

Windsor (1), en 1809; J. Clarke (2), C. J. M. Langenbeck (3), Voigtel (4), Lasserre (5), Luytgaerens (6), Mollet (7), Gregson (8), Cl. Tarral (9), Higgins de Taunton (10), Pierson et Putmann (des États-Unis) (11), Bowen Harrison (12) et M^r Clintock (13). Dans un cas, l'utérus renversé fut enlevé par une sage-femme; dans d'autres, il a été arraché.

Il y a des cas dans lesquels la terminaison fut moins heureuse. Dans un cas opéré par Deleurye, la malade mourut quelques jours après. Il en fut de même dans plusieurs cas opérés par Baudelocque, Desault et Buet (de Vienne) (14).

[Aran enleva un utérus introversé, et la malade succomba (15).]

Dans plusieurs cas de prolapsus, l'utérus a été enlevé avec succès par la ligature par Gallot (de Provins) (16), en 1819, Marshall, Fodéré, en 1825, Récamier et Marjolin (17), Delpech (18), Bellini (19). Un cas semblable, opéré par Ruysch (20), se termina fatalement. Langenbeck (21), en 1813, réussit dans un cas avec le bistouri. Wrisberg (1) rapporte un cas d'ablation par une sage-femme avec un couteau. Quand l'utérus est en place, l'opération est naturellement plus dangereuse. « Paletta (2) (13 avril 1812), un des premiers, sinon le premier, pratiqua cette opération sans le

(1) Windsor, *Medico-chirurg. Transactions*, 1809, t. X.

(2) J. Clarke, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. II, p. 419.

(3) C. J. M. Langenbeck, *Geschichte einer Extirpation des krebhaften Gebärmutter* (A. E. Siebold's *Journal für Geburtshilfe*. Frankfurt am Main, 1830, t. X, p. 57).

(4) Voigtel, *Edinb. med. and surg. Journ.*, vol. II, p. 421.

(5) Lasserre (*Arch. gén. de méd.*, 1835, 2^e série, t. VIII, p. 395).

(6) Luytgaerens, *Extirpation de la presque totalité de l'utérus* (*Ann. de la Société de méd. de Gand*, 1839).

(7) Mollet, *Annales de thérapeutique*, janvier 1845.

(8) Gregson, *London med. Gazette*, février 1846.

(9) Cl. Tarral, *Mém. sur l'ablation de l'utérus* (*Journal hebdomadaire de médecine*. Paris, 1829, t. V, p. 403).

(10) Higgins, *Edinburgh monthly Journ.*, 1^{er} juillet 1849.

(11) Pierson et Putmann, *American Journ. of med. sciences*, avril 1840, octobre 1856.

(12) Bowen Harrison, *London med. Gazette*, avril 1840.

(13) M^rClintock, *Clinical memoirs on diseases of women*, p. 85.

(14) Buet, *Salzburg med. chir. Zeitung*, t. III, p. 188.

(15) Aran, *Leçons clin. sur les maladies de l'utérus*. Paris, 1858-60, p. 973.

(16) Gallot, *Bull. de la Faculté*, 5^e année, p. 15.

(17) Récamier et Marjolin, *Observation sur une extirpation de l'utérus* (*Revue méd.*, t. IV, p. 392; *Journ. gén. de méd.*, 1829, t. CIX, p. 72, et *Arch. gén. de méd.*, 1^{re} série, t. XXI, p. 78).

(18) Delpech, *Mémoire sur l'ablation de l'utérus* (*Mémorial des hôpitaux du Midi*, t. II, p. 605, octobre 1830).

(19) Bellini, *Journal des progrès*, t. XII, p. 273. — *Mémoire sur l'amputation de l'utérus*, 1823.

(20) Ruysch, *Observ. anatomico-chirurg.* Amstelodami, 1696, obs. VII, p. 13.

(21) Langenbeck, *Rus's Mag.*, t. VI, p. 697 et *Bulletin de Férussac*, t. XVII, p. 72.

(22) H. Wrisberg, *De uteri mox post partum naturalem resectione non lethali*. Gotingæ, 1787.

