

*Bibliothèque numérique*

medic@

**Picqué, L.. - De l'intervention  
chirurgicale dans le cancer de l'utérus**

**1880.**

***Paris : Frédéric Henry, éditeur***  
***Cote : 90975***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE

CANCER DE L'UTÉRUS

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS)

ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le 25 Juin 1880

PAR

Le Docteur L. PICQUÉ

MÉDECIN MILITAIRE

OFFICIER D'ACADEMIE

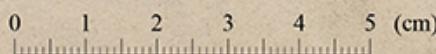


Multi pertransibunt et augebitur scientia.

(BACON, *de Dignitate et Augmentis  
scientiarum*, trad. latine, 1623).

PARIS  
FRÉDÉRIC HENRY, ÉDITEUR  
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1880



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LE

TRAVAUX DU MÊME AUTEUR

# THÈSE

ESSAI DE GÉOGRAPHIE MÉDICALE AU POINT DE VUE DE L'ALCOOLISME (*Annales d'Hygiène et de Médecine légale*), 2 mars 1877.

NOTIONS PRATIQUES D'HYGIÈNE POPULAIRE : Leçons faites à l'Association polytechnique. J. Dejey et C<sup>ie</sup>, éditeurs, 1878.

DE LA NON-INTERVENTION PRIMITIVE DANS LES PLAIES PAR BALLES DE REVOLVER, in *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1880, n° 7 et 8.

DES AMYOTROPHIES EN CHIRURGIE : en cours de publication dans la *Gazette médicale de Paris*, 1<sup>re</sup> partie, 1880, n°s 20 et 25.

PARIS

LIBRAIRIE HENRY EDITEUR

19, rue de l'École de Médecine

1880

## JUGES

RICHET, PRÉSIDENT  
DEPAUL  
LEFORT  
TRÉLAT  
VERNEUIL

TERRIER  
COURTY (DE MONTPELLIER)  
AZAM (DE BORDEAUX)  
ROCHARD (MEMBRE DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE)

## COMPÉTITEURS

### CHIRURGIENS

BOUILLY  
BOURSIER  
DURET  
GUIBAL  
KIRMISSON  
LEVRAT  
PEYROT  
PICQUÉ  
PIÈCHAUD  
RECLUS  
SCHWARTZ  
TEDENAT  
WEISS

### ACCOUCHEURS

BUDIN  
DUCHAMP  
DUMAS  
GAULARD  
HIRIGOYEN  
LEFOUR  
PORAK  
RIBEMONT  
ROULLET  
STAPFER

## JUGES

THOMAS	ROBERT, Président
COURTY (de Montlhéry)	DEBUYL
ASAN (de Jodoigne)	CHOTOT
ROGHIID (membre de l'Académie de médecine)	THOMAS
	VERINHOUT

## COMPÉTENCE

COMPOSÉE EN	COMPOSÉE EN
BRUN	THOMAS
DECHAMPS	DEBUYL
DUMAS	CHOTOT
GOULARD	ROBERT
HEDOUDIN	VERINHOUT
PRÉVOST	THOMAS
TOURL	DEBUYL
TRAHOMON	CHOTOT
VOULX	VERINHOUT
SPATZ	THOMAS

## AVANT-PROPOS

Il existe dans le cadre nosologique toute une série d'affections qui, par la nature des lésions qu'elles produisent et des symptômes qu'elles entraînent, par la secousse profonde qu'elles impriment à l'organisme, présentent un caractère de gravité si exceptionnelle que la cure spontanée en est impossible, que l'expectation est un verdict de mort et que cependant toutes les ressources de la thérapeutique chirurgicale sont impuissantes à enrayer.

On pressent dès lors dans quelle cruelle alternative doit se trouver le chirurgien placé entre la crainte de pratiquer une intervention dangereuse et inutile, et le péril de l'expectation.

Aussi avant de prononcer en dernier ressort sur ces désolantes maladies, avant de renoncer à l'intervention et de se résoudre à une inaction si navrante pour le chirurgien et si fatale pour le malade, il est nécessaire, et c'est là un devoir impérieux, de jeter un regard dans le passé, de consulter l'histoire, ce précieux instrument de science et de progrès, et de soumettre à un jugement sévère, avant de les condamner,

les méthodes employées, en les considérant en elles-mêmes et dans leurs applications.

C'est alors seulement qu'on pourra, dans cette étude rétrospective, dans cette critique impartiale du passé, juger et apprécier les efforts tentés et en déduire des enseignements pour l'avenir.

C'est ainsi que nous prétendons poser la question de l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'utérus.

Cette terrible affection qui fait chaque jour tant de victimes, qui frappe la femme à toutes les phases de sa vie sexuelle, a tenu en échec près d'un siècle d'efforts.

Depuis le commencement du siècle, en France et à l'étranger, tous les chirurgiens ont essayé de lui opposer toutes les forces dont ils pouvaient disposer; toutes les conquêtes de la thérapeutique chirurgicale contemporaine ont été tour à tour mises à contribution avec un enthousiasme et un élan bien légitimes assurément, mais trop aveugle peut-être.

Qu'est-il résulté de tous ces efforts? Quelques victoires, de nombreuses défaites et aujourd'hui un profond découragement.

Cette affection est-elle donc au-dessus de nos forces? Déjouera-t-elle incessamment tous nos moyens d'action, devons-nous nous avouer désormais impuissants et vaincus? Et cependant grand est l'intérêt qui s'attache à cette question.

C'est donc à confirmer les efforts du passé, c'est à démontrer ce qu'ils ont eu d'exagéré, mais aussi ce qu'ils ont eu de légitime, que tendront nos efforts, et c'est dans l'histoire d'abord, comme nous venons de le dire, et aussi dans la pratique et les idées de nos maîtres que nous puiserons les éléments de notre jugement.

Nous diviserons notre travail en plusieurs chapitres. Dans

le premier nous discuterons tout d'abord l'opportunité et les limites de l'intervention :

Faut-il et quand faut-il intervenir ?

Dans le deuxième nous passerons en revue les moyens de notre intervention.

Dans le troisième nous apprécierons la valeur des méthodes employées, nous en établirons le parallèle et nous poserons nos conclusions.

Disons enfin que chacun de nos chapitres comprendra trois subdivisions : Cancer du col, cancer du corps, cancer coexistant avec la grossesse.

On pourra nous objecter peut-être que ce dernier cas ne rentre pas dans les limites de la question qui nous a été imposée, et nous accuser d'empêter sur le terrain de l'art obstétrical.

Nous en convenons, à la vérité, et sommes persuadé même que la préoccupation du jury a été surtout d'appeler l'attention sur une question de pratique chirurgicale, qui n'est pas résolue dans le même sens par tous les chirurgiens.

Cependant nous n'avons pas cru devoir passer l'état de grossesse sous silence : car, si profonde que paraît être au premier abord la différence qui sépare ces deux questions, au fond, cependant, la question spéciale du cancer dans l'utérus gravide semble s'y rattacher par plus d'un point.

N'avons-nous pas à étudier l'intervention palliative dans le cancer de l'utérus, et l'intervention du chirurgien pendant la grossesse ou l'accouchement n'est-elle pas palliative et n'a-t-elle pas pour but, si elle ne peut guérir le cancer, de favoriser l'accomplissement d'un acte physiologique ?

Si, dominant davantage la question, nous nous plaçons à un point de vue philosophique, ne pouvons-nous pas consi-

dérer l'acte intermittent, temporaire et accidentel de l'accouplement comme l'analogue de toutes les fonctions physiologiques, ne devons-nous pas considérer, en conséquence, l'organe à l'état de repos ou de mouvement, vide ou rempli du produit de la conception, et, de la sorte, étudier les moyens palliatifs propres à faciliter ses fonctions lorsqu'elles sont entravées?

Peut-être, à la vérité, serons-nous entraîné un peu loin sur ce terrain : nous tâcherons toutefois de nous restreindre le plus possible sur le domaine chirurgical et de n'envisager la question qu'au simple point de vue où nous venons de nous placer, au point de vue de l'intervention palliative.

Qu'il nous soit permis, avant de commencer, de remercier bien vivement nos collègues de l'armée qui ont bien voulu pour nos recherches bibliographiques mettre leur temps à notre disposition, avec une compétence et un zèle au-dessus de tout éloge, et aussi notre excellent ami M. Nommés, membre distingué des Sociétés de linguistique et de philologie, qui a bien voulu laisser mettre à contribution sa grande érudition et sa profonde connaissance des langues étrangères.

enquête de l'opposition au diagnostic et au traitement, et l'opposition des deux derniers, si les rapports de l'opposition sont bons, et que l'opposition soit dans l'ordre de la moralité et de l'hygiène, nous devons l'admettre.

(MS.) (quodquid est) (scilicet) bonum ab aliis est ad nos non quod  
est non quod non est, (scilicet) non quod non est ad nos non quod non est.

## CHAPITRE PREMIER

Avant d'apprécier la valeur des divers moyens qu'on a opposés au cancer de l'utérus, il nous faut tout d'abord et en premier lieu justifier l'intervention, c'est-à-dire établir dans l'espèce l'opportunité de l'action, la discuter, en poser les indications, faire la balance entre les dangers de l'acte chirurgical et ceux qui résultent de la maladie.

Il nous est nécessaire, en conséquence, de connaître l'affection dans son siège, dans sa nature, dans ses symptômes, dans sa marche et ses terminaisons, et sans étudier ces divers points d'une manière didactique, ce qui serait sortir des limites de notre sujet, nous devons en présenter toutefois une vue d'ensemble, en tracer une esquisse rapide.

*Siège.* — Dans la majorité des cas, le cancer de l'utérus débute par le col pour s'étendre de là vers l'utérus; mais souvent la dégénérescence suit une marche inverse et marche du corps vers le col.

C'est là une donnée intéressante en clinique et qui est venue renverser l'opinion trop exclusive des anciens.

Marjolin, dans son article du Dict. en 30 vol., p. 273, s'exprimait en ces termes : « Le cancer de la matrice affecte toujours primitivement le col : les cas où il envahit d'abord le corps de l'organe, le col restant intact, sont extrêmement rares. »

Déjà en 1854 les faits de Monod (Gaz. des hôpitaux, 1854) présentés par Huguier, ceux de Demarquay rappelés par ce chirurgien à l'occasion de la précédente communication, celui du Dr Monceaux, recueilli dans le service de M. le professeur Gosselin, inséré dans la Gazette des hôpitaux (année 1855), parlaient contre les idées de Marjolin.

Depuis, les faits se sont multipliés encore et les 9 observations de Simpson (rapportées dans sa clinique, traduct. Chantreuil 1874), les 3 observations plus récentes de Mathews Duncan, Robert Barnes et Godson (publiées par le London obst. Transactions, vol. XX, p. 27, 28 et 29), et bien d'autres faits encore, ont démontré définitivement que cette forme anatomique devait être prise en sérieuse considération dans la pratique.

Le fait est donc intéressant à connaître, parce qu'il est de nature à nous fournir une base sérieuse pour les indications opératoires et nous indiquer par avance la nécessité absolue d'un diagnostic exact.

*Nature.* — Quelle est la nature de la lésion? C'est là un point fort intéressant à considérer, puisque histologistes et chirurgiens ont voulu baser sur cette distinction des indications opératoires.

Il peut exister sur le col de l'utérus deux grandes espèces de tumeurs cancéreuses : le carcinome et l'épithéliome.

Le carcinome se présente presque toujours sous la variété encéphaloïde.

Il existerait cependant, au dire de Cornil et Ranzier (Manuel d'hist. pathologique, édit. 1876, page 1147, tome II), quelques

cas isolés de squirrhe et de carcinome colloïde, mais c'est là une notion qui, si elle intéresse le nosologue et l'anatomo-pathologiste, laisse indifférent le chirurgien qui ne peut y puiser, dans l'état actuel de la science, aucune indication utile.

L'épithéliome se présente sous les deux formes, pavimenteuse et cylindrique.

L'intérêt qu'il y a pour le chirurgien à distinguer ces deux formes, c'est que longtemps on a considéré l'épithéliome comme la seule forme curable, et que l'on a regardé par contre la curabilité absolue du carcinome comme impossible.

A la vérité d'après Cornil et Ravier (page 1151, loco citato) les généralisations viscérales seraient rares dans l'épithéliome, mais ces mêmes auteurs l'admettent d'après un cas de Virchow (Gaz. méd., 1855) où le doute n'était pas possible, et l'on sait aujourd'hui combien étaient grandes, au sujet de l'épithéliome, les illusions de l'école anatomo-pathologique contemporaine il y a quelques années.

Les chirurgiens sont presque tous unanimes à déclarer que quelle que soit l'espèce, le pronostic n'est pas changé. *Sinety* (Manuel prat. de gynécologie, 1879, p. 456) partage ce même avis : et l'on peut dire aujourd'hui que le diagnostic de l'espèce a bien perdu de son intérêt au point de vue pratique.

Nous pourrons donc laisser de côté les illusions du passé, comprendre ces deux espèces dans la même formule générale et dire que l'une et l'autre sont des tumeurs malignes, ayant tendance à s'accroître indéfiniment en se propageant aux tissus voisins, déterminant des engorgements identiques dans les ganglions situés à proximité, récidivant après une ablation incomplète ou complète, et se généralisant à distance pour produire l'infection générale de l'organisme, bien différentes en cela des tumeurs bénignes qui ne déterminent que les phé-

nomènes locaux, résultat de la gène apportée par leur présence dans nos tissus.

Cette formule, applicable à toutes les tumeurs malignes en général, résume en entier l'histoire anatomique du cancer de l'utérus et nous intéresse d'autant plus, qu'elle nous fournira les plus précieuses indications, pour étayer notre plan de combat ou justifier notre inaction.

*Marche.* — Le cancer s'étend, et c'est en effet ce qu'il ne tarde pas à faire dans l'espèce. Parti généralement de la muqueuse, il gagne toute l'épaisseur du museau de tanche, s'ulcère ou végète, puis s'avance vers le corps de l'utérus; il ne tarde pas à envahir même temps les culs-de-sac vaginaux : à ce moment il a dépassé les limites de l'organe qu'il a primitivement attaqué, et dès lors rien ne s'opposera plus à sa marche.

L'utérus devient alors immobile, notion importante au double point de vue de la curabilité et du mode opératoire.

Les organes voisins sont bientôt envahis par le cancer. La sphère ganglionnaire, dont l'appareil génital interne constitue l'un des départements qu'il tient sous sa dépendance, reçoit la première le contre-coup de la lésion : le cancer s'y généralise.

Disons cependant que d'après Bayle (Lassalas, Th. doct., 1869, p. 45) rarement les ganglions sont pris et que Cazalis, d'après ses observations dans le service des cancéreuses qu'il dirigeait à la Salpêtrière, considérait comme rare l'infection générale : d'après lui, la sphère ganglionnaire était généralement respectée et la dégénérescence ne s'étendait guère qu'à quelques millimètres au-dessus de l'ulcération. Mais était-ce là du vrai cancer?

La sphère urinaire n'échappe pas à son action : la paroi vésico-vaginale devient cancéreuse, se perfore quelquefois (le

fait se produit dans le sixième des cas d'après Sinety); l'uretère comprimé par l'extension de la production maligne s'obtuse : de là des lésions graves du côté de la partie supérieure de ce conduit, du côté des bassinets et du rein.

En 1874, Carpentier Méricourt signalait un cas intéressant (Bull. de la Soc. anat., 1864, p. 178), dans lequel le cancer propagé à la face inférieure de la vessie avait amené une oblitération des uretères et une urémie consécutive à forme gastrique.

Dans une leçon clinique de M. le professeur Gosselin, rapportée dans la Gazette des hôpitaux, 1879, p. 1129, l'obstacle à l'écoulement de l'urine siégeait dans la vessie : il y avait rétention d'urine et hydronéphrose consécutive.

Enfin, dans une communication à la Société anatomique par M. Berdinel, rapportée également dans la Gazette des hôpitaux, 1879, p. 195, les uretères étaient très dilatés, remplis d'urine claire, comprimés, au niveau de l'embouchure dans la vessie, par deux petites tumeurs siégeant dans le tissu cellulaire du cul-de-sac vésico-utérin.

En même temps qu'il s'étend vers l'appareil urinaire, il gagne l'organe de la défécation, la paroi du rectum, qu'il ramollit et qu'il perfore.

Notons encore les généralisations possibles du côté des plexus nerveux et des vaisseaux, généralisations plus ou moins étendues selon le degré variable de la puissance proliférante de l'élément anatomique et la réaction plus ou moins considérable des tissus.

Pour donner une idée de l'étendue des désordres produits dans certains cas, nous citerons un fait de MM. Beurmann et Boudet (Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1874, p. 832), remarquable par les lésions suivantes :

Phlegmatia alba dolens très douloureuse, cancer secondaire de la colonne vertébrale, destruction du psoas gauche par un abcès, irritation directe et inflammation des nerfs du plexus lombaire.

M. le professeur Broca a constaté du reste dans un cas la dégénérescence des racines du sciatique.

Enfin, comme pour satisfaire dans l'espèce à cette loi fatale de sa marche, il produit l'infection générale de l'organisme, donc il ruine la puissance réactive en s'attaquant aux viscères qu'il détruit et qu'il met hors d'état de résister aux moindres traumatismes accidentels ou chirurgicaux.

Après avoir exposé rapidement les lésions anatomiques, primitives et secondaires, il nous faut parler en quelques mots des phénomènes réactifs qu'ils entraînent. Là encore nous puiserons des données importantes pour le sujet spécial qui nous occupe.

*Symptômes.* — Au début, pas de réaction : c'est là un point très important : l'affection, au grand détriment des malades, prend droit de domicile d'une façon absolument insidieuse.

C'est là du moins ce qui arrive dans la très grande majorité des cas.

Peu ou point de douleurs, si ce n'est la douleur provoquée, dans le coït par exemple ; quelquefois prolongation de la période menstruelle, c'est-à-dire d'un phénomène physiologique.

