles auraient vécu quelque temps encore, assez longtemps peut-être, car l'hystérectomie ne doit être pratiquée, et n'est généralement pratiquée que pour des cancers encore limités à l'utérus lui-même. On nous dit: L'opération a donné à la moitié des malades qui ne sont pas mortes de l'opération une survie d'un an. Est-ce vraiment une année de vie que cette année passée à mourir lentement d'un cancer utérin récidivé après une opération grave, après les terribles angoisses et les fausses espérances que l'opération a données?

Sans doute, les malades auraient toutes succombé à leur mal, mais qui peut affirmer que la mort fût survenue plus vite pour la grande majorité de ces malades? Qui peut même affirmer que la marche du mal n'a pas été hâtée par l'opération? Nous voyons les cancéreuses vivre encore deux ou trois années avec leur mal. Sur les 242 opérées de Léopold, Schröder, Fritsch et Martin, sur les 208 malades guéries de l'opération il en reste 5 qui ont survécu quatre ans et 2 qui paraissent destinées à vivre sans récurrence. Qui oserait affirmer que, parmi ces cas, il n'y a pas eu place pour quelques erreurs de diagnostic?

La froide réalité est donc toute différente de l'enthousiasme que montrent la plupart des chirurgiens pour cette opération redevenue nouvelle; mais telle qu'elle est, elle doit attirer toute notre attention, et je ne serai pas en contradiction avec ce que je viens d'exposer en disant qu'elle doit être pratiquée dans certaines conditions que j'examinerai tout à l'heure.

Nous avons encore une autre question à examiner. Faut-il lorsque le cancer est encore limité au col et que l'amputation du col peut enlever les parties malades faire cette opération ou préférer l'hystérectomie totale? Dans un rapport que je fis à l'Académie en 1887, je me prononçai pour l'opération radicale; instruit par une étude plus complète de la question, je me prononce aujourd'hui pour l'hystérectomie partielle. La mortalité opératoire de l'amputation partielle est beaucoup moins élevée

que celle de l'hystérectomie totale. Sur 136 amputations sous-vaginales du col relevées par Paulick à la clinique gynécologique de Vienne, il y eut 10 décès, soit une mortalité de 7 p. 100. Sur 105 opérées de la clinique de Schröder, il n'y eut, d'après Hofmeier, que 13 morts ou 12.3 p. 100 de mortalité; sur ces 105 opérations, il y en eut 71 sus-vaginales. Reamy, sur 57 amputations sus-vaginales rapportées à la Société américaine de gynécologie, ne compte que 2 morts; Verneuil, sur 22 amputations sous-vaginales, n'eut qu'une morte; Polaillon n'en eut aucune sur 20 cas; Marchand n'en eut qu'une sur 12 cas; je n'en compte aucune sur 14 opérations. Pour bien juger la question, il faudrait faire la distinction entre les hystérectomies sous et sus-vaginales, les secondes étant certainement plus meurtrières. Mais, d'après les faits publiés et rassemblés par Barraud, on peut évaluer la mortalité opératoire à un maximum de 10 p. 100. Donc, au point de vue de la mortalité, l'hystérectomie partielle ne saurait être comparée à l'hystérectomie totale; cela, je crois, ne saurait faire doute pour personne. Reste la question des récidives.

Hofmeier, sur 95 malades guéries de l'amputation du col pour cancer, a recherché la date et la fréquence des récidives. 7 malades n'ont pas été suivies avec assez de précision pour qu'on puisse les faire entrer en ligne de compte; il en reste donc 88. Sur ces 88 malades, 43 ont vu la récidive survenir dès la première année, ce qui donne 48 p. 100 d'insuccès. Sur les 45 malades restantes, 3 ont une récidive dans la seconde année; 3 pendant la troisième, 4 pendant la quatrième. L'absence de récidive a été observée après deux ans sur 9 opérées; après trois ans sur 10; après quatre ans sur 9; après cinq ans sur 4; après six ans sur 2 et après sept ans sur une. Si nous appliquons ici le même calcul qu'à l'hystérectomie totale, nous avons sur 105 opérées 10 décès opératoires, 43 récidives la première année, et 3 dans la seconde, ce qui nous donne un total de 56 insuccès sur 105 cas, ou 53 p. 100. La proportion des succès serait donc de 47 p. 100, que nous pouvons opposer aux 16 ou 17 p. 100 de succès après l'hystérectomie totale.

Il serait certainement fort paradoxal de soutenir que l'amputation partielle d'un organe affecté de cancer limité met plus à l'abri de la récidive que l'amputation totale de cet organe. Mais ce qu'on peut dire, c'est que l'amputation partielle paraît suffire dans bon nombre de cas pour donner une guérison d'une assez longue durée. Il ne faut donc pas, dans les cas où le cancer est limité au col, faire l'hystérectomie totale, parce que la mortalité

opératoire est considérable après l'ablation totale et qu'elle ne paraît pas donner des garanties de guérison en rapport avec l'aggravation des risques opératoires.

La mortalité après l'hystérectomie totale n'est plus ce qu'elle était au début de la pratique de l'opération. Ce n'est pas seulement parce que la technique opératoire a fait des progrès, c'est encore, c'est surtout parce qu'on écoute mieux la voix de la sagesse clinique et qu'on opère de moins en moins ces cas compliqués d'envahissement du vagin, des annexes utérines, d'enclavement de l'utérus, conditions qui aggravent les risques opératoires.

Plus j'acquies de l'expérience, plus j'éprouve d'éloignement pour les opérations faites pour remédier aux cancers. La récurrence est presque la règle, aussi ne faut-il pas que les risques opératoires soient de beaucoup supérieurs aux bénéfices passagers que peut donner le succès de l'opération.

Pour que l'hystérectomie totale dans le cancer soit vraiment justifiée, il faut que l'état général soit bon et ne laisse pas supposer l'existence d'une cachexie cancéreuse; il faut que le cancer soit limité à l'utérus, que le vagin soit libre de toute extension du mal, qu'on ait lieu de croire qu'il en est de même des ligaments larges. Il faut enfin que l'utérus soit mobile, non seulement parce que cette mobilité est la condition d'une opération exempte de difficultés exceptionnelles, mais aussi parce que cette mobilité suppose, dans l'immense majorité des cas, que le mal ne dépasse pas les limites de l'utérus. Pratiquée dans ces conditions, l'hystérectomie vaginale est une opération qui doit être approuvée; l'avenir nous montrera avec plus de précision l'étendue des services qu'on peut en espérer ou en attendre.

## CHAPITRE XI

### OPÉRATIONS SUR LES ANNEXES DE L'UTÉRUS

#### Des kystes et tumeurs de l'ovaire.

##### Ovariectomie.

Les kystes de l'ovaire sont constitués généralement par un sac fibro-séreux, recouvert par le péritoine. Au point de vue de leur disposition intérieure on distingue trois variétés principales :