(23) Paletta, in Canella, trad. italienne du mémoire de Sauter, et *Exercitationes pathologicae*, 2^e partie.

savoir, et croyant n'avoir extirpé que le col tuméfié de l'utérus. Depuis lui, cette opération a été pratiquée, avec connaissance de cause, une fois par Sauter (1), deux fois par Siebold (2); une fois en 1824, par Holscher (3), quatre fois par Blundell (4), une fois par Banner (de Liverpool) (5), une fois par Lizars (6), trois fois par Récamier, seul ou avec Roux (7), trois fois aussi par Langenbeck, une fois par Dubled (8), et une fois par Delpech. Des 19 malades, 16 ont succombé aux suites de l'extirpation, une au quatorzième jour, une autre au quatrième, la plupart le lendemain ou au plus tard le troisième jour, quelques-unes peu d'heures, peu d'instants même après l'opération.

Blundell (9), sur quatre opérations, a eu un cas de succès et trois cas de mort immédiate. Si le cancer du col, dit-il, peut être enlevé avec succès, je suis porté à croire que l'on aurait le même succès en enlevant le squirrhe du corps de l'utérus. Paul Ève (de Géorgie) a enlevé tout l'utérus pour un polype malin, mais la femme mourut quelques mois après d'encéphaloïde généralisé (10). Velpeau (11) dit que l'opération a été pratiquée vingt et une fois en vingt ans et qu'il n'y a pas eu un seul cas de guérison permanente.

C. Clay (de Manchester) (12) et Kœberlé (de Strasbourg) (13) ont enlevé l'utérus après avoir ouvert le péritoine. Dans le cas de Clay, les deux ovaires étaient malades et tout l'utérus était hypertrophié. Il enleva toutes les parties atteintes et la malade se rétablit.

Cette opération a été proposée pour les personnes qui sont atteintes de cancer ou d'ulcération maligne, comme étant la seule chance en leur faveur. Elle a été proposée de même contre l'ulcération et la gangrène qui se développent à la suite du prolapsus ou de l'inversion de cet organe.

(1) J. N. Sauter (de Constance), *Die gänzliche Extirpation der carcinomatösen Gebärmutter*. Constance, 1822, traduit dans les *Mélanges de chirurgie étrangère*. Genève, 1824, t. I, p. 246, et analysé dans les *Archives générales*. Paris, 1824, t. V, p. 616.

(2) A. E. von Siebold, *Beschreibung einer vollkommenen Extirpation der scirrösen, nicht prolaborierten Gebärmütter* (*Journ. für Geburtsh.* Frankfurt, 1824, t. VII).

(3) Holscher, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, t. XXIII.

(4) Blundell, *London medical Gazette*, t. II, p. 294, 733, 797, et t. III, p. 797. — *The Lancet*, 1829, t. I, p. 186, et t. IX.

(5) Banner, *London med. Gazette*, t. II, p. 582, et *The Lancet*, octobre 1828; *Journal des progrès*, t. XIII, p. 272.

(6) Lizars, *The Lancet*, octobre 1828.

(7) Récamier et Dubled, *Nouvelles Extirpations de la matrice* (*Journ. hebdomadaire de méd.*, 1^{er} 30, t. VI, p. 122, et *Arch. gén. de méd.*, 1830, t. XXIII, p. 403).

(8) Dubled, *Amputation du col de la matrice* (*Arch. gén. de méd.*, 1830, t. XXIII, p. 142, et rapport de Capuron, *ibid.*, p. 457).

(9) Blundell, *American Journal of medical science*, octobre 1850, p. 395.

(10) P. Ève, *American Journ. of med. sciences*, octobre 1850, p. 395.

(11) Velpeau, *Nouveaux Éléments de médecine opératoire*. Paris, 1839, t. IV, p. 415.

(12) C. Clay, *Observations on ovariotomy, also a successful case of entire removal of the uterus and its appendages* (*Trans. of the obstetric. Soc. London*, 1764, t. V).

(13) Kœberlé, *De Pœvariectomie* (*Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1863, t. XXVI).

A. Les circonstances qui défendent cette opération sont à peu près les mêmes que pour l'extirpation du col.

a. La maladie doit être bornée à l'utérus et ne point atteindre les parties voisines : l'utérus doit être mobile, et plus l'ulcération est récente, mieux cela vaut.

b. Les ganglions du bassin, les ovaires, la vessie, le rectum, doivent être sains.

c. Comme pour toute opération chirurgicale grave, la santé générale de la malade doit être bonne, et il ne faut pas attendre le moment de la cachexie cancéreuse (1).