L'attention de la malade n'est guère attirée sur ce point, sauf si l'époque de la ménopause a déjà sonné pour elle, et si l'organe revenu à un repos ordinairement définitif récupère au bout d'un temps variable, et en apparence, ses fonctions physiologiques.

Au bout d'un certain temps, la ménorrhagie se transforme en métrorrhagie : au lieu d'accompagner la période menstruelle, ou de seulement la prolonger, c'est une véritable hémorrhagie qui survient à un moment variable de l'époque intermenstruelle ; mais les malades n'en comprenant pas la signification pathologique l'attribuent volontiers à l'exagération d'une fonction physiologique et n'y attachent pas autrement d'importance.

Si nous ajoutons à ces premiers symptômes la présence de pertes souvent muqueuses, mais plus ordinairement séreuses, nous aurons le tableau symptomatologique de la première période.

L'élément douleur y fait malheureusement défaut ; les malades, ne souffrant pas, ne saisissent pas et ne peuvent saisir la nécessité d'une intervention médicale : elles s'abstinent de consulter.

Mais bientôt les pertes deviennent plus abondantes, la métrorrhagie est devenue pour ainsi dire continue, l'écoulement séreux est incessant ; mais les malades, retenues par un sentiment de pudeur, redoutant la nécessité de se soumettre à un examen sérieux, patientent encore jusqu'à ce que, vaincues par la gêne de l'écoulement et de sa fétidité, par l'anémie consécutive aux métrorrhagies, désespérant désormais de guérir seules, elles viennent implorer les secours de la chirurgie.

Quelquefois cependant la métrorrhagie a cessé ; mais ce sont les pertes blanches alors qui les épuisent et qui, par l'odeur fétide qu'elles répandent, leur enlèvent toute possibilité de relation sociale et deviennent pour elles-mêmes un objet de dégoût.

C'est presque toujours dans ces conditions qu'on les observe :

à ce moment le cancer a ordinairement dépassé les limites de l'utérus ; il s'est avancé vers les organes du petit bassin. Quelquefois même, plus rarement, il y a des généralisations à distance, et la malade entre dans cette période ultime qui, outre les accidents de la cachexie cancéreuse en général, s'est compliquée d'une série d'accidents locaux tenant à la localisation spéciale de la maladie, à savoir : les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, la phlegmatia alba dolens, la pelvi-péritonite, les douleurs dans la sphère du flexus lombaire ou sacré et l'infection putride produite par la résorption des liquides ichoreux et infects qui émanent de la plaie cancéreuse.

Dans cette esquisse rapide, faite à grands traits, des troubles locaux et fonctionnels du cancer de l'utérus, nous avons essayé de faire ressortir deux points qui intéressent au plus haut degré le chirurgien :

D'abord l'indolence et la marche insidieuse de l'affection au début, d'où l'impossibilité de saisir la maladie à sa naissance, lorsqu'elle est encore exclusivement limitée au col ;

En second lieu, l'extension considérable de l'affection à un moment donné, la gravité des accidents locaux et fonctionnels, qui en font une maladie d'une sévérité exceptionnelle et la rendent pour ainsi dire inaccessible à l'action de nos moyens chirurgicaux, en tant qu'intervention active pratiquée dans un but de guérison radicale.

En parlant des symptômes de l'affection, nous n'avons eu d'autre intention que de faire ressortir ces deux points ; nous limitant à l'étude de l'intervention chirurgicale, nous ne pouvions pas songer à faire de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie une étude didactique, étude sans fruit pour le lecteur, puisqu'elle se trouve contenue dans tous nos traités classiques.

Maintenant que nous connaissons les points les plus importants de l'étude descriptive de la maladie, nous sommes en mesure d'aborder avec profit la discussion de la première question que nous nous sommes proposé de résoudre :

L'intervention chirurgicale est-elle justifiée dans le cancer de l'utérus ?

Qu'entend-on donc sous le nom d'intervention chirurgicale ?

Nous désignons sous cette dénomination un acte chirurgical qui a pour but de supprimer dans sa totalité une lésion anatomique, ou tout au moins d'atténuer les fâcheux effets qu'elle peut produire localement ou à distance.

Mais ici nous n'entendons parler que de l'acte radical, que de l'intervention curative par excellence.

Il faut tout d'abord distinguer trois cas :

1° Le cancer est limité au col (il y a cancer du col) ;

2° Le cancer est né primitivement dans le corps de l'organe (il y a cancer du corps de l'utérus) ;

3° Le cancer du col est compliqué ou pour mieux dire coexiste avec une grossesse.

Nous ne nous occuperons tout d'abord que du cancer du col, celui qu'on rencontre le plus ordinairement dans la pratique.

Ensuite nous parlerons des indications de l'intervention dans le cancer du corps, et nous terminerons par les indications qui peuvent naître de la coexistence d'une grossesse.

### CANCER DU COL

Il ressort suffisamment du tableau anatomique et clinique que nous avons présenté que le cancer de l'utérus n'est pas susceptible de guérison spontanée.

Il est évident que l'intervention chirurgicale pourra seule enrayer la marche toujours croissante de cette affection et s'opposer à ses ravages ultérieurs.

Mais il y a plus, et pour justifier l'intervention chirurgicale en général, et en particulier dans le cancer de l'utérus, il faut, comme le dit très judicieusement M. Broca dans son Traité des tumeurs, t. 1, page 581, « mettre en balance d'une part les dangers inhérents à la tumeur si on ne l'opère pas, et d'autre part, si on l'opère, les dangers inhérents à l'opération ».

Pour la première partie du problème, la solution n'est pas douteuse : oui, les dangers inhérents à la tumeur sont grands, et ils le sont à deux points de vue, en compromettant directement la vie et à brève échéance, par l'extension toujours croissante des désordres locaux, et indirectement, en ébranlant profondément l'organisme et par les pertes sanguines abondantes, et par les accidents septicémiques et aussi par les généralisations possibles.

Nous ne pouvons répondre, quant à présent, à la deuxième partie du problème, nous verrons par la suite quelles sont les méthodes dangereuses et celles qui ne le sont pas, pour rejeter les premières et adopter les secondes.

Leteinturier (Thèse de doctorat, 1872, Paris) nous dit que

les opérations sur le col peuvent être le point de départ d'accidents graves, surtout dans le cas où il existe une affection ancienne des annexes, momentanément éteinte et que l'intervention semble avoir réveillée.

Mais nous dirons avec l'auteur de la critique publiée à l'occasion de cette thèse dans les Archives de médecine, 1872, t. II, p. 384, que certains de ces faits sont possibles d'une interprétation différente, et nous essayerons plus loin de mettre ces faits en lumière.

Quo qu'il en soit, nous pouvons cependant, dans l'espèce, résoudre le problème en nous basant sur l'opinion de Broca (loco citato, p. 581).

D'après cet auteur, une opération grave est permise, et elle n'est permise que « lorsque les jours du malade sont sérieusement menacés dans un avenir plus ou moins prochain par le progrès naturel de la tumeur, ou lorsque celle-ci par son siège, son volume et ses complications, entrave des fonctions importantes ou occasionne une gène insupportable ».

Ne pouvons-nous pas appliquer ces préceptes de thérapeutique générale au cancer de l'utérus? Nous le pensons absolument, car nous ne nous arrêterons pas à la théorie bizarre de John Simon (General path., 1850, p. 152), qui assimile le cancer à un rein dont l'ablation serait susceptible de causer la mort du malade.

Nous ne sommes donc plus au temps où Boyer (4<sup>e</sup> édition, t. X, p. 627) proscrivait toute opération curative « comme cruelle, téméraire, inhumaine, que rien ne justifie et qui doit être proscrite de la chirurgie ».

Grisolle, de son côté (Traité de pathologie, etc., page 621), disait aussi : « Ce sont des opérations irrationnelles en principe, meurtrières dans l'application, plus meurtrières encore qu'on

ne le dit, puisqu'il est malheureusement vrai qu'on a dissimulé beaucoup d'insuccès et poussé l'impudence jusqu'à transformer des revers en succès. »

Nous savons aujourd'hui ce qu'il y a d'exagéré dans ces appréciations.

Le principe de l'intervention étant posé, nous devons étudier maintenant ce qu'on peut en attendre dans le cancer de l'utérus.

Peut-on espérer une cure radicale ? en un mot, peut-il y avoir curabilité absolue ? Le fait est diversement interprété par les auteurs.

Nous ne parlerons que pour mémoire des faits de Lapeyrouse (Obs. sur une excroissance de la matrice, Mém. de la Soc. royale de Montpellier, 1766) et de Strachan (American journal of med. sciences, t. V, page 307) cités par Churchill et qui ne laissent pas que de faire émettre des doutes dans l'esprit, quant à la réalité du diagnostic.

Pour Duparcque (Mal. de la matrice : altérations, Paris, 1839, t. I, p. 458) le traitement curatif absolu serait très limité.

Au dire de Churchill, Blundell (Diseases of women, page 187) et Robert Lee y croient si peu qu'ils rejettent même tout traitement comme cruel et contraire à tout principe scientifique, malgré les succès de Moore de Derry (États-Unis) et de Atlée, qui eut un succès opératoire, mais qui perdit toutefois sa malade.

Pour quelques chirurgiens du commencement du siècle, Lisfranc en tête, qui opéraient pour des cancers de simples engorgements du col, le fait de la curabilité ne pouvait pas être douteux.

Mais aujourd'hui que le diagnostic de cette affection est établi sur des bases certaines, la curabilité du cancer est mise en doute, et à bon droit.

Dans l'état actuel de nos connaissances, dit M. Courty (*Traité des maladies des femmes*, 2<sup>e</sup> édition, p. 1017), la curabilité absolue du cancer n'existe pas ; aussi la guérison de cette terrible maladie, qu'elle soit développée dans l'utérus ou dans un autre organe, est un but chimérique à atteindre : et nous pouvons ajouter à l'opinion du savant professeur que dans l'espèce la curabilité absolue est d'autant plus chimérique, que nous ne voyons les malades qu'à une période déjà avancée de leur maladie.

Il est cependant quelques auteurs, A. Guérin entre autres (*Mal. des org. génitaux internes de la femme*, 1878, p. 512), qui pensent que l'épithéliome est curable.

Scharlau (*Beitrag zur Geburtshülfe und Gynäkologie*, t. II, fasc. 1) cite aussi un cas de cancroïde de la portion vaginale du col opéré et suivi de guérison durable.

On sait, et nous l'avons dit plus haut, ce qu'il faut penser actuellement de cette distinction subtile entre l'épithéliome et le carcinome.

Heurtaux (*Dict. Jaccoud*, t. VI, art. **CANCER**) déclare aussi que la guérison est exceptionnelle.

Du moment que la curabilité absolue devient, comme le pense M. Courty, « un but chimérique à atteindre », qu'elle ne constitue en tout cas qu'une éventualité exceptionnelle, devons-nous passer outre et nous contenter d'une curabilité relative ?

C'est ce qui reste maintenant à examiner.

Et d'abord l'opération procure une survie variable en durée, mais quelquefois considérable.

C'est au moins ce qui ressort de la lecture des statistiques de Paget (*Paget, Lect. on tumours*, London, 1853, p. 345 et 346) citées par Broca (*Traité des tumeurs*, t. I, p. 585) ; mais,

disons-le de suite, elles ne portent que sur des cancers du sein, et nous n'y insisterons pas davantage.

En revanche si nous prenons la statistique tirée de Barker (Transactions of New-York, Ac. of medecine, v. III, p. 17, Jebs, 1870), nous trouvons les cas des auteurs suivants, avec les survies correspondantes :

Lebert — 15 à 16 mois;

West — 15 à 16 mois;

Simpson — 2 ans à 2 et demi;

Barker — 3 ans 8 mois, sur une moyenne de 26 cas.

Courty lui-même cite des exemples de femmes qui ont survécu 7 à 8 ans à leur opération.

C'est là déjà un beau résultat, que de faire vivre des femmes qui sont vouées à une mort certaine.

Mais il y a plus.

L'opération, en faisant disparaître les phénomènes douloureux, en supprimant un écoulement fétide et repoussant, en donnant aux malades l'illusion pour l'avenir et l'assurance de la guérison, rend par cela même d'immenses services.

Non seulement elle prolonge leur existence, mais elle la rend plus supportable. Gallard (loco citato, p. 501) prétend même qu'on peut guérir définitivement.

Mais pour que l'intervention chirurgicale faite au point d'une curabilité relative remplisse le but précédemment énoncé, il faut encore discuter une série de faits relatifs à la tumeur (variété, aspect macroscopique, siège), à l'opération elle-même et aussi au sujet.

Ces faits constituent autant d'indications opératoires que le chirurgien doit avoir présentes à l'esprit.

1<sup>o</sup> Variété anatomique.

Pour M. Courty (loc. cit., p. 1017) l'épithéliome serait rela-

tivement plus curable que le carcinome. Nous avons déjà suffisamment parlé de ce point pour n'avoir plus à y revenir.

2<sup>e</sup> Aspect macroscopique.

Pour le même auteur (p. 1017), la forme végétante serait plus curable que la rongeante, la forme tubéreuse que l'ulcéruse.

3<sup>e</sup> Siège, 4<sup>er</sup> point. Il faut que l'affection soit exactement limitée au col. Tous les auteurs classiques sont unanimes sur ce point.

Il est évident qu'en dehors de cette condition l'extirpation n'est qu'incomplète, et Churchill (Traité des mal. des femmes, page 464) considère comme inutile et dangereuse une opération de ce genre, qui n'aurait d'autre résultat que de donner un coup de fouet à la marche du processus cancéreux.

Il faut donc que le cancer n'ait pas atteint les culs-de-sac vaginaux et, partant, n'ait pas envahi le vagin.

Dans ces conditions, l'utérus aura conservé sa mobilité, et c'est là un critérium clinique dont on devra toujours tenir le plus grand compte à défaut de critérium anatomique.

2<sup>e</sup> Point. Il faut (Courty, loco citato, page 1017) que le col au-dessus de l'altération soit indolent, souple et mou.

Il est évident que dans ces conditions l'on pourra être sûr que l'altération cancéreuse n'a pas franchi la portion sous-vaginale du col, et que la partie sus-vaginale est indemne.

On conçoit aisément combien ce point est important à déterminer, si l'on ne veut voir d'une part son intervention frappée d'impuissance, et d'autre part, ce qui est plus grave, voir l'affection gagner rapidement en étendue.

Mais on est obligé d'avouer combien sont grandes les défaillances de la clinique, et combien dans la pratique ces signes sont difficiles à déterminer avec précision.

Robers Barnes (Traité des mal. des femmes, traduction de Cordès, édit. 1876, Masson, p. 714) donne les indications suivantes :

- 1° Quand il y a tumeur limitée à forme épithéliale;
- 2° Dans le cas de cancer médullaire localisé;
- 3° Quand il y a hémorragie, même lorsque le vagin est envahi en haut, quoiqu'il considère le cas moins urgent.

On le voit, ces indications sont en somme celles de tous les auteurs, sauf peut-être la troisième qui peut à la vérité prêter à la discussion, car, on le conçoit, le chirurgien a à sa disposition des moyens hémostatiques tout aussi efficaces et assurément moins dangereux que les moyens radicaux d'intervention.

Les indications précédentes ont trait à l'opération dans la première période du mal. Il en découle, on le comprend facilement, une série de contre-indications sur lesquelles ont insisté avec raison les auteurs, mais qui n'en sont que la contre-partie.

On n'interviendra donc pas :

- 1° Si le col n'est pas seul atteint;
- 2° Si le cancer a envahi la portion sus-vaginale du col;
- 3° S'il s'étend aux insertions vaginales;
- 4° Si le vagin est pris dans une partie même minime de son étendue.

Mais Duparcque (Malad. de la matrice : altérations, Paris, 1839, t. I, p. 474) y ajoute la contre-indication suivante, qui est loin d'être admise par tous les auteurs :

L'opération sera retardée et même rejetée, si la tumeur est stationnaire.

Nous avons cité pour mémoire l'opinion de Duparcque, mais il est évident qu'il ne viendra jamais à l'idée d'un chirurgien prudent d'abandonner à elle-même une tumeur can-

céreuse, par ce fait qu'elle reste stationnaire. Heurtaux (loc. citato) pense cependant qu'il serait bon de s'abstenir, dans le cas de tumeur à marche lente, que l'opération pourrait accélérer, et c'est là du reste l'opinion de tous les auteurs.

4° Indications relatives à l'opération.

Follin (Traité de path. ext., 1<sup>er</sup> volume, page 327) pose ainsi les indications relatives à l'opération.

L'opération n'est indiquée :

- 1° Que si l'extirpation peut être complète ;
- 2° Que si la plaie opératoire est localement curable ;
- 3° Que s'il n'y a pas de lésions produites, intéressant des organes essentiels à la vie.

Heurtaux (loc. citato, page 199) admet les mêmes indications.

Elles rentrent, comme on le voit, dans les précédentes ; il est évident que si la tumeur n'est pas exactement limitée au col, l'extirpation sera incomplète et la plaie incurable.

Il faut donc pour se placer dans les conditions précédentes, opérer de bonne heure, comme Velpeau, Bennett et Scanzoni le faisaient, et ne pas attendre que les parties voisines du museau de tanche aient été envahies.

Byrne (Trans. of the Soc. gyn., p. 57, 1877), admet une conduite plus radicale.

Cet auteur pense en effet que dans tous les cas de cancer du col confirmé, quand bien même la totalité de l'organe serait envahie, il faut hardiment enlever tout ce qu'on peut et ne s'arrêter que par la crainte seule de léser le péritoine.

C'est là une conduite radicale que nous aurions voulu voir appuyée de statistiques concluantes, mais surtout intégrales. Citons pour mémoire, et en terminant, l'opinion assez extraordinaire de Hervay de Chesgoins (cité par Lassalas, Thèse de

doct., 1869, p. 43) : « Quand j'ai opéré de bonne heure, j'ai vu la récidive ; tard, la guérison a presque toujours eu lieu. »

Un point reste encore à examiner : La malade se trouve dans des conditions favorables à l'opération, mais la sphère ganglionnaire est intéressée, il y a de l'adénopathie cancéreuse. Que faut-il faire? doit-on passer outre, ou renoncer à l'opération? Avenet (Th. doct., Paris, 1828) nous apprend que Larrey et Lisfranc ont réussi dans ces conditions. Pour Broca (loc. citato, p. 589), l'adénopathie ne constitue pas une contre-indication si on peut en pratiquer l'extirpation sans opération grave.