B. Quand l'utérus est déplacé, il faut que les organes pelviens soient sains, qu'il n'y ait point d'adhérence et que l'état général soit bon. Du reste, comme en pareil cas l'opération est moins grave, on peut être moins sévère sur l'état de la malade.

Procédé opératoire. — Il varie suivant la situation de l'organe. Si l'utérus est en prolapsus ou en inversion, on peut l'enlever, soit avec l'écraseur ou le bistouri, soit par la ligature, soit par les deux moyens réunis. Si l'utérus est dans sa situation naturelle, le seul moyen est l'excision.

A. *Extirpation de l'utérus déplacé.* — a. Quand on se sert du bistouri, il faut être prêt à appliquer le cautère actuel en cas d'hémorrhagie ; il faut écarter les intestins du sac formé par la dépression de l'utérus, et en cas de prolapsus, disséquer le péritoine si c'est possible. Dans les cas d'inversion, ce dernier temps de l'opération est impossible ; c'est assurément le mode d'opération le plus rapide, mais on peut se demander si c'est le plus sage. Je préfère l'écraseur quand on peut l'appliquer. Il faut agir lentement et avec soin, la malade étant maintenue sous l'influence du chloroforme.

b. La ligature peut être simple ou double : simple quand on la passe autour du pédicule, double quand on divise la tumeur en deux portions pour lier chaque portion. On serre chaque jour davantage, jusqu'à ce que la tumeur tombe, ou tout au moins tous les deux ou trois jours. En général, ce procédé est douloureux et il faut chaque soir administrer une dose d'opium. Il faut avoir soin de ne pas comprendre dans la ligature la portion d'intestin qui se trouve dans le cul-de-sac formé par l'utérus en inversion. Le temps qui s'écoule entre le moment où l'on fait la ligature et la chute de la tumeur varie de trois semaines à deux mois.

A cause des dangers moins grands que l'on prête à la ligature, ce procédé a été préféré par la plupart des praticiens, et, ainsi que nous l'avons vu, il a été appliqué souvent avec succès. Cependant, comme pendant le temps que l'utérus met à se séparer, il est survenu divers accidents graves, à cause de l'écoulement fétide que produit une masse à moitié putréfiée, plusieurs chirurgiens ont proposé d'amputer l'utérus au-dessous de la

(1) Dupuytren, *Journal hebdomadaire de médecine*, 24 mai 1824, p. 455.

ligature, soit avec le bistouri, soit avec l'écraseur. S'il survient une hémorrhagie, on resserre la ligature ou l'on applique le cautère actuel. Ce procédé combiné me paraît le meilleur : il réunit les avantages des deux procédés et il écarte les inconvénients des deux moyens isolés.

B. *Extirpation de l'utérus resté dans sa position normale.* — a. *Extirpation sous-pubienne.* — Récamier (1) et Dupuytren pensent que l'utérus doit être amené jusqu'à la vulve pour faciliter l'opération. Gendrin (2) pense au contraire que l'utérus doit être repoussé en haut afin de séparer le col de la portion réfléchie du vagin et pour éviter en même temps les artères utérines. Le second temps, suivant Récamier et Roux, est d'isoler la matrice de la vessie. Blundell ne le fait que plus tard. Gendrin commence l'opération par les parties latérales, afin de se débarrasser aussi vite que possible des ligaments latéraux. Voici, du reste, le procédé décrit par Récamier. L'état de l'utérus avant l'opération était le suivant : « La lèvre postérieure de l'orifice utérin était entièrement détruite, la lèvre antérieure, saillante de plus d'un pouce, était dure, bosselée et ulcérée entièrement. L'orifice utérin était large, et le doigt pénétrait dans l'organe avec la plus grande facilité, ce qui tenait au ramollissement des parties recouvertes d'excroissances fongueuses et de plusieurs tumeurs encéphaloïdes. La paroi postérieure du vagin était ulcérée dans l'étendue d'un pouce. Le rectum était sain, sans adhérences, de même que la vessie. L'abdomen était souple, le pouls rapide, la langue nullement chargée. L'opération étant décidée, la malade fut placée sur le bord d'une table, dans la position de la taille : la partie saillante du col fut saisie avec des pinces de Museux, afin d'abaisser tout l'organe autant que possible. Ce temps de l'opération fut le plus douloureux. Après avoir examiné le rectum, Récamier fit sur le vagin une incision demi-circulaire, au point de la réflexion de la muqueuse sur le col. Le doigt fut porté au fond de l'incision pour isoler l'utérus de la vessie, ce qu'il fit dans une étendue de 2 pouces. Le péritoine fut ensuite coupé, ainsi que les ligaments utérins, avec un bistouri boutonné. La malade ne perdit pas une goutte de sang et se plaignit très-peu. Les ligaments larges furent coupés et liés avec un fil. Ceci fait, le corps de l'organe fut fortement abaissé, les pinces mises de côté, le bistouri reporté dans la plaie pour sectionner la paroi postérieure du vagin et les plis de péritoine qui unissaient l'utérus aux organes voisins et tout l'organe fut ainsi enlevé. » Cette opération réussit complètement. J'ai vu moi-même la malade, à l'Hôtel-Dieu, après sa guérison.