Syme partage la même opinion : d'après cet auteur, si les ganglions pris sont peu volumineux et surtout peu nombreux on peut passer outre. Follin (loc. cit., p. 327) est cependant d'un avis contraire.

Dans la première période de la maladie l'état général est peu atteint, et n'arrête guère le chirurgien.

Un léger amaigrissement pour Heurtaux (loc. citato) ne saurait constituer une contre-indication, car le plus souvent, cet état dépend de mètrorrhagies plus ou moins abondantes et de l'état moral des malades.

Mais lorsque la malade est arrivée à une période avancée de l'affection, outre les indications précédentes, nous devons alors tenir le plus grand compte de l'état général du sujet.

Byrne (loc. citato, p. 57), avec une hardiesse toute germanique, déclare qu'il faut toujours opérer sans tenir compte de la diathèse, de la cachexie, ou de la possibilité de la récidive, pourvu toutefois que l'opération ne mette pas les jours de la malade en danger et ne lui rende pas la vie plus précaire encore.

La restriction est piquante, car Byrne peut-il nous démon-

trer que l'opération ne mettra pas en danger les jours d'une malade dont l'organisme par le fait des dégénérescences viscérales est devenu incapable de supporter le moindre traumatisme, le moindre choc opératoire.

Nous croyons donc sage, de nous en tenir à la prudence de nos maîtres et nous dirons avec Broca, Follin et d'autres encore que l'intervention curative est absolument contre-indiquée toutes les fois que la période de cachexie aura commencé.

Churchill ajoute à ces contre-indications, (*loc. cit.*, page 404), les cas où il y a maladie des organes thoraciques et abdominaux.

Dans ces conditions, que faudra-t-il faire ? se contenter d'une intervention palliative, c'est-à-dire, s'attaquer à chaque symptôme et chercher à en atténuer les effets locaux et généraux, dans l'espèce diminuer les douleurs, combattre l'hémorragie et la putridité, remonter le moral du malade; tel est le rôle du chirurgien lorsque les progrès du mal, l'auront désarmé et condamné à l'inaction; inaction relative bien entendu et qui laisse encore au chirurgien, comme on vient de le voir, bien des devoirs à remplir.

C'est surtout alors qu'il devra se rappeler, dit Lassalas (*loc. citato*) que s'il a mission de guérir quelquefois et de soulager souvent, il a celle non moins douce et non moins précieuse de ranimer l'espoir et de consoler toujours.

A. Paré (éd. Malgaigne, 1840, J.-B. Baillière, t. I<sup>er</sup>, p. 368), avoue du reste bien la nécessité de cette intervention palliative.

« Le chancre de la matrice, dit-il, tant ulcéré que non ulcéré, est incurable pour ce que l'on ne peut extirper et appliquer les remèdes propres; partant il faut user de cure palliative pour addoucir sa fureur et séder la douleur afin d'empêcher les accidents. »

Nous aurons du reste plus tard à apprécier les moyens de cette chirurgie palliative.

Les indications que nous venons de poser s'appliquent encore au cancer récidivé pourvu qu'il se retrouve dans les mêmes conditions que précédemment : Grunewaldt (Archives f. gynæk., Bd. XI, Heft. 3, Berlin, 1877) déclare qu'elle n'est justifiée que quand on peut atteindre la limite du tissu sain : c'est assez dire, d'après l'auteur, qu'on devra intervenir aussitôt que possible, dès qu'on en aura reconnu la présence dans la plaie opératoire, à moins cependant que la récidive n'ait été suivie de près, par une repullulation au loin, auquel cas l'abstention redevient la règle pour les raisons précédemment exposées.

Nous ajouterons que l'auteur précédent considère que la première intervention n'est souvent que le premier acte d'une série d'interventions secondaires qui fournissent d'autant plus de chances de guérison qu'elles ont été plus multipliées.

Mais nous ne croyons pas devoir nous étendre plus longuement sur ce sujet, sur lequel nous avons à revenir par la suite.

#### INDICATIONS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LE CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

Pour bien comprendre la portée des conclusions que nous aurons à porter sur les indications de l'intervention dans le cancer du corps de l'utérus, nous devons insister sur certaines particularités propres à sa marche.

Tandis que le cancer du col reste relativement un long temps fixé à son point d'origine, le cancer du corps présente

une tendance toute spéciale à se diffuser rapidement sur les parois de l'utérus et à se porter au dehors, c'est-à-dire à intéresser les organes qui l'avoisinent.

Nous n'avons pas à parler ici des rapports de l'utérus dans la cavité du petit bassin, ces détails d'anatomie topographique sont suffisamment connus du lecteur.

Nous dirons simplement que l'utérus contracte rapidement des adhérences avec les organes voisins, à savoir le péritoine, la vessie et le rectum : que ces adhérences se font sourdement, insidieusement, à l'insu du chirurgien, et qu'aucun symptôme apparent ne vient en donner une certitude absolue.

Que de différences avec le cancer du col ! Alors que dans ce dernier, l'extension du mal se faisait, pour ainsi dire, sous l'œil du chirurgien, que la prise du péritoine se traduisait par des symptômes nets et certains, au contraire dans le cancer du corps, la lésion s'étend à l'insu de l'observateur et sans donner, à défaut de signes objectifs, des signes subjectifs absolus.

Que devra-t-on donc penser de l'intervention chirurgicale en pareil cas ? Sera-t-elle justifiée, comme elle l'est dans le cancer du col ?

Si nous nous reportons aux préceptes de M. le professeur Broca, préceptes que nous avons exposés plus haut, nous verrons que l'intervention chirurgicale ne se justifie plus que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Nous apprécierons plus loin les méthodes employées à cet effet : mais nous pouvons pressentir de suite, les difficultés terribles, insurmontables, en présence desquelles l'opération pourra nous placer et induire *a priori* des dangers d'une semblable intervention ; et bien qu'une opération, même grave, soit permise lorsque la vie du malade est directement menacée par les progrès de la tumeur, nous pensons cepen-

dant, qu'elle est trop grave dans l'espèce, que les chances sont trop grandes à courir, pour l'admettre en principe.

Du reste, si nous consultons l'histoire, nous trouvons un concert presque unanime de tous les chirurgiens à rejeter au moins en principe l'opération.

Dans son Traité des maladies des femmes, p. 199, Becquerel parlant de l'opération déclare « qu'on peut la considérer comme tombée dans un oubli complet » et pense qu'il n'entrera dans l'esprit d'aucun chirurgien de la pratiquer à nouveau.

Marjolin (Dict. en 30 vol., Cancer de l'utérus, p. 281) la considère comme dangereuse parce que, dit-il, il n'est pas possible d'établir un diagnostic anatomique précis et de savoir nettement s'il y a des adhérences et quelle en est l'étendue.

Boyer proscrit l'intervention. Lisfranc, le hardi chirurgien, se contente de ne pas la conseiller. Nélaton (Éléments de pathologie externe, tome V, p. 806), la blâme absolument.

Lebert, cité par Coudereau (Tribune médicale, 1874-1875, p. 535) porte sur elle un jugement sévère. En la rejetant absolument, il motive du reste son opinion.

Il considère les grandes difficultés opératoires qui sont le résultat de l'extension rapide du mal aux parties voisines.

Il invoque sa tendance à l'infection générale, l'absence, dans aucun cas, de succès durable et qualifie l'opération de tour de force chirurgical, blâmable par les tristes conséquences qu'il entraîne pour le malade.

Velpeau (Méd. op., t. IV) invoque les mêmes faits et se demande « comment avec de pareilles données, on peut se résoudre à pratiquer une opération aussi redoutable ».

Sauter de Constance, dans son article analysé dans les Arch. de médecine (Paris 1824, t. V, p. 616) porte un juge-

ment plus favorable et estime l'intervention praticable même au milieu des circonstances les plus fâcheuses.

Nous aurons à apprécier plus tard la valeur de ces appréciations.

Devons-nous, quant à présent, nous en tenir au jugement sévère porté sur l'intervention chirurgicale dans le cancer du corps, jugement qu'avait atténué, comme on vient de le voir, Sauter de Constance et devons-nous, dans l'espèce, examiner ce que l'on pourrait attendre d'une semblable intervention.

Il n'est pas ici à propos de parler de curabilité absolue, et ce qui est une chimère pour le col, l'est bien davantage pour le corps ; il ne saurait en tout cas être question que de curabilité relative.

Et voyons donc quelles seraient les limites de cette curabilité.

L'opération serait-elle susceptible de procurer une survie aux opérées ?

Nous ne le pensons pas, dans la grande majorité des cas, car est-il possible de pouvoir dépasser complètement les limites, de la lésion anatomique, et l'opération n'aura-t-elle pas alors pour effet de donner un coup de fouet rapide à l'extension du cancer et d'en hâter la terminaison fatale ?

Du reste Lebert cité par Coudereau (loc. citato, page 535) déclare « qu'il n'existe pas dans la science un seul cas dans lequel cette opération a été suivie d'un succès durable ».

Nous reviendrons plus loin sur les diverses statistiques, qui ont été publiées. Ce serait en vérité empêter sur l'étude des méthodes employées que de les examiner en ce moment et nous voulons rester actuellement sur le terrain des indications générales.

Qu'il nous suffise de dire que toutes les statistiques qui

ont suivi la publication des travaux de Lebert, plaident suffisamment en faveur de ses conclusions.

A défaut de survie durable, peut-on invoquer, en faveur de l'intervention, la suppression des phénomènes douloureux, des écoulements fétides et la tranquillité morale qu'elle peut donner au malade ?

Nous ne le pensons pas encore : car la lecture des statistiques nous renseigne suffisamment à cet égard.

La mort a suivi de trop près ces tentatives dans la majorité des cas, pour que nous puissions invoquer en sa faveur les arguments précédents.

Rejetant, d'après ce qui précède, le principe de l'intervention chirurgicale dans le cancer du corps, il semble que notre tâche se trouve bien réduite et que nous n'ayons plus désormais à discuter les indications d'une tentative que nous rejetons en principe.

Cependant, et pour être complet, nous devons examiner les cas où cette intervention d'après quelques auteurs serait rigoureusement possible, les cas où elle pourrait être tentée sans crainte pour le chirurgien d'en être réduit à abandonner son intervention et aussi sans grand danger pour le malade.

Malgaigne admet des indications très exceptionnelles, mais il ne s'explique pas davantage et ne nous renseigne en aucune façon, sur les limites de notre sphère d'action ; nous ne pouvons donc profiter de ses observations et de sa pratique.

Churchill (loc. cit., p. 470) est plus explicite : il admet les mêmes indications que pour le col.

Il n'admet à la vérité aucune indication spéciale tirée de la variété anatomique, de l'aspect macroscopique, de la localisation dans l'utérus, qui dans l'espèce constituent des notions inutiles, en ce sens que les deux premières sont difficiles, impossibles

même à constater, et que la troisième est indifférente ; mais il insiste sur la mobilité de l'organe d'une part, et l'intégrité des parties voisines d'autre part. Mais, nous l'avons déjà dit, ce diagnostic est encore hérisse de difficultés, et le chirurgien, dans l'état actuel de nos connaissances, ne possède aucun élément certain d'appréciation.

En résumé, malgré l'opinion de Churchill, nous considérons comme bien vagues ou tout au moins comme bien exceptionnelles les indications de l'intervention ?

Ces conclusions ne viennent-elles pas corroborer l'opinion que nous avons émise plus haut sur l'opportunité de l'intervention.

Y a-t-il lieu dès lors d'examiner les indications relatives à l'opération ?

Nous ne le croyons pas, puisque d'après ce que nous avons déjà plusieurs fois répété, ne connaissant pas l'étendue exacte de la lésion, nous ne pouvons préjuger d'avance, si l'intervention sera complète, et si la plaie résultant de l'acte chirurgical sera localement curable, conditions qui sont cependant indispensables à apprécier avant de s'engager sur le terrain opératoire.

Byrne (loc. citato, p. 57) a bien tranché la difficulté pour le cancer du col, quand il a affirmé qu'on pouvait toujours intervenir, mais cependant il s'est arrêté à la crainte de léser le péritoine, ce qui dans l'espèce a plus d'importance encore que pour le col.

Freund du reste déclare lui même (Wolkmann's Klin Wortsaege, n° 133 et, Centrablatt. f. gynæk., n° 42, 1878) que l'intervention n'est indiquée que lorsque les parties avoisinantes ne sont pas envahies par la dégénérescence carcinomateuse et il restreint autant que possible le cercle des indications opératoires.

En conséquence, si nous rejetons le principe de l'intervention, si nous n'admettons pas d'indications opératoires, que nous reste-t-il à faire?

Comme dans le cancer du col, nous nous trouvons en présence de bien des symptômes à atténuer : c'est dans cette voie que nous devons agir, nous bornant en conséquence comme dans le cas précédent à satisfaire aux indications d'une intervention palliative.

#### INDICATION DE L'INTERVENTION DANS LE CANCER DU COL

##### COEXISTANT AVEC LA GROSSESSE

Il n'est peut-être pas de cas plus difficile à juger que celui qui résulte de la coexistence du cancer avec la grossesse.

Un col est cancéreux et il y a grossesse ? Que faut-il faire ? Faut-il intervenir, et alors à quel moment agir ? Faudra-t-il intervenir immédiatement dès que la coexistence a été reconnue, ou bien attendre le moment de l'accouchement.

Faudra-t-il au contraire se borner à l'expectation et laisser les malades traverser la crise terrible de l'accouchement ?

Ce sont là les questions qui vont se presser dans l'esprit du chirurgien, questions graves, puisqu'il y a là deux existences à ménager, celle de la mère et celle de l'enfant.

Dans ces conditions si pénibles, dans cette alternative si cruelle d'intervenir intempestivement ou de vouer, par une expectation raisonnée, deux existences à la mort, il faut que le chirurgien ait des règles précises qui ne laissent rien au doute, rien au hasard.

Certes, tous les gynécologistes se sont intéressés vivement à cette question, à ce problème qui ne se rencontre que trop

souvent dans la pratique, chacun a présenté des observations personnelles, et essayé d'en tirer des conclusions utiles pour tous, mais bien peu ont fait de ce sujet une étude didactique, tracé un plan de bataille qui puisse s'appliquer à tous les cas, et indiqué une formule qui les renferme tous.

Pourrons-nous remplir cette lacune qui intéresse le chirurgien comme l'accoucheur et ce travail est-il possible dans l'état actuel de la science ?

Nous l'essayerons toutefois avec les nombreux matériaux que nous avons pu rassembler dans les Annales de la science française et étrangère en utilisant les données de la pratique de chacun.

Mais, ce nous semble, il est nécessaire, au préalable, dans cette question où l'acte physiologique de l'accouchement joue un si grand rôle qu'il en constitue la partie fondamentale, le pivot en quelque sorte, de descendre quelque peu dans le domaine de la physiologie et de rappeler en quelques lignes les phénomènes qui précédent et qui caractérisent l'acte naturel de l'expulsion du fœtus à terme.

L'accouchement (Nœgelé et Grenser, Traité pratique de l'art des accouchements trad. Aubenas, p. 126) est cette fonction physiologique par laquelle le produit de la conception est expulsé du sein de la mère à travers les voies naturelles par les forces de la nature destinées à cet usage.

Ces forces, qu'on a désignées sous le nom de forces expulsives consistent dans les contractions simultanées de la matrice, des muscles abdominaux et du diaphragme.

Ces forces, longues à entrer en jeu, sont longues à agir, car les voies ne sont pas libres, eto il y a des résistances physiologiques qui paralysent pour un temps leur action.

Ces résistances, disons-le pour n'avoir plus à y revenir,

sont le foetus et ses annexes, dont nous n'avons pas à nous occuper ici, et les voies qu'il doit franchir, c'est-à-dire le col utérin et le canal vulvo-vaginal, dont nous n'avons pas non plus à apprécier ici la force de résistance.

Déjà pendant le cours de la grossesse, les voies génitales ont perdu une partie de leurs caractères physiques, elles ont acquis un degré de mollesse qu'elles n'avaient pas à l'état normal, elles se sont, pour ainsi dire, préparées à la fonction passagère qu'elles doivent bientôt remplir.

Mais il s'en faut de beaucoup que ce travail, au moment de l'accouchement, ait acquis un degré suffisant pour aplanir toutes les difficultés de l'acte physiologique qui doit se produire, et lorsque les forces expulsives entrent en jeu, tout n'est pas terminé, et elles vont avoir à lutter contre des résistances encore bien considérables.

Mais dans l'état d'intégrité anatomique des parties que le foetus doit franchir, tout a été combiné d'avance, pour que cette lutte soit courte, et ne compromette pas, par sa durée, et la vie de la mère et celle de l'enfant.

A cet effet, les organes n'entrent en contraction que par intervalle, de façon non seulement à permettre à la parturiente, qu'une contraction trop prolongée pourrait épuiser, le temps de réparer ses forces, mais aussi comme pour laisser aux voies génitales et en particulier au col celui de se préparer au passage.

Enfin, comme pour ménager l'effort de la patiente, et produire le plus de travail utile possible, l'utérus ne se contracte pas au même degré dans toute son étendue, l'effort se concentre au niveau du fond de l'organe, c'est-à-dire au point qui est plus immédiatement en rapport avec le col, par l'intermédiaire du foetus et de ses annexes.

C'est là qu'en effet la contraction est la plus forte, la plus puissante.

Dans la première période de l'accouchement, dans cette période, que les accoucheurs appellent période de préparation, et sous l'effort de ces douleurs secrètes préparantes, qui la caractérisent, le col s'entr'ouvre peu à peu, il s'élargit de plus en plus, et alors seulement quand la dilatation du col est complète, lorsque les voies sont devenues désormais libres et propres à laisser passer le fœtus, commence cette période dite d'expulsion, où la tête s'engage et chemine dans les voies génitales, pour se montrer au dehors.

Mais comment donc se comporte le col, pendant cette lutte de la période préparatoire, quel est donc le mécanisme suivant lequel il va céder peu à peu pour livrer passage au fœtus. Le col est formé d'un même tissu que l'utérus, il est composé d'éléments musculaires, il est contractile. Va-t-il se borner à un rôle exclusivement mécanique ? Ce serait contraire à la physiologie que de le supposer.

Loin de là, il se contracte, moins cependant que le corps de l'organe ; mais son rôle est actif.

Nægelé (loc. cit., p. 129) nous fait comprendre comment il peut se dilater : pour lui, c'est la différence de contraction dans le col et dans le corps qui produit la dilatation.

C'est une véritable contraction qui l'entr'ouvre, effet de la prédominance des fibres plus développées du corps sur celles plus faibles du col de l'utérus.

Il n'y a donc pas là, pour Nægelé, une simple action en coin du fœtus sur le col, une simple effraction mécanique comme semblent l'admettre certains auteurs. L'action en coin n'agirait que comme un stimulus de la contraction. Nous n'avons pas à nous prononcer sur la réalité de ce rôle physiologique du col.

dans le phénomène de sa dilatation, mais que l'on admette l'un ou l'autre de ces mécanismes, l'importance du sujet sera pour nous l'excuse de nous y être arrêté un instant.

On doit maintenant pressentir, en effet, combien est nécessaire l'intégrité de cet organe, car si une lésion quelconque a pu altérer sa forme, son ampleur, sa souplesse, son extensibilité et sa contractilité, on conçoit, par avance, quelles pourront en être les conséquences.

Il faut que les forces de l'expulsion finissent par l'emporter sur celles de résistance, et il faut qu'elles l'emportent dans un bref délai; il est donc nécessaire que sa conformation, que ses caractères physiques, en un mot, soient en rapport normal avec l'intensité des forces expulsives.

Si ce rapport est changé, si les forces ne sont plus proportionnées, ou le travail avortera ou il se prolongera, et, d'un côté ou de l'autre, il y aura danger pour la mère et pour l'enfant.

Jacquemier (Dict. encycl., tome VII, art. Avortement), énonce que les affections cancéreuses sont des causes communes d'avortement et d'accouchement prématuré.

Dans un cas remarquable du docteur Menzies (Glasgow med. journal p. 129 rapporté par Chantreuil), la femme mourut au dix-septième mois sans être délivrée. L'autopsie démontra qu'il y avait au niveau du col un anneau résistant, et de consistance cartilagineuse.

Dans un deuxième cas de Menzies, l'expulsion du fœtus eut lieu par fragments dans les trois mois qui suivirent l'accouchement.

Gallard (loc. cit. p. 611) cite trois cas analogues.

Dans certains cas, le travail s'arrête définitivement; la femme semble épuisée, et Valenta (Congrès de Hambourg,

1876) rapporte l'observation d'une femme pour laquelle on dut pratiquer la craniotomie.

Chantreuil (loc. cit.) rapporte certaines formes de travail à répétition qui épuisent la mère et sont dangereuses pour l'enfant. Citons en dernier lieu, la statistique de Cohnstein (Arch. f. gynæk., tome V, fasc. 2, Berlin, 1873), qui porte sur 134 observations, sur lesquelles nous relatons deux cas d'accouchement retardés et survenus après une grossesse de dix mois à dix mois et demi. Ajoutons que sur ce nombre, il y aurait eu 68 accouchements à terme.

Il était nécessaire, à notre avis, de rappeler ces notions bien connues cependant du lecteur, pour comprendre toute l'importance de la question que nous avons maintenant à traiter.

Que faire chez une femme enceinte, atteinte d'un cancer du col de l'utérus? Il faut, en effet, que le chirurgien soit bien pénétré de l'importance de l'intégrité du col pendant l'accouchement pour admettre le principe de l'intervention, comprendre la gravité de l'expectation, et ne pas reculer, s'il y a lieu, devant un acte chirurgical grave.

Nous avons déduit des notions physiologiques précédemment exposées, et du défaut d'intégrité du col de l'utérus, deux faits principaux :

Danger d'épuisement fatal pour la mère;

Danger de mort pour l'enfant, par travail prolongé au-delà des limites physiologiques.

Pour l'enfant, nous n'avons rien de plus à ajouter.

Pour la mère, nous avons à présenter des faits nouveaux qui viendront encore s'ajouter aux dangers de l'épuisement et convaincre de plus en plus le chirurgien du péril de l'expectation.

Le col par le fait de la dégénérescence dont il est le siège, a perdu sa souplesse ; il est devenu rigide ; à défaut de cette extensibilité progressive qu'il présente à l'état normal et sollicité néanmoins par cette force expulsive, résultante des forces élémentaires engendrées par la contraction des divers muscles que nous connaissons, le col est obligé de céder, et il cède en bloc ; ses parties élémentaires ne pouvant le faire isolément, il se déchire : la rupture de ce tissu pathologique, ordinairement très vasculaire, donne lieu à des hémorragies quelquefois formidables et d'autant plus graves, que les moyens d'hémostase que nous avons à notre disposition sont dans l'espèce souvent impuissants à les enrayer.

Il est encore une circonstance qui peut donner lieu à une forme très sérieuse d'hémorragie ; nous voulons parler de ces excroissances en choux-fleurs (citées par Nægelé et Grenser, trad. par Aubenas, 1869, p. 508) dont l'écrasement inévitable par la tête du fœtus au moment de l'accouchement, donne lieu à des hémorragies assez sévères, pour entraîner rapidement la mort.

Ce n'est pas tout : et la paroi utérine comprimant un contenu incompressible ou peu compressible, s'expose si elle ne cède point, comme elle le fait à l'état normal, à se rompre, et il en existe quelques cas heureusement rares dans la science.

Cependant nous devons citer avec Chantreuil (loc. cit., p. 3) les observations suivantes relatives à des cas de rupture du tissu utérin :

- 1<sup>o</sup> Obs. de Simon (Mélanges des Curieux de la nature, 1671, 2<sup>e</sup> année. Iéna, n° 154). Rupture pendant le travail ;
- 2<sup>o</sup> Obs. de Knoblochius (Sepulchretum de Bonet) ;
- 3<sup>o</sup> Obs. de Fabrice de Hilden (Opera, Francof. 1682, obs. LXVII) ;

- 4° Obs. de Churchill (loc. cit., p. 397) ;  
5° Les observ. de Simpson (*Obst. memoirs*, vol. I, p. 648) ;  
6° Obs. de Henry Oldham (*Journal of medicin.* London, 1851, p. 204).

Citons enfin avec Vest (loc. cit., p. 439) des inflammations graves qui ont suivi ces efforts avortés de la nature.

Les faits qui précèdent ont trait aux dangers de la mère pendant l'accouchement; mais pendant la gestation, certains accidents peuvent se présenter, sous l'influence de conditions anatomiques particulières.

On sait que depuis la conception jusqu'au moment de l'accouchement, l'utérus suit le fœtus dans son évolution. Il se développe progressivement pour se mettre à chaque instant en rapport avec le volume du fœtus. Ce développement incessant est nécessaire, on le conçoit, à son existence.

Lorsque ce développement est entravé quelque peu dans sa marche, lorsque cet équilibre, ce rapport vient à être rompu le fœtus comprimé sur une enveloppe devenue trop étroite pour le recevoir meurt et se détache : c'est l'avortement, dans une de ses causes.

Ces conditions se trouvent réalisées dans une forme anatomique du cancer, le cancer du corps ou le cancer du col étendu au corps. La portion de paroi intéressée par le cancer, devient aussi inextensible que le col cancéreux, elle ne peut se prêter à l'ampliation nécessaire à la vie du fœtus : d'où compression, et l'avortement qui se présente dans l'espèce avec un symptôme particulièrement grave, l'hémorragie foudroyante. Le Dr Lewer à Guy's Hôpital, cité par Gallard (Leçons cliniques, p. 611), fournit une statistique portant sur un total de 120 cas et qui a donné 40 pour 100 d'avortement.

On peut rapprocher de cette statistique celle de West, qui

a fourni une moyenne de 48 pour 100 et celle enfin de Cohnstein de Berlin, qui porte sur 100 observations dont 15 accouchements prématurés :

Citons enfin quelques cas isolés que nous avons puisés dans le travail de Chantreuil (loc. cit., p. 9), celui de Marchand, de Simon rapporté par Levret, celui enfin de Brudwell Exton (*system of midwifery*, London, 1751, cas 19), et les 2 cas de Chantreuil dans lesquels l'avortement eut lieu à six mois ou six mois et demi.

La date de cet accident (d'après Gallard, loc. cit., p. 644), serait variable et d'autant plus rapprochée du début de la conception que le cancer remonte plus haut, ce qui est en rapport avec les connaissances que nous possédons sur l'évolution physiologique de l'utérus gravide.

Tous ces dangers sont directs et immédiats. Mais il en est d'indirects et d'éloignés qui pour ne pas menacer l'existence à brève échéance n'en méritent pas moins la plus grande attention de la part du chirurgien.

L'utérus pendant la grossesse subit non seulement une dis-tension nécessaire au développement du fœtus, mais éprouve une augmentation de volume dans ses éléments premiers, en rapport avec le rôle que devra jouer cet organe pendant le travail de l'accouchement : il s'hypertrophie il devient dès lors, le siège d'une suractivité circulatoire et nutritive en rapport avec le but à atteindre.

Le cancer en ressent le contre-coup : il est activé dans son évolution et dans sa marche. Ce n'est pas là, comme nous le faisions du reste pressentir tout à l'heure, un danger de minime importance. Gallard (loc. citato, p. 644), cite une statistique de Chantreuil portant sur 60 femmes et dont 25 auraient succombé pendant le travail, ou dans les suites

de couches : Le reste a succombé dans les deux années suivantes à divers accidents, (péritonites, épuisement, opérations). Sur 75 cas de West, 40 morts très peu de temps après l'accouchement.

Cohnstein (loc. citato, analysé dans la revue de Hayem, t. ii, p. 737, apporte sur ce sujet des faits intéressants. « Dans sa statistique, dit l'auteur de l'analyse, « l'influence de la grossesse sur les progrès du cancer fut très variable selon les cas. A ce sujet l'auteur distingue deux ordres de faits : lorsque le cancer s'est développé seulement dans le cours de la grossesse, il affecte une marche plus ou moins rapide ; lorsqu'il existait avant la grossesse, ses progrès se trouvent modifiés d'une façon très variable. Ainsi dans une série de treize cas, on observa trois fois de l'exacerbation, six fois aucune aggravation notable, quatre fois un temps d'arrêt : chez huit femmes ayant déjà accouché une première fois avec un cancer de l'utérus, une deuxième grossesse amena cinq fois de l'exacerbation : les trois autres observations sont incomplètes. »

Ces remarques sont fort intéressantes ; nous avons cru devoir les citer en entier et le lecteur a pu voir que cette exacerbation si rationnelle n'est cependant pas fatale dans tous les cas.

Nous verrons par la suite, à quelles nouvelles indications, cette situation peut donner lieu.

#### BUT DE L'INTERVENTION

Nous avons justifié suffisamment le principe de l'intervention par l'étude des dangers que peut faire courir à la femme gravide, la présence d'un cancer de l'utérus.

Ce point là une fois admis, quel sera le but de l'intervention?

D'une façon générale, l'intervention aura pour but de favoriser l'accouchement et, d'une façon spéciale, d'éviter à la mère les dangers de l'avortement, les chances d'hémorragies foudroyantes pendant la gestation et au moment de l'accouchement; enfin de lui éviter, au moment de la délivrance, la crainte des ruptures, des phlegmasies graves, et aussi, dans un avenir plus ou moins rapproché, les conséquences de l'aggravation du cancer.

Pour l'enfant, l'intervention pourra avoir pour but de lui éviter les chances de mort au moment de sa naissance.

Avant d'aller plus loin, nous devons discuter un point important; Doit-on toujours intervenir? et les accidents que nous avons relatés plus haut sont-ils absolument fatals? Cette question comporte un certain degré de gravité. Car si la parturiente doit toujours retirer quelque avantage d'une intervention opportune, dans l'espèce, l'acte chirurgical a sa gravité.

Sans nous étendre plus longtemps sur la question des dangers qui peuvent résulter des opérations pratiquées pendant la grossesse, nous devons dire, que dans le cas qui nous occupe, l'avortement a souvent été la conséquence de l'intervention, c'est-à-dire cet accident, dont l'imminence doit décider souvent de l'action.

De plus, dans l'état puerpéral, on sait combien les opérations ont de tendance à devenir le point de départ de suppurations étendues et graves.

Nous n'avons pu trouver, malgré les recherches minutieuses auxquelles nous nous sommes livrés à ce sujet, s'il existe dans la science des cas où l'on pût rapporter les accidents inflammatoires, directement, à l'état puerpéral.

Nos recherches ont été infructueuses à la vérité, mais cependant nous pensons que cette considération mérite bien la peine d'être discutée.

Enfin et pour en finir avec les accidents possibles de l'intervention, nous devons mentionner avec tous les auteurs, la possibilité d'une sténose du col, d'origine cicatricielle, qui sera de nature à apporter à l'accouchement un obstacle aussi considérable, peut-être même plus que le cancer.

A ces dangers inhérents à l'intervention, nous devons maintenant opposer, les cas où l'accouchement a pu se faire sans accident et nous aurons alors les données de la question précédemment posée: Doit-on toujours intervenir? car il nous suffira pour conclure de les mettre en balance.

Dans quelques auteurs, nous trouvons des cas dans lesquels la marche naturelle du travail a justifié la non intervention.

Chantreuil (Du cancer de l'utérus au point de vue de la conception, etc., 1872 Delahaye) a résumé les cas épars dans la science où le travail se fit sans difficulté.

Hippocrate (*Περὶ γυναικεῖων* lib. II) déjà avait signalé la possibilité de ce fait; puis Röderer (De uteri scirrho, etc., t.II, Genœvæ 1679. Th. Bartholin (De insolitis, etc., 1664) en donnant des cas certains auxquels Chantreuil a ajouté ceux de Simon, Nœgelé, d'Outrepont, Kilian, Robert et Pédelaborde.

Enfin les cas de Cazeaux, West, les deux cas de Legoupil, ceux de Hermil et de Depaul (Th. de Legoupil, p. 21) forment à peu près tous les cas connus, où l'accouchement pût se faire sans intervention.

Ajoutons cependant la statique de Cohnstein déjà citée plus haut, et qui nous apprend que dans une proportion de 3,5 pour 100 la grossesse ne présenta aucune complication sérieuse.

Benicke de son côté (Berl. Klin Wochens, n° 30, p. 440), cite quelques cas où l'accouchement fut facile et les couches normales.

Ces cas sont peu nombreux, en somme, mais ils suffisent pour prouver, que l'abstention n'est pas absolument fatale, et les dangers inhérents à l'intervention, que nous avons signalés plus haut, nous obligent à admettre qu'il ne faut pas toujours intervenir, et qu'il est des cas où l'on peut et où l'on doit s'abstenir.

Benicke (Zeits fur Geburtsk und gynœk. t. I, p. 337), pense cependant qu'il faut opérer dans tous les cas. Cet auteur cite l'opinion de Cohnstein, pour qui les résultats après les opérations sont meilleures que la non-intervention, même pour la mère. Mais cependant il reconnaît que l'avortement survient facilement quand l'opération amène une réaction fébrile un peu intense et dans une statistique personnelle portant sur 5 cas, il déclare que dans trois cas il y eut accouchement prématuré après l'opération, une fois le deuxième jour, une fois le quinzième, une fois le onzième.

Schröder, au congrès de Hambourg, où la question avait été posée, a exprimé le même avis que les deux auteurs que nous venons de citer, il est partisan de l'intervention à outrance, et il cite à cette occasion une observation qui plaide en faveur de cette manière de faire.

Malgré ces opinions diverses et restant dans les conditions où nous nous sommes placés, examinons donc quels sont les cas où l'on doit s'abstenir, quelles sont en somme les indications opératoires.

Nous avons dit plus haut, que les dangers à craindre étaient pour le cancer, son aggravation; pour la mère, les dangers de la grossesse (hémorragies, avortements); ceux de l'accouche-

ment (gêne et entrave du travail, avec tous les accidents qui en sont la conséquence, immédiatement et consécutivement, puis des accidents spéciaux comme l'hémorragie produite par l'écrasement de la tumeur dans le passage du fœtus); pour le fœtus, la mort par avortement, l'asphyxie dans l'accouchement.

Ces accidents ne sont pas fatals, nous l'avons vu, mais ils peuvent se produire et le chirurgien doit les prévoir; il doit chercher dans l'aspect macroscopique de la tumeur, et sa marche, dans l'état du col, et les conditions générales de la malade, les chances des dangers à craindre et la base des indications à remplir.

Disons tout d'abord, que le chirurgien n'aura à remplir que des indications palliatives, et que son intervention pourra se résumer en deux mots : Éviter la mort de l'enfant et préserver la vie de la mère.

Il ne pourra en aucun cas tirer la moindre conséquence pratique de l'extension rapide du cancer pendant la gestation.

Benicke (Zeits. f. Geburstsk, t. I, p. 337), cependant déclare, que dans le cas où l'on peut espérer tout enlever, il faut opérer sans se soucier de l'époque de la grossesse. Mais peut-on intervenir radicalement, peut-on songer à attendre de l'opération une guérison complète?

Et nous l'avons déjà dit : les cas d'intervention curative sont déjà bien restreints dans le cancer simple mais dans l'état puerpérail, il serait, selon nous, absolument condamnable de tenter pour obtenir un résultat que nous prétendons chimérique une opération qui dans l'espèce pourrait avoir de si néfastes résultats et pour la mère et pour l'enfant.

Il ne reste donc plus qu'à parer aux dangers que nous avons signalés pour la mère et pour le fœtus.