Langenbeck s'efforce de disséquer le péritoine au lieu de le couper. L'utérus étant isolé sur un point, peut être retourné complètement sur lui-même, et la section des derniers liens devient ainsi plus facile. Pour

(1) Récamier, *Recherches sur le traitement du cancer*, t. I.

(2) Gendrin, *Observations et remarques sur l'extirpation de l'utérus* (*Journal gén. de médecine*. Paris, octobre 1829, t. CIX, p. 91).

empêcher toute hémorrhagie, on pose une ligature de chaque côté sur les ligaments.

Blundell décrit ainsi son procédé (1) :

Je commençai par introduire l'index et le médius de la main gauche dans le vagin, jusqu'à la partie malade, et je glissai mon bistouri à plat sur la face palmaire de mes doigts, pour commencer la section. La voie une fois ouverte, je fis pénétrer peu à peu mes doigts par la plaie jusque sur la face antérieure du rectum et jusqu'à la portion recto-vaginale du péritoine. Réintroduisant le bistouri pour achever la section du vagin, je le conduisis sans cesse avec l'extrémité de mes doigts, et autant que possible d'ailleurs j'agrandissais l'ouverture avec le doigt par dilacération. Une fois le vagin sectionné en arrière dans toute son étendue transversale, je pratiquai de la même manière la section des parties latérales jusqu'aux ligaments larges, c'est-à-dire avec un bistouri boutonné, alternativement conduit sur les doigts de la main gauche pour le côté gauche, sur les doigts de la main droite pour le côté droit. J'introduisis alors toute la main dans le vagin, et, passant mes deux doigts en arrière de l'utérus, le long de la paroi postérieure, j'arrivai jusqu'au fond de l'organe, que je saisis avec mes doigts recourbés en crochet. Par un mouvement de rétroversion je l'abaissai fortement en arrière et l'amenai dans le vagin. Le reste de l'opération se fit à découvert. Il y avait encore des adhérences, par le moyen des ligaments larges et des trompes, avec la vessie et la paroi antérieure du rectum. Les ligaments larges furent coupés le long des parois utérines latérales; tout près de ces parois et dans la section des adhérences vaginales, on eut grand soin de ménager le col de la vessie et les uretères.

La malade perdit 4 ou 5 onces de sang; mais il n'y eut pas de ligatures à faire. Elle supporta facilement cette opération et se rétablit très-vite. Cinq mois après, la malade était complètement guérie.

b. Extirpation sus-pubienne. — En 1814, Gutberlat proposa d'enlever l'utérus par la ligne blanche. Cette opération a été pratiquée dans un cas par Langenbeck (1825) (2), et une autre fois par Delpech (3). Les deux malades moururent très-peu de temps après l'opération. Blundell (4) parle cependant plus favorablement de ce procédé. « Ne pourrait-on pas, dit-il, enlever l'utérus au-dessus de la symphyse? ne pourrait-on pas aussi l'enlever par le vagin? Une fois l'utérus enlevé, on ferait une suture sur la partie supérieure du vagin. Le cancer est une maladie si affreuse, qu'on ne doit rejeter aucun des moyens proposés pour y soustraire les malades, mais assurément l'opération devra être pratiquée de bonne heure, avant que les organes voisins soient atteints. »

(1) Blundell, *Lancet*, 9 août 1828.

(2) Langenbeck, *De totius uteri extirpatione*. Berolini, 1826.

(3) Delpech, *Mémoire sur l'ablation de l'utérus* (*Mémorial des hôpitaux du Midi*, t. II, p. 610).