L'état macroscopique de la tumeur nous fournira de précieuses indications : si le cancer présente des excroissances en choux fleurs saignant facilement et au moindre contact, il faut agir :

1° Pour éviter les chances prochaines d'un avortement et, en effet, les hémorragies répétées qui épuisent la mère favorisent cet accident.

2° Pour éviter l'entrave probable à la marche de l'accouchement et surtout, comme l'a signalé Nœgelé et Grenser, l'écrasement de la tumeur par l'enfant, écrasement qui peut mettre la vie de la mère dans le plus grand péril par l'hémorragie souvent formidable qui en est la conséquence.

Voici pour la tumeur. Mais le col, dont l'état est du reste contemporain de celui du cancer, est le point grave du problème.

Pourra-t-il se dilater facilement et laisser le passage libre à la tête du fœtus ? C'est là la question que devra se poser le chirurgien, et il ne pourra la résoudre qu'en étudiant avec soin les caractères anatomiques du museau de tanche en précisant aussi nettement que possible le siège du mal, sa variété, son étendue et ses limites, sa forme, appréciant le degré apparent de dilatabilité du col, et cherchant des indices de jugement dans l'état des organes voisins, et l'état général de la mère.

Si pendant la gestation le col a conservé sa souplesse et son extensibilité, s'il se dilate au fur et à mesure que l'utérus augmente de volume, si surtout au moment de l'accouchement, il semble suffisamment ramolli et entr'ouvert, nul doute que l'accouchement ne se fasse comme dans les conditions ordinaires et alors il faudra temporiser à plus forte raison si aux conditions précédentes vient s'ajouter un état local

assez grave pour enlever tout espoir de prolonger la vie; temporiser alors, c'est au moins ne pas compromettre la vie de l'enfant (Vest, loc. citato, p. 457).

Nous devrons nous abstenir encore d'intervenir si le mal est peu développé et très localisé et surtout s'il existe sous forme de tubercules et quand la femme n'est pas épuisée.

La localisation du mal est dans l'espèce un point fort important à considérer, car le travail pourra toujours se faire aux dépens des parties du col restées saines.

Les quatre observations de Mme Lachapelle rapportées par Chantreuil (loc. cit., p. 39), plaident assez en faveur de cette opinion et M. le professeur Depaul insiste souvent sur ce point, dans son enseignement clinique.

Mais là n'est pas le cas le plus fréquent, et le plus ordinairement le col a perdu sa souplesse : il est devenu dur, rigide, et son état reste sensiblement le même, malgré les progrès de la grossesse.

C'est dans ces cas qu'il faut agir, c'est alors qu'il faut retrancher cet organe qui va apporter probablement un obstacle sérieux à l'accouchement, le rendre impossible, et l'observation de M. Depaul (Chantreuil, loc. cit., p. 48) en est un exemple probant.

Mais il faut au chirurgien, et ce n'est pas là la chose la plus facile, une observation minutieuse, attentive et une grande sagacité : car, à tout prix, il faut devancer les événements et éviter à la femme comme à l'enfant, les chances peut-être fatales d'une attente prolongée, et cependant, il faut songer au fœtus que l'intervention peut tuer.

Disons enfin quelques mots sur le moment d'intervenir; dans l'espèce, la chose est importante : dans les premiers temps de la grossesse, l'intervention si elle détermine l'expul-

sion de l'œuf, produit l'avortement; plus tard, le même accident provoque l'accouchement prématuré.

On le voit, le moment à choisir n'est pas indifférent et devant les difficultés à établir un instant précis, l'on doit poser en principe les préceptes suivants:

1° L'intervention dans les premiers temps de la grossesse, n'est justifiée que dans des circonstances exceptionnelles et ne se fera que pour des cas très urgents;

2° L'intervention sera autant que possible reculée jusqu'au moment où le fœtus sera viable, et d'une façon générale dans les derniers temps de la grossesse.

Nous bornerons ici les considérations générales que nous voulions présenter sur les indications de l'intervention quand il y a coexistence d'un cancer et d'une grossesse.

Nous décrirons dans le chapitre suivant les diverses méthodes d'intervention, et nous en apprécierons la valeur.

Ensuite il y a trois types d'opérations: l'une qui est: amputation d'ovario-utérine; l'autre qui est: l'ablation de l'ovaire; la troisième qui est: l'ablation de l'utérus. Ces trois types sont à distinguer les uns des autres. L'ablation de l'ovario-utérine est la plus complète et la plus radicale, mais elle est la plus difficile et la plus risquée. L'ablation de l'ovaire est moins complète, mais elle est moins risquée et moins difficile. L'ablation de l'utérus est la moins complète, mais elle est la moins risquée et la moins difficile. Ces trois types sont tous trois utilisés dans le traitement du cancer de l'utérus. L'ablation de l'ovario-utérine est la plus complète et la plus radicale, mais elle est la plus difficile et la plus risquée. L'ablation de l'ovaire est moins complète, mais elle est moins risquée et moins difficile. L'ablation de l'utérus est la moins complète, mais elle est la moins risquée et la moins difficile.

## CHAPITRE DEUXIÈME

Dans notre précédent chapitre nous avons posé en quelque sorte la question préalable ; nous avons discuté aussi complètement que possible l'opportunité de l'intervention chirurgicale en nous appuyant sur l'autorité de nos maîtres et l'enseignement de l'histoire.

Nous l'avons justifié.

L'intervention chirurgicale est permise ; mais quelles sont nos ressources ? quels vont être nos moyens d'action ?

C'est ce qu'il va nous falloir examiner désormais.

Nous diviserons comme précédemment notre chapitre en trois parties, et nous étudierons successivement nos moyens d'action dans le cancer du col, dans celui du corps et aussi dans le cancer que vient compliquer la grossesse.

### CANCER DU COL

Quand nous avons fixé plus haut quelles devaient être les limites de notre intervention, nous avons fait comprendre, qu'à un moment donné, bien appréciable en clinique, notre

action devenait illusoire, incapable désormais d'un effet curatif, et qu'alors nous devions, à défaut d'une intervention directe, nous borner à remplir des indications tirée des symptômes, nous astreindre à l'intervention palliative.

Cette notion va justifier de notre part une division dans l'étude que nous avons à faire, et nous étudierons séparément les ressources de l'intervention directe, et celles de l'intervention palliative.

C'est déjà en quelque sorte empiéter sur notre chapitre suivant et établir un certain parallèle entre les diverses méthodes, mais nous avons cru cependant devoir le faire pour apporter plus de simplicité dans notre exposé.

#### RESSOURCES DE L'INTERVENTION CURATIVE

Nous désignons sous ce nom tous les moyens qui s'attaquent directement à la tumeur pour la faire disparaître en totalité.

Ces moyens comprennent plusieurs méthodes et qui, semblables aux méthodes générales, applicables à toutes les tumeurs, ont pour résultats immédiats (Broca, loc. cit., p. 389) :

1° De modifier la structure ou la nutrition de la production morbide pour en arrêter le développement et en supprimer la nutrition ;

2° De détruire la vitalité des tissus malades et de transformer la tumeur en une escharre ;

3° D'extirper la tumeur, c'est-à-dire de la séparer de toutes ses connexions.

Toutes ces méthodes, on le voit, visent à un résultat différent et nous sommes en présence de trois ordres de moyens,

ayant tous un but éloigné commun et chacun un mode d'action particulier.

Nous les passerons successivement en revue, exposant les divers procédés qui s'y rattachent, qui en sont les moyens et pour ainsi dire l'expression.

Parmi ces méthodes, celle qui a pour but de séparer la tumeur des connexions qu'elle a contractées avec le tissu utérin, est assurément la plus importante, la plus employée, celle enfin dont on a le plus multiplié les procédés.

C'est par elle que nous commencerons cette étude.

Cette méthode comprend plusieurs procédés dont nous n'avons pas à nous occuper dans l'étude spéciale que nous faisons.

Nous étudierons seulement les quatre procédés qu'on lui a empruntés pour le traitement du cancer de l'utérus :

L'extirpation sanglante, l'extirpation par les moyens d'exérèse mécanique (écraseur linéaire et ligature); l'extirpation par la galvano-caustique chimique. Nous disons enfin quelques mots d'un procédé spécial, le procédé dit de Koeberlé.

#### EXTIRPATION SANGLANTE

C'est la plus ancienne. A. Paré, au dire de Leblond (Chirurgie gynécologique, 1878, f. 449), l'aurait pratiquée pour la première fois.

Néanmoins on voit Baudelocque, réclamer la priorité pour Lauvariot en 1780; Tarral, pour Tulpius d'Amsterdam; mais ce dernier auteur l'avait surtout pratiquée pour des polypes. Lazzari de son côté affirme que Monteggia fut le premier à appliquer ce procédé.

Nous n'avons pas à trancher cette question de priorité; nous nous contenterons de faire remarquer que cette opération proposée en 1766 par Lapeyronie, en 1787 par Wrisberg, fut exécutée au commencement du siècle par Osiander, qui la pratiqua un grand nombre de fois, vingt-trois au dire de Gallard (Leçon clinique rapportée dans l'Union médicale, t. II, p. 501, 1879), et de Courty (loc. cit., p. 1021).

C'est à cette époque surtout que nous devons la considérer, car alors, elle pénétra dans le domaine de la chirurgie française vers 1815, par l'intermédiaire de Dupuytren qui l'adopta d'abord, puis de Récamier, de Jobert de Lamballe, de Hervez de Chégoïn, mais surtout de Lisfranc qui s'en fit l'apôtre et le défenseur.

Ce chirurgien, qui admettait la transformation cancéreuse des engorgements inflammatoires, la pratiquait à outrance.

De 1825 à 1834 il en pratiqua quatre-vingt-quinze et l'on peut dire avec Rochard (Progrès de la chirurg., etc., édit. 1875, p. 264) qu'il n'est pas d'opération dont on ait tant abusé.

Nous apprécierons plus loin, les statistiques qu'il nous a laissées, mais nous devons dire de suite qu'à la fin de sa vie son enthousiasme s'était bien calmé, et qu'il ne pratiquait plus cette opération que dans des cas tout-à-fait exceptionnels.

Osiander, selon Heisse, et Dupuytren (Velpeau, Méd. op., t. IV, page 413. Paris, 1839) en avaient fait autant.

Cette sorte de proscription par les chirurgiens qui avaient montré tout d'abord le plus d'enthousiasme se comprend aisément.

L'engouement du début, pour une méthode nouvelle, n'avait pas tardé à en compromettre les résultats; appliquée indifféremment à tous les cas, elle avait montré dans bien des

circonstances son impuissance. Aussi arriva rapidement la période des indications qui, dans l'espèce, a restreint bien l'intervention, et le lecteur n'a pour s'en convaincre qu'à consulter notre précédent chapitre.

*Manuel opératoire.* — Nous ne décrirons pas minutieusement cette opération, qui se trouve traitée dans tous les ouvrages classiques. Nous n'insisterons que sur ses deux temps principaux :

1° L'abaissement du col à la vulve, soit par les pinces de Museux (Lisfranc), soit à l'aide d'un fil traversant le col même (Osiander) ;

2° La section du col au-dessus des limites supérieures probables du cancer.

L'abaissement préalable du col avait été jugé nécessaire par les premiers chirurgiens français qui pratiquèrent cette opération.

Récamier à la vérité opérait sur place au fond du vagin, mais Lisfranc n'émettait aucun scrupule à cet égard ; un point seul l'occupait, qui pour lui méritait toute son attention, à savoir le moyen de pratiquer cet abaissement.

Abaïsser cependant un organe, maintenu normalement dans une position fixe et invariable par l'intermédiaire d'un appareil suspenseur spécial, lui faire décrire un trajet d'environ 10 centimètres ne semble pas à priori une opération absolument bénigne et nous reviendrons du reste sur ce point que nous essayerons d'élucider aussi complètement que possible.

Pour Lisfranc, ces inconvénients assurément semblaient de mince importance puisque dans certains cas il coupait volontiers les ligaments larges et ne reculait devant aucun délabrement pour faciliter l'exécution de ce temps préliminaire.

Cependant, il faut le dire, tous les chirurgiens qui pratiquent

quaient l'amputation du col, essayaient d'éviter l'abaissement et nous devons ici mentionner leurs efforts.

Nous citerons pour mémoire un instrument ingénieux pour saisir et amputer le col sur place qu'avait imaginé Arronhson de Strasbourg (Arr. Zeitschrift für die gesamte medizin, vol. I, p. 436); mais il était susceptible de peu d'applications et nous n'y insisterons pas davantage.

Les uns étaient frappés de la difficulté qu'il y avait à pratiquer ce premier temps opératoire. Mayor entre autres, préoccupé de ce point au dire de Rochard (loc. citato, p. 264), employait la ligature qui permettait l'excision sur place.

D'autres comme Nélaton, effrayés des dangers de cette manœuvre préféraient l'écraseur au bistouri. Déjà avant lui Scanzoni combattait l'abaissement, puis aussi Graily Hewett (Diseases of women, p. 550, Londres, 1872).

Byrne (Electrocautery in uterine Surgery, New-York, 1873), Spiegelberg (Arch. fur gyn., vol. III, 1873), Léon Labbé (Ann. de gynéc., t. I, 1876), Leblond (Chirurgie gynécologique, 448) indiquent les mêmes tendances.

Grunewald (Arch. für gynök., B<sup>d</sup> XI Heft 3, Berlin, 1877), analysé par de Brinon, Hayem, vol. XV, 1880, p. 519), émet la même opinion.

Gallard y est si opposé (Leçon clinique in Union médicale, t. II, 1879, p. 501) qu'il préférerait ne pas opérer.

Il se contente de soutenir le col avec une pince : un aide concourt au même but en maintenant le fond de l'utérus en place par une pression sur l'hypogastre. Un doigt introduit dans le vagin lui sert à la fois pour reconnaître les limites de la tumeur et guider un bistouri spécial ordinairement monté sur un long manche.

Gallard, qui d'une façon générale repousse l'emploi des spéculums parce qu'ils gênent l'opérateur en limitant son champ d'action, admet volontiers le spéculum de Sims dont les valves en dilatant beaucoup le vagin permet sans le gêner de découvrir suffisamment le col qu'il met sous les yeux et les doigts de l'opérateur.

Tel est en général le manuel opératoire employé pour pratiquer l'excision ; nous justifierons plus loin cette manière de faire.

Pendant que commençait avec Mayor à s'accentuer cette tendance à délaisser peu à peu l'abaissement, d'autres efforts étaient tentés par des chirurgiens qui ne voyaient à éviter dans l'opération que les accidents que pouvait amener la pince de traction sur le tissu du col.

Menici de Pise (Repertorio medico de Piemonte, août 1835, p. 250), inventait dans ce but sa machine pneumatique.

Liegeard père (de Caen) présentait en 1827 à la Société de médecine de Caen un instrument spécial pour pratiquer l'amputation sans abaissement préalable du col (rapporté dans le Bull. de la Soc. de chirurgie, janvier 1858). C'est une fauille demi-circulaire fixée sur un long manche qui lui est perpendiculaire et désignée par l'auteur sous le nom de métrastome.

Guillon (Journ. de la Soc. de méd. pratique, Paris, 1827 1828, p. 72), avait imaginé pour éviter les déchirures partielles produites par le crochet, un instrument qui, introduit dans le col devait s'entr'ouvrir et fournir à la traction un point d'appui suffisant.

Mais la difficulté à l'introduire et à l'ouvrir, les douleurs qu'il occasionnait, le firent bientôt abandonner.

Disons enfin que Guitton présenta en 1834 un arsenal des plus compliqués à l'Académie de médecine (Orthopédie cli-

nique de G. A. Maisonnabe, Paris, 1834), mais il fut bien vite oublié.

Quant à l'excision même du col, nous n'en dirons rien quant à présent, si ce n'est que les chirurgiens tendaient à donner autant que possible à leurs incisions une direction oblique pour obtenir l'évidement du col.

#### ÉCRASEMENT LINÉAIRE

Nous avons déjà dit plus haut, que la crainte de l'abaissement du col faisait préférer à Nélaton l'écraseur au bistouri (Nélaton, Path. externe, t. V, p. 805, édit. 1858). C'est qu'en effet ce fut là la raison du succès de cette méthode d'exérèse dans son application au traitement du cancer de l'utérus. On crut avoir trouvé la clef du problème.

Dans la célèbre discussion qui eut lieu en 1858 à la Société de chirurgie sur ce sujet, Chassaignac en remerciant Robert de donner la préférence à l'écraseur disait que ce mode d'exérèse avait dans l'espèce l'avantage de ne pas obliger à l'abaissement de l'organe, qu'il considérait comme la source d'accidents graves.

Nous n'avons pas à décrire ce deuxième procédé de la méthode d'extirpation ; nous signalerons seulement sa difficulté d'application.

Il est en effet difficile dans ce procédé de maintenir la chaîne perpendiculairement à l'axe du col, ce qui dans l'espèce expose à laisser dans le moignon, une certaine partie de la tumeur.

Cet inconvénient grave n'avait pas suffisamment attiré l'attention des premiers chirurgiens qui se servirent de l'écraseur.

Cependant Robert, se servait déjà de pinces érignes qu'il articulait comme un forceps. Chassaignac lui-même se servait d'ériigne à pinces divergentes qui lui servaient à retenir la chaîne en bonne position et à la fin il en était arrivé à conseiller de placer d'abord une ligature avec du fil, moyen précaire et aussi difficile à bien placer que la chaîne elle-même.

Courty (Traité pratique, etc., p. 1026) a imaginé un excellent moyen bien supérieur aux précédents et qui rend l'écrasement applicable dans la grande majorité des cas.

« Cet instrument, dit le savant professeur, n'est autre chose qu'une longue pince à branches indépendantes pouvant s'introduire successivement et s'articuler ensuite, à mors coudés et concaves, formant par leur réunion une espèce d'anneau dans lequel on commence par embrasser le col au-dessus du mal. Il est facile de saisir alors cet organe, de s'assurer avec le doigt indicateur qu'il est seul saisi par l'instrument, de repousser s'il en est autrement, la portion du vagin qui s'y est introduite, de rétablir la perpendicularté de l'axe du col sur la surface circulaire de la section projetée, de l'y maintenir en serrant les mors de la pince et de porter avec certitude, sur le col immédiatement au-dessous de ces mors, le fil métallique ou la chaîne de l'écraseur qu'il est aisé de refouler alors sans danger sur les mors à mesure qu'on la resserre, de manière à éviter le double écueil d'étreindre le col trop haut ou trop bas.

« Dès qu'on est sûr de la position, le reste de l'opération va de soi et n'offre d'autre inconvénient », etc.

Nous devons ajouter que le savant professeur, frappé des difficultés réelles qu'on avait à appliquer dans certains cas la chaîne de l'écraseur, l'a remplacée, pour ces circonstances spé-

ciales, par un fil et un serre-nœud solide, et l'opération devient fort longue dans ces conditions; dans un cas qu'il rapporte (Courty, loc. citato, p. 1027), il a dû mettre un jour entier à opérer la section.

On comprend aisément que le fil se prête bien mieux que la chaîne à toutes les courbures qu'on est souvent forcé de suivre pour arriver au pédicule de la tumeur quelquefois très-irrégulière. Cependant Gallard (loc. cit., p. 501) lui reproche de se casser quelquefois au cours de l'opération. Du reste le fait s'est produit deux fois entre les mains de M. le professeur Verneuil (Monod, Th. d'agrég., 1878, p. 58).

M. le professeur Courty a l'habitude après avoir fait une lotion hémostatique de toucher la surface de section au perchlorure de fer où à la flamme du gaz d'éclairage, pour détruire dans le moignon les derniers vestiges de la tumeur.

#### GALVANO CAUSTIQUE CHIMIQUE

Ce procédé de l'extirpation des tumeurs devait être appliqué dès son origine avec le même enthousiasme que le précédent au traitement des tumeurs cancéreuses du col de l'utérus.

On avait employé le précédent surtout pour éviter l'abaissement.

Le nouveau procédé par la galvano-caustique préconisé par Middeldorp, Robert, Ellis, Amussat, permettait également l'opération sur place et semblait fournir une hémostase plus sûre et plus complète.

Les inconvénients graves du tamponnement devaient faire rechercher des procédés de dièrèse non sanglante.

Déjà des tentatives avaient été faites dans ce but. Clarke de

Brooklyn, au dire de Gallard, avait été un des premiers à s'occuper de cette question et avait inventé à cet effet des ciseaux qui déchiraient au lieu de couper. Mathews Duncan (Med. Times, vol. II, 1872, 3 août, p. 121) cite un cas où la section aux ciseaux fut possible et suivie de guérison. Ces louables efforts ne devaient pas être suivis d'effets sérieux, car le procédé employé était trop défectueux, et Gallard nous dit s'en être servi une fois sans résultat; il ne put rien couper.

La galvano-caustique se pratique soit avec le couteau galvanique (galvano-cautère), soit avec l'anse coupante.

L'anse coupante, employée par beaucoup d'auteurs, présente des avantages sérieux, que nous discuterons plus loin, et mérite d'être conservée.

#### MODE D'APPLICATION

La difficulté consiste encore à la maintenir perpendiculairement à l'axe du col, condition importante pour éviter les sections obliques.

Pour poser l'anse on pourra se contenter simplement des doigts.

Leblond a inventé une pince spéciale. Au moyen d'un mécanisme particulier, les deux branches peuvent s'implanter à des hauteurs différentes, puis s'articuler comme un forceps. Gallard fait remarquer que ces griffes sur lesquelles, ou plutôt en arrière desquelles doit passer le fil, ont l'inconvénient sérieux d'arrêter le courant lorsqu'il y a contact et qu'il faudrait pour obvier à cette situation employer des pointes d'ivoire dont l'application serait alors difficile.

L'anse une fois appliquée, et il faut qu'elle étreigne fortement

le tissu (Monod, loc. cit., p. 79) on fait passer le courant, en même temps qu'un petit mécanisme annexé à l'appareil tend à diminuer, au fur et à mesure de la section, le diamètre de l'anse.

Gallard, à ce sujet, fait deux recommandations très-utiles dans l'espèce :

- 1<sup>o</sup> Ne pas tirer sur l'anse pour éviter d'en changer la direction;

- 2<sup>o</sup> Rougir modérément le fil pour éviter sa rupture par fusion.

Au dire du même auteur, l'opération bien conduite ne dure guère plus de deux à trois minutes.

Le galvano-cautère a été très avantageusement remplacé dans ces derniers temps par le thermo-cautère si employé aujourd'hui par sa simplicité et les avantages considérables qu'il peut fournir au point de vue de l'hémostase.

Nous n'avons pas à le décrire et son mode d'emploi est si simple dans le cas qui nous occupe, que nous n'avons pas à nous y arrêter plus longtemps.

#### PROCÉDÉ MIXTE, DIT DE KOEBERLÉ

Nous aurons à apprécier plus loin ce procédé mixte, dont l'application restreinte le deviendra encore davantage, si nous parvenons à démontrer comme réels et légitimes les dangers de l'abaissement du col. Ce procédé que Koeberlé a limité à quelques cas particuliers est cependant intéressant par l'emploi combiné qu'il a fait des méthodes sanguinolentes et non sanguinolentes; mais comme nous venons de le faire pressentir, ce procédé que Koeberlé emploie du reste

depuis déjà longtemps a le malheur d'être venu trente ans trop tard, car bien que remplissant les deux conditions essentielles de l'opération, d'une part enlever le plus de tissu possible, d'autre part se mettre à l'abri de l'hémorragie, néanmoins il nécessite l'abaissement et c'est du reste sur ce point que nous établirons plus tard sa valeur.

Manuel opératoire. Premier temps : abaissement du col ; deuxième temps : excision oblique sur une sonde introduite dans la cavité cervicale, avec cette précaution de placer le thermo-cautère sur chaque bouche artérielle.

Nous bornerons là nos considérations sur la méthode d'extirpation ; nous ne pouvons actuellement en juger les procédés, ne connaissant pas encore les méthodes rivales, et ce serait s'exposer, on le comprend, à agir contre les principes de la méthode scientifique que d'aller ainsi du particulier au général.

#### MÉTHODE DE LA CAUTÉRISATION

Nous étudierons dès maintenant la méthode de cautérisation, c'est-à-dire celle qui se propose de détruire la vitalité des tissus malades et de transformer la tumeur en une eschara.

Se trouvant comme importance immédiatement après la précédente, nous avons cru devoir en placer ici l'étude.

Cette méthode a rencontré beaucoup de partisans.

La simplicité de l'instrumentation, la facilité d'application même pour les plus inexpérimentés, enfin l'espoir de prévenir les complications graves des plaies devaient la signaler à l'attention des chirurgiens.

Sébillot (cité par Lassalas, loc. citato, p. 60), pensait que le

feu, car ce fut le premier agent employé, formait une cicatrice susceptible de faire barrière à l'extension du mal d'abord et aux substances septiques qu'elle devait empêcher de pénétrer dans le torrent circulatoire.

Bonnet (Mém. sur la cautérisat. considérée surtout comme moyen de prévenir la phlébite, Gaz. médic. de Paris, 1843) essayait de démontrer que la cautérisation devait prévenir la pyohémie.

La cautérisation du col de l'utérus, comprend une série assez longue de procédés. Nous ne parlons bien entendu que de ceux qui sont susceptibles de produire une guérison radicale, car il en est d'autres très fréquemment employés, mais dans un but purement palliatif, et que nous citerons plus loin.

Les procédés employés pour la cure radicale peuvent se réduire à deux :

Cautérisation superficielle ou en nappe.

Cautérisation interstitielle.

Des deux modes de cautérisation, la première a été et est encore à la vérité la plus employée.

#### CAUTÉRISATION SUPERFICIELLE

Elle se pratique de deux façons différentes : avec le cautère actuel et potentiel.

#### CAUTÈRE ACTUEL

Nous en devons l'emploi à Jobert de Lamballe qui l'appliqua le premier. Depuis, l'emploi du cautère actuel a subi bien des modifications.

Péan, ayant constaté que le cautère à boules s'éteignait trop vite et produisait une action trop superficielle, se sert, pour agir plus profondément et aussi pour entamer facilement le tissu du col, de cautères coupants, rougis au feu et même de petites pelles tranchantes et un peu creuses.

Malgaigne employait comme accessoire un spéculum en étain qui ne s'échauffe pas beaucoup.

Il faut après la cautérisation, comme le recommande A. Guérin (Mal. des organes génitaux internes de la femme, 1878, p. 512), avoir soin de pratiquer un lavage à l'eau froide pour empêcher l'action des liquides bouillants sur les parois vaginales.

On remplaça le fer rouge par le galvanocautère et plus récemment encore M. Lefort (Malgaigne, Manuel de méd. opératoire, 8<sup>e</sup> édit. revue par Lefort) recommande le cautère Paquelin. Nous reviendrons plus loin sur l'emploi de ce moyen.

A. Guérin (loc. cit., p. 512) préfère le galvanocautère et le fer rouge.

Nous devons parler pour être complet du cautère à gaz qui n'a du reste pas reçu d'autre application.

Nélaton eut un succès par l'emploi de cette méthode, succès qu'a relaté Th. Anger (Thèse agrég., 1872, p. 165).

Parise, de Lille, employa également avec succès, ce procédé; l'observation fut communiquée à Nélaton (Th. Auger, loc. cit., 165).

Un fait intéressant à signaler dans ce genre de cautérisation, c'est qu'au bout de dix à quinze minutes, l'escharre ne fait plus de progrès, circonstance qui annihile les efforts prolongés au delà de cette limite.

On chercha tout d'abord à expliquer le fait par l'état sphéroïdal, ce qui dans l'espèce ne veut rien dire.

Th. Anger (loc. cit., p. 437) admet la soustraction du calorique par le courant sanguin. Cette hypothèse ingénieuse du reste est plus théorique que pratique et nous aimons mieux penser avec M. le professeur Trélat que la cautérisation cesse par la gêne qu'apportent à son extension les produits à demi brûlés.

Nous avons placé ce procédé de cautérisation actuelle à côté des précédents, mais nous devons dire de suite que son action semble bien différente et qu'il ne paraît avoir d'efficacité que comme palliatif et dans les formes végétantes du cancer.

#### CAUTÉRISATION POTENTIELLE

A côté du cautère actuel vient se placer la liste bien longue des procédés de la cautérisation potentielle.

Pour en faciliter l'étude, on doit faire la distinction entre les caustiques fluidifiants et coagulants.

Les premiers, comme on le sait, laissent le sang fluide dans les vaisseaux, tandis que les deuxièmes le coagulent ce qui est une condition précieuse d'hémostase à la chute de l'escharre.

*Caustiques fluidifiants.* — Ils ont reçu peu d'application dans l'espèce, à cause de la difficulté d'application et de l'imminence des hémorragies à la chute des escharres.

Seul le caustique Rousselot a été vanté par Manec qui lui attribuait la propriété de ne s'attaquer qu'aux tissus malades, mais Broca (loc. cit., p. 493) déclare que c'est là une illusion, que les bons résultats qu'on en obtient tiennent uniquement à l'habileté de l'opérateur, et qu'en somme ce caustique présente l'inconvénient d'occasionner des accidents d'intoxication et de produire une réaction souvent violente.

Disons enfin que Nauche (Maladies propres aux femmes, Paris, 1822, t. II, p. 616) recommandait l'emploi de la potasse qu'il avait employée, paraît-il, avec succès.

*Caustiques coagulants.* — Ils préviennent davantage les hémorragies secondaires, mais la difficulté de leur mode d'application subsiste tout entière et leur efficacité est pour le moins douteuse.

Le plus employé est assurément le chlorure de zinc liquide ou en pâte qu'on applique avec une rondelle de sparadrap ou un rouleau, et c'est celui que préconise M. Lefort. Ce caustique faisait la base du traitement dans cette méthode Landolfi, qui joua un si triste rôle à la Salpêtrière. C'était un caustique Canquoin déguisé et l'on peut dire dégénéré, puisque M. Moissennet, dans le rapport qu'il fit à ce sujet, concluait à l'inefficacité absolue du traitement (Journ. des médecins praticiens, t. XXVII, 1856, p. 267).

Dupuy (Th. doct., 1873, analysé dans Hayem, t. III, p. 428) affirme, sans cependant en fournir de preuves, que le caustique de Canquoin peut guérir radicalement.

Le sulfate de zinc a été employé par Simpson, qui s'en loue beaucoup (Clinique obst., traduct. de Chantreuil, 1874, p. 716). Il insiste sur son action escharotique puissante, sa rapidité d'action, sa grande simplicité, son maniement facile, sa facilité d'application, enfin sa parfaite innocuité sans cependant dire quelle est la limite de son action.

Routh (The Lancet, II<sup>e</sup> vol., 1879, 31 janv., p. 181) préconise dans certains cas de cancer limité les cautérisations énergiques avec la teinture d'iode, l'acide phénique ou le brome, mais il ne fournit aucune observation à l'appui.

Hassi de Nordhausen et A. Schwalbe (46<sup>e</sup> réunion des naturalistes et médecins allemands à Wiesbaden (Berl. Klin

Woch., 1873, n° 52, 29 décembre) ont proposé l'emploi d'un nouveau caustique.

Dans trois cas de cancer du col, ils ont injecté au pourtour des masses morbides un composé d'alcool et d'éther; ce liquide a déterminé la destruction du tissu morbide, non pas directement comme avec les caustiques ordinaires, mais indirectement en obliterant les vaisseaux afférents et en privant la tumeur de ses principaux moyens de nutrition.

Disons enfin que S. Brune (Journ. des Progrès des sc. et Inst. méd., Paris 1828, t. X, p. 239) aurait obtenu une guérison après une seule injection d'acide cyanhydrique étendu.

Nous ne parlerons pas des autres caustiques appliqués en nappe sur le col de l'utérus parce que tous, ils s'appliquent surtout dans un but palliatif et nous y reviendrons plus loin.

Comme on le voit, les caustiques employés dans un but curatif sont rares, il resterait même à prouver, que dans les quelques observations éparses ça et là dans les annales de la science, l'affection guérie était bien d'origine cancéreuse.

#### CAUTÉRISATION INTERSTITIELLE

Il nous reste à parler des cautérisations intra-parenchymateuses ou interstitielles.

Là encore, le pouvoir curatif est bien discuté, et certains auteurs les rangent parmi les palliatifs.

Kivisch (cité par Gallard, Leç. clin., p. 617) et Gallard lui-même s'inspirant de cet auteur, pratiquent des injections de perchlorure de fer.

Le docteur Broadbent (cité par Chantreuil, dans une note

annexée à sa traduction de l'ouvrage de Simpson) injecte de l'acide acétique dilué et aurait obtenu ainsi quatre succès. <sup>19</sup>

Le docteur Th. Giess (Courrier médical, 1878, p. 234), recommande les injections journalières pendant une semaine avec une seringue de Pravaz, chargée d'acide acétique en solution, d'abord à 2/9, puis à 1/3. Dans un cas, il aurait obtenu un résultat complet après l'emploi de vingt-cinq seringues en onze jours. Il rapporte également d'autres succès. <sup>20</sup>

Guichard (Ann. de gynécologie, févr., mars, 1877), affirme avoir guéri un épithélioma du col par l'injection interstitielle d'une solution de chlorure de zinc au 1/5.

Follin, du reste, recommande ce moyen (Arch. de méd., 1857, 5<sup>e</sup> série, t. II, p. 226).

Mettons à côté de ces injections interstitielles de chlorure de zinc, un procédé qui s'en rapproche par les effets produits, nous voulons parler de l'emploi des flèches de Canquoin enfoncées profondément dans la cavité du col et préconisées par Lejeune (Th. doct., 1879, p. 60).

Pour lui, le cancer limité au col serait avantageusement traité par ce mode de cautérisation qui produirait une destruction aussi complète du mal que par l'amputation du col et éviterait de la sorte, les accidents de l'opération sanglante.

M. Polaillon considère, du reste, ce mode de cautérisation comme supérieur à l'amputation, parce qu'elle permet d'atteindre le mal plus haut et qu'elle est de plus exempte de tout danger.

Barker (Dublin, Journ. of med. sc., vol. LI, 1871, p. 448) a employé le nitrate acide de mercure; tout en signalant la salivation, la douleur et la leucorrhée excessive qui en est la conséquence et qui doit faire apporter beaucoup de réserve

dans son application, il rend compte de guérisons inespérées et qui se seraient maintenues pendant plusieurs années.

Récamier a, du reste, rapporté (loc. cit., p. 332) un succès complet par le nitrate acide de mercure; mais il n'avait pas, comme Barker, employé seul cet agent, il le fit précéder dans son cas de l'extirpation et l'appliqua en topique sur la surface de section, ce qui change évidemment les conditions du problème.

Routh (Transact. of obstet. Society of London, vol. VIII), préconise l'emploi du brome, mais les observations qu'il présente (Med. Times, 1866, 2 vol., 3 nov., p. 488) ne sont pas de nature à entraîner la conviction sur la réalité du diagnostic. Playfair est, du reste, de cet avis. Dans un cas, trois applications auraient suffi pour obtenir une guérison locale complète.

Wynn. Williams rapporte aussi 7 cas de guérison complète (Med. Times, II<sup>e</sup> vol., 1876, 27 août, p. 254).

Routh employait le brome, en applications locales, mais la causticité extrême de ce liquide qui exposait aux lésions du vagin, dans le cas où le pansement était mal appliqué, engagent le docteur Wynn. Williams (Transact. of London obst. Society, vol. XII) à l'employer sous forme d'injections et c'est pourquoi nous en avons ici placé l'étude.

On a quelquefois employé aussi les injections interstitielles d'acide citrique ou phénique, mais Routh (The Lancet, II<sup>e</sup> vol., 1879, 31 juillet, p. 181. Réunion annuelle de l'Association Britannique), les rejette comme absolument inefficaces.