(4) Blundell, *Diseases of women*, p. 177. — Voyez aussi *Siebold's Journal*, vol. IV, p. 507.

Dubled a proposé d'enlever l'utérus sans toucher au péritoine : cette opération a été pratiquée par Langenbeck (1) dans un cas de prolapsus. C'est à peu près la méthode proposée par Bellini. On tire fortement l'utérus en bas, on le sépare du vagin à son point d'insertion, puis, après une dissection circulaire faite avec soin, on applique des ligatures sur les ligaments ronds, et on les sectionne tout près de la surface extérieure de l'utérus.

Que l'opération soit faite sur l'organe en position normale ou sur l'organe déplacé, les dangers qui accompagnent une semblable opération doivent être pris en sérieuse considération :

1° Le premier danger est celui qui résulte de l'ébranlement général très-grave imprimé à toute la constitution. Blundell pense que ce danger est toujours plus grand quand l'utérus est extrait du milieu même du bassin; qu'il est bien moindre dans les cas de déplacements.

2° Une hémorrhagie grave ou même mortelle peut survenir à la suite de l'opération, surtout quand l'utérus était en place; pour l'utérus déplacé, on évite ou l'on fait disparaître le danger avec la ligature ou le cautère actuel.

3° Les organes voisins, le péritoine peuvent s'enflammer : de là danger de mort pour les malades, aussi menaçant d'ailleurs dans les deux cas.

4° Si l'ouverture supérieure du vagin est considérable, les intestins peuvent passer par cette voie. En pareil cas, on est forcé d'avoir recours à un tampon fait avec des éponges.

Si maintenant on considère les résultats donnés par l'extirpation de l'utérus, surtout de l'utérus en position normale, il est difficile de trouver en faveur de cette opération d'autres motifs que celui de ne pas abandonner les malades à une maladie horrible et incurable, sans rien tenter pour les soulager. Gendrin s'exprime en ces termes sur ce point : « L'extirpation de l'utérus est assurément l'une des plus graves et des plus douloureuses opérations de la chirurgie, en même temps qu'elle est l'une des plus souvent mortelles. Elle ne doit donc être pratiquée qu'avec la plus extrême prudence, et dans les cas seulement où l'on peut enlever tout l'organe malade. Il faut avoir recours à tous les modes possibles d'excision, pour se bien assurer que la maladie est bien limitée et que l'organe est encore mobile, malheureusement encore on peut se tromper. D'habiles chirurgiens, comme Sauter et Roux, ont méconnu l'extension de la maladie aux ovaires et aux trompes de Fallope. Notre conclusion est donc que, dans le plus grand nombre des cas, la sagesse veut qu'on n'opère pas. »

Les conclusions seront différentes pour l'organe déplacé. Cette opération est moins formidable : elle ébranle moins toute l'économie, et elle a été pratiquée souvent avec succès. On pourra donc la hâter, quand il n'y a pas de contre-indication particulière.

(1) Langenbeck, *Neue Bibliothek*, t. I.

ARTICLE II.

EXCROISSANCES EN CHOUX-FLEURS

CANCROÏDE VÉGÉTANT.

Le nom d'excroissances en choux-fleurs a été imaginé, en 1809, par John Clarke (1), et adopté ensuite par son frère sir C. Clarke (2), quoiqu'il ne soit pas toujours très-approprié à tous les cas.

Levet et Herbiniaux ont décrit, sous le nom de *tumeurs vivaces*, des excroissances de nature maligne que Gooch affirme n'être pas autre chose que les excroissances en choux-fleurs (*cauliflower*). Il admet aussi que ces tumeurs sont les mêmes que celles qui ont été désignées sous le nom de *fungus hématodes*. A quoi Boivin et Dugès répondent que les excroissances en choux-fleurs sont solides et non pas simplement vasculaires. Hemming tend à partager l'opinion de Gooch.

Robert Hooper (3) combat, avec quelque raison, la dénomination de la maladie; mais c'est à tort que, comparant les excroissances dont nous parlons aux céphalomas, il veut faire de ces tumeurs des *céphalomas polypoides*: si du moins on compare sa description à celle de sir C. Clarke, il est évident qu'il s'agit de deux maladies tout à fait différentes.