De l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'utérus - [page 70](#) sur 184

**MÉTHODE ATROPHIQUE**

Sous ce nom, nous désignons la grande méthode chirurgicale qui s'attaque aux tumeurs en leur enlevant leurs moyens de nutrition pour en enrayer le développement.

Cette méthode comprend de nombreux procédés : mais dans l'espèce, la méthode est bien pauvre et nous aurions pu sans grand préjudice pour la question qui nous occupe, la passer sous silence.

Cependant nous avons cru devoir la mentionner, car les premiers chirurgiens qui se sont occupés du cancer de l'utérus, ont demandé à cette méthode les moyens de la combattre et la citer, c'est relater les premiers efforts faits dans ce but, c'est respecter l'histoire.

Au premier abord on comprend mal quelle aberration de l'esprit a pu pousser des chirurgiens à faire appel à cette méthode, et cependant nous allons voir les noms qui s'y rattachent.

**RÉFRIGÉRATION**

James Arnott de Brighton, l'inventeur de l'anesthésie locale, avait en 1847 essayé d'appliquer le froid au traitement des affections inflammatoires et mêmes cancéreuses. Il pensait que le froid était susceptible de détruire la vitalité des cellules cancéreuses (Broca, loc. cit., p. 451), et il en fit l'application au traitement du cancer de l'utérus.

Il appliquait la réfrigération de deux façons :

1<sup>o</sup> Réfrigération ordinaire amenant par la contraction des vaisseaux et la diminution de la circulation capillaire qui en est la conséquence, une certaine influence favorable sur la nutrition.

2<sup>o</sup> La congélation qui modifie la vitalité du tissu sans le détruire, et n'amenant pas au dégel de réaction violente.

James Arnott maintenait le mélange réfrigérant à travers un spéculum en gutta-percha, mauvais conducteur de la chaleur pendant un quart d'heure au moins et une demi-heure au plus. L'application est supportable sauf au début où elle produit une sensation assez pénible.

L'auteur nous cite des cas où la situation du malade fut bien amendée, sans cependant nous affirmer la guérison radicale. Ses observations sont peu convaincantes (*Lancet*, 1854, p. 416).

L'emploi de cette méthode, trouva quelques imitateurs malgré les reproches qu'Érichsen adressa à la méthode (*The Science and art. of Surgery*, p. 390).

Broca (*loc. cit.*, p. 452) nous cite à la vérité, un cas tiré des *Transactions de la Soc. path. de Londres* (vol. V) et où le froid aurait amené la résolution complète d'un cancer de la mamelle après trente-quatre jours de traitement. L'autopsie permit de vérifier le fait. L'action du froid sur le cancer semblerait démontrée, mais dans l'espèce on n'en a aucune preuve. Barnes (*loc. cit.*, p. 720) recommande l'emploi de la glace dans le vagin.

En France, Velpeau, cité par Broca (*loc. cit.*, p. 457), aurait employé le froid comme succédané des caustiques : mais ce procédé ne put jamais être régularisé, et tous les chirurgiens considèrent comme peu sérieux dans l'espèce l'emploi du froid que nous avons du reste signalé pour mémoire.

COMPRESSION

A côté du procédé précédent vient s'en placer un autre, qui fut très vanté à une certaine époque, pour les tumeurs du sein et qui reçut quelques applications dans le cancer du col de l'utérus.

Dès la fin du siècle dernier, John Hunter (dans ses Leçons sur les principes de la chirurgie, 1785-1786) s'exprimait en ces termes sur la compression dans le traitement des tumeurs : « La compression empêche souvent leur développement, quelquefois produit leur destruction par absorption », mais il ajoutait que ce procédé était loin d'être toujours efficace.

Au commencement du siècle, Young en Angleterre, Récamier en France (Recherches sur le traitement du cancer, 1829), préconisaient la méthode que compromettaient déjà de nombreux revers.

Récamier employait un tampon de charpie poussé et maintenu par un pessaire en forme de bilboquet ou conique ; comme on le voit, son application était difficile et surtout incertaine : il prétend cependant que, dans bien des cas, il a pu éviter l'ablation.

Broca (loc. cit., t. I, p. 419) fait remarquer que lorsque la tumeur est opérable, l'emploi du procédé est intempestif si le bandage n'est pas bien serré, ce qui est bien difficile d'obtenir dans l'espèce, et aussi ce qui serait loin d'être sans danger.

Nous apprécierons plus loin les statistiques que nous a

laissées Récamier sur le traitement du cancer du col par ce moyen, moyen qui du reste n'a été guère appliqué en France que par ce chirurgien.

INTERVENTION PALLIATIVE

Nous avons dit plus haut que le rôle du chirurgien ne devait pas se borner à obtenir la cure radicale du cancer du col de l'utérus, et nous avons suffisamment justifié l'intervention palliative.

Devons-nous en conséquence passer en revue les divers moyens qui ont été tour à tour employés pour prolonger la vie des malades et la rendre plus supportable. Nous le croyons : car s'ils ne constituent pas des moyens actifs d'intervention chirurgicale, ils n'en sont pas moins un mode particulier, spécial et d'autant plus utile à connaître du chirurgien qu'ils seront souvent, dans la grande majorité des cas, ses seuls moyens, qu'ils constitueront toutes ses ressources.

Aussi croyons-nous, qu'ils doivent faire de notre part l'objet d'une étude particulière que nous plaçons vis-à-vis de l'étude des ressources de l'intervention chirurgicale active et curative.

Nous savons qu'il existe trois symptômes principaux à combattre : la douleur, l'hémorragie, la fétidité. C'est sur ces trois accidents que nous devrons diriger tous nos efforts et nous rangerons dès lors sous trois chefs, les divers moyens de l'intervention palliative auxquels nous ajouterons l'étude des moyens employés contre la tumeur elle-même.

*Douleur.* — L'opium a été employé sous toutes les formes pour combattre ce symptôme.

Capuron (Traité des maladies des femmes, Paris 1817) conseillait déjà les injections vaginales opiacées.

Les lavements, qui ont leurs dangers par la constipation qu'ils amènent, et la diarrhée qui peut en être la conséquence lointaine (Trousseau et Pidoux, Traité de thérapeutique), la méthode endémique de Lambert et Lesieur qui agit d'une manière instantanée, mais qui devient bientôt inefficace, les injections sous-cutanées conseillées par Béhier, 1859, au-dessus du pubis ou au niveau du grand trochanter, ont été successivement employées. Cependant Aran (Leç. cliniques, 1851) recommande la plus grande prudence dans son emploi.

Le sulfate d'atropine en injections a produit de bons résultats (Lassalas, Th. doct., 1869, p. 37).

Il est un médicament qui a joui d'une grande vogue c'est l'iodoforme.

En 1866, le docteur Greenhalgh de Saint Bartholomew's avait déjà obtenu d'excellents résultats sédatifs de l'emploi de cet agent, mais c'était sous forme de pilules et ce fut Eastlake (Soc. obst. de Londres, 1866, 3 janvier dans British med. Journ., janvier 1866) qui l'appliqua comme topique et qui en démontra le premier les qualités sédatives et antiseptiques.

Ces travaux furent connus en France à la même époque.

En 1866 paraissait, dans le Bull. gén. de thérap., le travail de Greenlach (t. LXX, p. 377).

L'année suivante, Demarquay publia une série de recherches cliniques sur l'application de l'iodoforme au traitement du cancer de l'utérus et y adopta les idées de l'auteur anglais, avec cette restriction toutefois qu'il en faut réservé l'emploi pour les ulcerations très enflammées, si l'on ne veut pas être conduit à de mauvais résultats, comme ceux dont parle Nunn ( vomissements et intoxication narcotique).

Wolker (Bull. de thérapeutique, vol. LXXIII, p. 490) fit paraître une étude nouvelle à ce sujet. Il cite deux observations dans lesquelles il employa avec succès l'iodoforme sous forme de suppositoires vaginaux et de tampons imbibés de l'émulsion d'iodoforme saponiné et il y discute la question de savoir si le médicament agit par ses propriétés antiseptiques (Righini, d'Oleggeon) ou par l'iode qu'il contient (Morelus).

Un autre agent qui a joui, pendant un temps, d'une vogue considérable est l'acide carbonique conseillé par Simpson en 1856, Follin (Arch. méd., 1856), Ch. Bernard (Arch. de méd., 1857).

Cet agent est anesthésique et diminue les douleurs et Ch. Bernard cite un cas où il aurait même contribué à diminuer une ulcération cancéreuse.

Courty (loc. cit., p. 1033) prétend qu'on en a exagéré les effets. Sinéty (loc. cit., p. 459) déclare que ce gaz est inefficace dans le cancer et ne doit s'employer que dans les affections douloureuses des organes génitaux.

Cependant M. le professeur Broca (loc. cit., p. 401) affirme que son emploi a procuré un soulagement qui a persisté pendant six, douze et même vingt-quatre heures : il déclare qu'il y a eu quelquefois des échecs.

Ce gaz s'emploie sous forme de douches qui arrivent sur le col par l'intermédiaire d'un tube : son application est facile et bien plus efficace que dans les cancers externes (Broca, p. 401).

Les douches se font quotidiennement : on serait quelquefois obligé de les renouveler deux fois par jour.

Elles peuvent être dangereuses et Scanzoni (Beitrage zur geburtskunde und gynäkologie, in-8. Wurtzbourg, vol. III, p. 181) cite un cas de mort probablement par asphyxie.

Barnes (loc. cit., p. 720) conseille les pulvérisations éthérées en faisant toutefois remarquer qu'elles sont très douloureuses.

Martineau préconise les solutions aqueuses d'hydrate de chloral : du reste ce médicament avait été préconisé en 1875 par Fleischer (Medicin chirurgic. Centralblatt, n° 9) non seulement comme analgésique, mais même comme désinfectant, et son travail a été suivi des recherches de Goodel de Pensylvanie (London med. Record, 19 mai 1875, p. 312) de Dujardin-Beaumetz et Huire, recherches qui ont été du reste l'objet d'une discussion à la Société de thérapeutique (t. LXXXVI, p. 139 et 517).

M. le professeur Courty (loc. cit., p. 1035) parle des injections calmantes et des pessaires médicamenteux qu'il déclare à la vérité impuissants à cause du peu de pouvoir d'absorption de la muqueuse.

Barnes (loc. cit., p. 718) recommande l'emploi de la pepsine qui aurait procuré deux succès à Routh.

Tillaux, qui a employé ce moyen, aurait constaté une diminution de la douleur après une seule injection.

Signalons enfin (Bull. thérap., LII, p. 561) une observation de Burgsacchi (Gaz. med. Sarda, avril) dans laquelle les injections, avec une décoction de camomille et de chloroforme, apportèrent un soulagement des plus remarquables chez une femme atteinte de cancer utérin.

Le froid enfin a été employé par Arnott comme anesthésique et semble avoir fourni de bons effets.

Disons en terminant que M. Gosselin dans une leçon clinique (rapportée dans Gaz. des hôpitaux, 1879, p. 1129) a signalé que la douleur produite par l'extension du cancer au vagin devenait rebelle à tout traitement.

*Hémorragies.* — Ce symptôme exige pour le combattre

utilement une grande sagacité de la part du chirurgien. En effet, il est un fait d'observation, c'est qu'elles procurent souvent du bien-être.

Lassalas (loc. cit., p. 122) rapporte le cas d'une malheureuse observée dans le service de Demarquay et sur laquelle les hémorragies et le travail de congestion qui en était le pré-lude produisaient un bon effet.

On devra donc agir avec la plus grande circonspection et examiner attentivement la situation avant de se décider à agir.

Une fois l'intervention résolue bien des moyens s'offrent à la servir.

Ils sont de deux ordres :

1° Moyens s'adressant à la cause, et nous en parlerons plus loin à propos des moyens employés contre la tumeur.

2° Moyens palliatifs proprement dits. Ceux-ci comprennent tout d'abord les styptiques, ou pour mieux dire les astringents, tannin, vinaigre, etc., le perchlorure de fer concentré.

Souvent on sera obligé d'utiliser le feu ou le chlorure de zinc, dont l'emploi présente souvent dans l'espèce de grandes difficultés.

M. Le Dentu (communic. orale) emploie volontiers ce dernier agent quand il n'y a pas de champignons fongueux et Demarquay cité par Gilette (Clinique journalière), en préconise d'autant plus l'emploi qu'il arrête jusqu'à un certain point la marche du néoplasme sans lui donner de coup de fouet en même temps qu'il prévient les congestions, combat les hémorragies, et diminue les douleurs.

Arnott faisait usage de la réfrigération et Broca (loc. cit., p. 403) recommande dans certains cas l'emploi de ce moyen.

On pourra avec Barnes employer l'acide chromique et nitrique, le persulfate de fer, et même l'acétate de plomb

qu'employait Goulard de Montpellier et qui a l'avantage d'être aussi désinfectant et calmant.

Lassalas rapporte (loc. cit., p. 20) que Bell arrêta dans un cas une hémorragie rebelle en pratiquant des ponctions sur les veines dilatées autour de la tumeur.

Suivant Sinety (loc. cit., p. 460) l'ergot de seigle, si efficace ordinairement, aurait peu d'action sur les mètrorrhagies d'origine cancéreuse.

Dans le cas où tous ces moyens viendraient à échouer, serait-on autorisé à pratiquer le tamponnement.

Broca nous apprend (loc. cit., p. 403) que ce n'est pas là une opération sans gravité.

Sans empiéter sur ce que nous aurons à dire plus tard, nous pouvons dès à présent relater que le tamponnement est douloureux, et que devenant une nouvelle cause d'excitation il rappelle volontiers l'hémorragie.

Son mode d'application est trop simple pour que nous ayons à le décrire.

Peut-on prévenir les hémorragies dans le cancer utérin ? Non, d'une façon générale, mais on peut éviter de nombreuses causes d'hémorragie en apportant le plus grand soin et la plus grande prudence dans les manœuvres exercées sur le col.

C'est ainsi que M. le professeur Courty (loc. cit., p. 1034) recommande de ne pas laisser séjourner trop longtemps dans le vagin les tampons qu'il accuse de favoriser le retour du sang par l'irritation qu'ils entretiennent.

Le même auteur prescrit de n'appliquer le spéculum qu'à des intervalles éloignés et cela parce que cet instrument, même appliqué par des mains adroites, donne de la douleur et provoque souvent des hémorragies d'intensité variable.

*Fétidité.* — Ce symptôme est aussi important à combattre

que les précédents : sa présence incommode la malade au point de lui rendre impossible toute relation sociale et de la condamner à un isolement des plus pénibles; de plus, la présence des matières septiques au contact d'une plaie ulcérée peut donner lieu à des phénomènes d'intoxication, de véritable septicémie le plus souvent chronique mais quelquefois aiguë, et c'est là un point sur lequel les auteurs n'ont pas, selon nous, suffisamment insisté.

Broca cependant (loc. cit., p. 419) avait déjà insisté sur les dangers de l'infection putride et Richard (Pratique journalière, 2<sup>e</sup> édit., revue par le Dr Crauk, éd. 1880, p. 353) n'avait pas méconnu que là, était le danger et que c'était contre ce symptôme qu'il fallait diriger tous les efforts de la thérapeutique.

Demarquay enfin (cité par Lassalas, loc. cit., p. 27) avait institué des expériences tendant à prouver le pouvoir d'absorption du col, et préconisé à cet effet le permanganate de potasse, qu'il venait d'introduire en France.

Mais ces cas ne visaient pas la septicémie aiguë et M. le professeur agrégé Le Dentu a observé (communication orale) à Saint-Antoine, un cas unique, je crois, dans la science, et dans lequel s'étaient développés les symptômes d'une véritable septicémie aiguë, symptômes qui céderent vite à l'emploi des antiseptiques.

Dans l'espèce il y avait une disposition anatomique spéciale qui avait favorisé l'explosion des accidents.

La possibilité d'un semblable accident est du reste facilement explicable.

La plaie du col utérin, doit rentrer absolument dans la classe des plaies cavitaires, les liquides produits s'écoulent mal, et si, comme dans les cas précédents, une disposition

particulière vient encore ajouter à la gêne apportée à la sortie des liquides, nul doute que dans ces circonstances, les conditions nécessaires à l'évolution de la septicémie ne soient entièrement réalisées.

Nous avons exposé ces quelques principes pour montrer l'importance que nous attachons à ce symptôme, sur la gravité duquel nous reviendrons en temps et lieu.

Il est deux moyens de combattre ce fâcheux symptôme :

1° S'attaquer à la cause, c'est-à-dire au cancer, et nous réservons ce point pour tout à l'heure.

2° S'attaquer à l'effet pour atténuer l'influence qu'il peut exercer sur la malade.

Bien des moyens ont été employés dans ce but.

Broca (loc. cit., page 419) recommande les injections détersives quotidiennes avec l'émulsion de coaltar saponiné ou des tampons imbibés de cette même substance, renouvelés chaque matin.

Nous rappellerons l'emploi du permanganate de potasse. conseillé par Demarquay, mais qui, dans l'espèce, quoiqu'en dise ce chirurgien, n'a qu'une médiocre valeur.

M. le professeur Courty (loc. cit., page 1035) préconise l'eau de Labarraque, l'acide phénique, et aussi le permanganate et les liquides aromatiques.

A l'étranger, Wagner, de Baden (Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte, n° 7, page 710, 1<sup>er</sup> avril 1878), a retiré de bons effets des pulvérisations phéniquées.

West emploie le chlorure de chaux, et Zweifel d'Erlangen (Berlin. Klin. Wochens, n° 51, p. 741, 1876) le tampon d'ouate alcoolisée.

Grunewaldt, déjà cité, recommande surtout l'acide salicylique, qu'il préconise contre les caustiques.

Sans vouloir préjuger de la valeur de ces moyens, nous pensons qu'ils sont inférieurs à l'emploi des moyens dirigés contre la tumeur.

*Trait. palliatif de la tumeur.* — On a préconisé : 1<sup>o</sup> Les résolutifs et à cet effet Goulard et Leake emploient les sels de plomb; Carmichael de Dublin (cité par Lassalas, page 48), le carbonate de fer; Burow, de Kœnigsberg (cité par Barnes, loc. cit., page 720) et Bergeron, le chlorate de potasse, dont on connaît l'emploi dans le traitement des cancroïdes d'origine sudoripare.