[[On admet généralement aujourd'hui que les excroissances en choux-fleurs sont constituées anatomiquement par l'infiltration dans la trame des tissus, d'éléments épithéliaux qui se rapprochent beaucoup de l'épithélium normal.

Ces excroissances peuvent dès lors être considérées comme un véritable cancroïde, d'où le nom de *cancroïde végétant* et d'*épithélioma* qui leur a été donné.]

La maladie consiste en un développement morbide d'une portion ou de toute l'étendue de la circonférence de l'orifice utérin; plus rarement cette excroissance part de la cavité utérine.

Cette affection se rencontre chez des femmes de tout âge, mariées ou non mariées, indépendamment de toute question de tempérament, d'habitudes ou d'habitation.

Elle n'est pas aussi fréquente toutefois qu'on pourrait le croire d'après cette définition. « Pour un seul cas d'excroissance en choux-fleurs, on voit dix ou vingt polypes, cinquante carcinomes, ou ulcères malins de l'utérus (4). »

(1) John Clarke, *Transactions of the society for the improvement of medical and surgical knowledge*, vol. III, p. 321. — *Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. XVIII, p. 480.

(2) C. Clarke, *Observ. on diseases of females*. London, 1831, 3^e édit., vol. II, p. 57.

(3) Hooper, *Morbid anatomy of the human uterus*. London, 1832, p. 16. — Voy. aussi Duparcque, *Traité théorique et pratique sur les altérations simples et cancéreuses de la matrice*. Paris, 1839, p. 85. — Lisfranc, *Mal. de l'utérus*, p. 364.

(4) Gooch, *Diseases of women*, p. 309.

§ I. — Causes.

Les causes sont très-obscurées: on ne peut dire que ce soit une lésion du col produite par le travail de l'accouchement, puisque cette maladie se rencontre aussi bien chez les vierges et les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Ce n'est pas non plus la suite d'un coït exagéré ni d'affections syphilitiques, car la maladie n'est pas plus fréquente chez les filles publiques que chez les autres femmes. Sir Clarke semble porté à admettre qu'il y a une prédisposition congénitale et que les organes semblent n'attendre que le développement d'une vascularité plus abondante.

§ II. — Anatomie pathologique.

La tumeur est très-vasculaire, d'une coloration rouge foncé, avec une surface légèrement granulée ou unie, sur laquelle on voit de nombreuses traînées de vaisseaux. La structure est assez ferme; si l'on touche un peu fort l'excroissance, elle saigne. Toutes les tentatives qu'on a faites pour injecter la tumeur par l'utérus ont échoué, ce qui semble contredire l'opinion de sir C. Clarke sur la nature purement vasculaire de ces tumeurs. Cependant, après la mort ou après l'application d'une ligature, la tumeur disparaît et l'on ne voit plus qu'une petite masse flasque. Sur un assez grand nombre de cas, sir C. Clarke n'est arrivé à obtenir qu'une seule préparation. En général, l'excroissance est fixée plus ou moins complètement sur la circonférence de l'orifice utérin, et rien n'est plus variable que le volume auquel elles arrivent; tantôt ce sont des granulations isolées et très-petites, tantôt, au contraire, ces granulations sont agglomérées et forment une masse irrégulière (fig. 121).

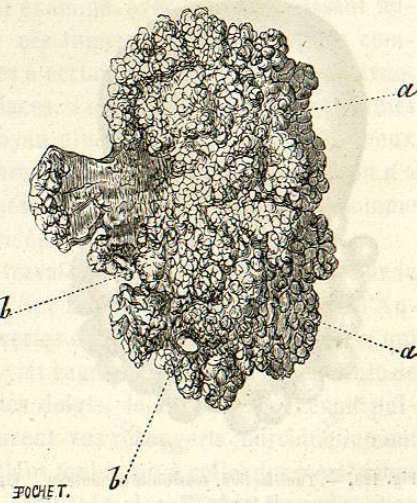


Fig. 121. — Chou-fleur de l'utérus (*).

Clarke dit n'avoir jamais vu d'excroissances sur aucune autre partie que sur le col (fig. 122), mais Gooch et d'autres auteurs ont vu ces excroissances sortir de la cavité même du col. On ne se doute pas de leur existence, jusqu'à ce qu'elles soient parvenues à une certaine dimension et

(*) aa, face inférieure de la tumeur; bb, portions déchirées au moment de l'enlèvement. (SIMPSON, fig. 14.)