Enfin nous signalerons, la compression employée par Récamier avec succès (Récamier, traitement du cancer, page 368) dans un cas où il avait employé concurremment à ce mode de traitement, les injections astringentes et les cautérisations; la marche de l'affection fut enrayée un moment, mais la malade mourut ensuite. À ce propos Broca (loc. cit., page 419) déclare que ce moyen peut être bon comme palliatif, car alors elle n'a pas besoin d'être complète et générale, mais nous n'insisterons pas davantage sur ce moyen, qui appartient à l'histoire.

2<sup>o</sup> Les caustiques ou l'excision.

On a recommandé le perchlorure de fer concentré (Ch. Gibb. British med. Journal, p. 204, 1875) dans le cas d'ulcération. Le docteur Boulton d'Horncastle (The Lancet, 29 décembre 1855), aurait obtenu dans un cas une survie de trois ans par l'emploi de ce moyen. On a employé aussi le tannin, le nitrate d'argent au dixième (West, loc. cit. page 454 et Churchill, 2<sup>e</sup> édition, par Leblond, 1874, page 460), la teinture d'iode injectée dans l'utérus. Aran (Leçons cliniques, 1858), en aurait tiré de bons résultats.

Enfin Schröeder (Sitzungsberichte der phys. méd. societät,

Zu Erlangen, 1873, p. 81, analysé dans Hayem, t. III, p. 707) recommande, de son côté, l'application de tampons imbibés de teinture alcoolique de brome au cinquième, après cautérisation vigoureuse au fer rouge. Ce moyen, qui lui a fourni deux succès, avait été employé pour la première fois par Routh et Wynn. Williams, médecins anglais.

Courty, qui accorde peu de pouvoir aux caustiques, a formulé ainsi (Assoc. franç. pour l'avancement des sciences, VI<sup>e</sup> session, le Havre, du 24 au 30 août) le traitement palliatif du cancer.

S'il y a cancer du corps, il faut dilater le col puis abraser la muqueuse avec des curettes.

Si la tumeur est limitée au col, il faut employer l'écraseur s'il y a exubérance, ou les caustiques s'il y a ulcération, et utiliser ensuite les divers topiques que le chirurgien peut avoir à sa disposition.

Routh (The Lancet, II<sup>e</sup> vol., 1879, 31 juillet) préconise la même méthode.

Ce procédé de curage avait du reste été employé pour la première fois par Récamier, et Gallard contribua plus tard à le répandre à l'étranger. Nous voyons G. Simon de Heidelberg (Schmits lahr. 1872, vol. 156, p. 335) employer ce procédé et citer 4 cas de sa pratique, puis Varges (Caustadts Iahresbericht, 1874, vol. II, page 766) employer aussi la curette puis le fer rouge, et Martin agir de même sans le secours du spéculum. Landan enfin fait usage du même procédé tout en le réservant aux carcinomes papillaires seuls pour que l'opération soit complète.

M. Lejeune (loco citato, p. 60) propose comme caustique le chlorure de zinc qu'il dit avoir la propriété de réprimer les fongosités cancéreuses et de combattre avec avantage les

hémorragies. Ce traitement, d'une application facile, et à la portée de tout le monde, serait fort bien supporté par les malades.

Marion Sims (Edinb. med. Journ., vol. XXV, 1879, p. 541) conseille aussi après l'excision, qu'il considère indispensable, de panser avec du coton imprégné d'alun, puis de cautériser au brome ou au chlorure de zinc.

Chassaignac emploie aussi l'excision palliative avec l'écraseur : dans un cas rapporté dans les bulletins de la Société de chirurgie (année 1856), les hémorragies qui s'étaient montrées rebelles à l'action des caustiques céderent vite à l'excision.

M. Raymond (Thèse doct., 1871, Paris) conseille également ce procédé dans les cas où l'hémorragie consécutive à l'emploi du bistouri amènerait fatalement la mort.

M. Le Dentu (communic. orale) emploie, quand il y a exubérance ou fongus, le fer rouge ou l'excision palliative préconisée par Courty.

Quand il y a ulcération sans fongus volumineux, il donne la préférence à l'acide chromique employé comme topique tous les cinq ou huit jours.

M. le professeur Verneuil préconise aussi l'emploi de l'acide chromique. Dans un cas (France médicale, 2 janvier 1875) l'acide était porté une fois par semaine sur les fongosités : les accidents furent réduits ; il n'y eut pas d'incidents fâcheux, car on n'employait d'abord qu'une faible quantité d'acide et on s'appliquait à ne toucher que les fongosités. Puis un tampon laissé cinq ou six heures évitait tout contact avec la muqueuse vaginale.

Barker, dans les tumeurs en chou-fleur, dont l'étendue échappe au bistouri, préfère l'acide chromique au 1/6 qui,

pour lui, est moins douloureux que le nitrate acide de mercure.

Dans le cas que M. Le Dentu a observé à l'hôpital Saint-Antoine, et dont il a bien voulu nous donner les principaux détails, il y avait un fongus qui obturait pour ainsi dire tout le vagin et favorisait au plus haut point la rétention des matières septiques.

Il en fit l'excision et les phénomènes de septicémie aiguë rétrocéderent rapidement.

Cette observation, à notre sens, est intéressante à deux points de vue, car elle établit :

- 1° Que la septicémie même aiguë est possible dans l'espèce;
- 2° Que le traitement palliatif de la fétilité ne comporte qu'une seule indication sérieuse : *agir sur le col*.

Disons en terminant qu'outre les indications spéciales remplies par les caustiques, l'emploi de ces agents a pu, dans un cas rapporté par Conrad (communication à une Société bernoise, rapportée dans le Correspondant Blatt für Schweiz-Aerzte, 1873, n° 1, Journ. de Hayem, t. II, p. 217) faire cesser un état fébrile rebelle à tout traitement.

A cette occasion, l'auteur ajoute que les cautères actuels jouissent au plus haut point d'une action antipyritique et qu'au contraire la cautérisation potentielle avec l'iode, le nitrate d'argent, l'acide nitrique et le perchlorure n'a qu'un effet antipyritique passager.

La pratique des auteurs se résume donc ainsi :

Cancer fongueux, excision ou curage;

Cancer sans fongosités, caustiques divers.

Nous avons indiqué les moyens dirigés contre la lésion elle-même et contre les principaux symptômes auxquels elle donne lieu.

Nous avons, pour être complet, à parler des symptômes particuliers que le chirurgien peut rencontrer et qui peut faire poser la question d'une intervention spéciale.

Dans un cas rapporté par Weiss (Bull. de la Soc. anat., p. 368, 1878) et relatif à un malade de Guérin, la tumeur obstruait le vagin et formait dans le rectum une saillie appréciable au toucher.

La question de l'anus contre nature fut posée, et l'autopsie démontra les lésions de l'obstruction intestinale.

Dans un cas rapporté par Ferré (Bull. de la Soc. anat., 1875, p. 597), il y avait rétention des matières fécales, mais qui, dans l'espèce, n'était produite ni par la compression, ni par la rectite, et qu'on pût expliquer par une action réflexe provoquée par l'irritation des filets du flexus hypogastrique compris dans la tumeur.

J. Packard (The Amer. Journal, juillet 1874) nous rapporte toutefois l'observation d'une femme à laquelle il pratiqua la colotomie lombaire pour une obstruction du rectum due à un cancer très volumineux de l'utérus et, à ce sujet, il insiste beaucoup sur l'opportunité de l'opération dans ces conditions.

Mais dans un numéro postérieur du même journal (4 janvier 1875) l'auteur nous apprend que la malade après avoir trainé dix-neuf semaines finit par succomber le 12 octobre 1874 aux progrès toujours croissants de l'affection. A l'autopsie, on trouva l'utérus et le vagin profondément envahis par le cancer, les ganglions lymphatiques étaient aussi atteints; le tout formant une masse à travers laquelle passait le rectum tellement diminué de calibre qu'on ne pouvait y faire pénétrer une sonde.

Quoi qu'il en soit, nous pensons cependant que les indica-

tions sont bien difficiles à poser et que, dans l'espèce, on devra user de la plus grande prudence :

1<sup>o</sup> Parce qu'on a affaire à un malade cachectique incapable de résister à aucun traumatisme; et que les chances de survie sont trop minimes dans l'espèce pour contrebalancer le péril de l'intervention;

2<sup>o</sup> Parce que le diagnostic dans l'espèce est entouré de grandes difficultés et le cas de Fétré le prouve aisément.

Dans le cas rapporté par Blum (Soc. anat., 1869, t. XV, p. 15), l'anus artificiel fut établi et la malade succomba. L'épithélioma avait amené une obstruction intestinale.

#### CANCER DU CORPS DE L'UTERUS

Nous nous bornerons, comme précédemment, à faire l'exposé des méthodes d'intervention qui ont été tour à tour utilisées, surtout en Allemagne, et nous réserveron l'appréciation que nous aurons à en faire pour le chapitre suivant.

On a extirpé l'utérus par le vagin ou l'abdomen; de là deux grandes méthodes :

1<sup>o</sup> La méthode sous-pubienne;

2<sup>o</sup> La méthode sus-pubienne.

La première a été employée successivement par Sauter de Constance, Siebold, Holscher, Blundell, Banner, Lizars, Récamier et Roux.

Elle consiste d'une façon générale à détacher les insertions du vagin au col et à attirer l'utérus au dehors.

Mais les procédés sont nombreux et nous en indiquerons les principaux :

Sauter détache les insertions du vagin au col, met la main dans le péritoine et attire l'utérus.

Siebold incise le vagin sur ses parties latérales, renverse l'utérus et le détache ensuite.

Blundell fait une incision postérieure.

Langenbeck, Banner, Lizars se préoccupent surtout du mouvement de bascule de l'utérus et, à cet effet, divisent toute la hauteur du périnée, de la fourchette vulvaire à l'anus.

Récamier et Dupuytren procèdent autrement; ils abaissent dans un premier temps le col de l'utérus; dans un deuxième, ils ouvrent les culs-de-sac et détachent les ligaments larges de leurs attaches aux bords latéraux de l'utérus et seulement dans le tiers inférieur. Ils posent une ligature préalable et en masse des annexes de l'utérus, le plus près possible de l'organe (Récamier, *Traitemen*t du cancer, p. 359) de façon à faire l'opération sans écoulement sanguin.

Comme on le voit, leur procédé est basé sur l'existence de son abaissement et la possibilité de le produire.

Dans le cas où le col est ramolli et ne permet pas l'application de la pince de Museux, Récamier incise le vagin à son insertion au museau de tanche et va saisir comme Sauter l'utérus lui-même.

Enfin, lorsque le col résiste à la traction et que l'obstacle réside dans le ligament, Récamier introduit dans le péritoine le lithotome caché du Frère Come (Récamier, loc. cit., p. 366); en le retirant, il incise le vagin et le péritoine et les ligaments larges, puis il fait l'hémostase avec une sonde de Belloc.

Tarral, cité par Coudereau (*Trib. médic.*, p. 535, 1874-1875), lie les ligaments larges dans toute leur hauteur.

Spencer Wells (*Leçon clinique*, in *Med. Times*, vol. I, 1878,

27 janvier, p. 93) cite la pratique du docteur Blundell, qui se rapproche beaucoup de celle de Récamier.

Il abaisse le col sain préalablement avec une pince à griffes, puis coupe circulairement le vagin à son insertion au col et détache ensuite l'utérus tout entier en maîtrisant de son mieux l'hémorragie.

Henning avait obtenu du reste un succès en 1876 par la voie vaginale sans ligature préalable des ligaments larges (Schmidt's Iahrbuch. 1879, 183, p. 289, et dans American journal of medical Sciences, vol. 73, 1877).

Disons toutefois avec le journal américain, qu'il y eut périctonite consécutive et fistule recto-vaginale (le rectum avait été perforé pendant l'opération).

Mais la malade eut huit mois de bonne santé et mourut sans récidive.

Gendrin repousse au contraire l'utérus en haut (Obs. sur l'extirpation. Journ. génér. de méd., oct. 1829, t. CIX, p. 91), dans un deuxième temps il l'isole de la vessie (Churchill, loc. cit., p. 470). Enfin, d'après Coudereau, il attaque les parties latérales pour se rendre maître de l'hémorragie, détache ensuite la circonférence et pratique une torsion de l'utérus sur l'axe.

Coudereau (loc. cit., p. 547) propose un procédé spécial qu'il n'a du reste appliqué que sur le cadavre.

Nous demandons au lecteur la permission de le citer complètement:

« La malade est préalablement placée et maintenue dans la position de l'examen au spéculum. Puis l'endoceps (instrument spécial destiné à agir sur la matrice tout entière en prenant son point d'appui dans la cavité même) étant placé et fixé, j'attire le col vers la vulve aussi bas que le permet la laxité

des tissus. Je m'assure d'abord des rapports exacts que la paroi vaginale antérieure affecte avec la vessie dans laquelle j'introduis un doigt par l'urètre préalablement dilaté. Je pratique alors la section circulaire du vagin sur le col en ayant soin de faire en avant l'incision au-dessous du point où j'ai constaté la présence de la vessie et en me gardant d'intéresser en arrière le cul-de-sac péritonéal qui tapisse la paroi vaginale. Je dissèque en avant et sur les côtés le vagin que je détache de l'utérus dans une très petite étendue avec le bistouri ou les ciseaux d'abord, puis à l'aide de la pulpe du doigt je repousse la vessie en haut et détache dans la plus grande étendue possible les adhérences cellulaires du péritoine au bas fond de la vessie d'une part et de l'autre à la face antérieure de l'utérus. Pendant ce temps, un aide écarte la vulve et maintient des petites pinces à l'aide desquelles je fixe les bords de la section vaginale en avant et qui peuvent en même temps servir de moyen hémostatique; l'autre aide, auquel j'ai confié l'endoceps, exerce une traction continue dans des directions variées pour amener le plus possible à ma portée la partie de l'organe sur laquelle je dois agir.

« Les tractions doivent toujours être faites en bas et en arrière. L'union du péritoine à la paroi vaginale postérieure est tellement intense qu'il faut se garder de toute tentative de décollement de ce côté, sous peine d'ouvrir la cavité abdominale. Ces liens cependant cèdent un peu par le fait des tractions continues car, vers la fin, on obtient même en arrière un prolapsus beaucoup plus accusé.

« On s'efforce alors de faire basculer l'utérus en avant. Il est nécessaire à ce moment de surveiller la vessie qui pourrait être entraînée au dehors avec le fond de la matrice. On complète assez facilement le renversement en s'aidant d'une pince

de Museux, dont les griffes sont implantées dans la paroi antérieure aussi près que possible du fond de l'organe.

« Je fais maintenir le tout en place et je jette au-dessus de la matrice une anse métallique dont les deux chefs sont passés dans un serre-nœud de Maisonneuve au moyen duquel j'étreins un pédicule à peu près uniquement composé d'éléments périto-néaux : 1<sup>o</sup> en avant le cul-de-sac vésico-utérin décollé et refermé sur le fond de l'organe; 2<sup>o</sup> sur les côtés, les ligaments larges avec les vaisseaux utérins; 3<sup>o</sup> en arrière le cul-de-sac utéro-rectal.

« Une broche en fer est passée à travers le pédicule et un deuxième serre-nœud appliqué en arrière de la broche et modérément serré. Je détache alors la matrice à l'aide du bistouri et je procède à la suture du vagin en procédant d'avant en arrière.

« Quatre à cinq sutures métalliques m'ont paru suffisantes. Arrivé au pédicule, je passe une forte épingle qui traverse :

« 1<sup>o</sup> La paroi vaginale gauche;

« 2<sup>o</sup> Le pédicule;

« 3<sup>o</sup> La paroi vaginale droite et je fais la suture entortillée. »

Comme on le voit, ce procédé n'est autre que le procédé de Sauter de Constance, avec cette différence qu'il évite ainsi et plus sûrement la blessure du rectum, de la vessie et des vaisseaux, accident sur lesquels Marjolin (Dict. en 30 vol., p. 281) avait spécialement insisté, et c'est seulement pour mettre ce point en relief que nous avons cité dans tous ses détails le procédé précédent.

La 2<sup>o</sup> méthode consiste dans l'extirpation sus-pubienne.

Elle fut proposée par Gutberlat en 1814 (Churchill., loc. cit., p. 472), puis pratiquée par Langenbeck, 1825.

Delpach, en 1830, présenta à l'Académie de médecine une

méthode mixte, combinaison de la méthode par la voie vaginale et par la voie abdominale. Il fait d'abord par le vagin la séparation des organes voisins de l'utérus puis il achève par la méthode sus-pubienne.

Plus facile que la précédente, la méthode sus-pubienne a trouvé cependant des ennemis, même dans les partisans de la méthode sous-pubienne : Gendrin et Dupuytren notamment s'y opposent de toutes leurs forces.

Cette opération pratiquée depuis par Freund, Berns, Frankel, Koks, Credé, Léopold, Toeplitz, Oehlschläger de Dantzig, Mueller, etc., consiste essentiellement dans une laparotomie avec amputation de l'utérus et ligature préalable du pédicule.

Nous ne décrirons pas ici la laparotomie absolument semblable à celle pratiquée de nos jours, pour l'ablation des ovaires Rystiques et qui se trouve décrite dans tous nos traités classiques. Mais nous donnerons quelques détails sur l'amputation de l'organe, détails que nous empruntons à la description qu'en donne Alexander With Freund, de Breslau (Wolk Klin, Wortraege, n° 133, et Centralblatt f. Gynäkologie, n° 12, 1878).

La cavité péritonéale une fois ouverte, Freund applique trois ligatures dans l'épaisseur des ligaments larges.

La première comprend la substance de la trompe et le ligament ovarien.

La deuxième contient à la fois la substance du ligament ovarien (le fil traversant la portion inférieure du trajet de la précédente ligature et celle du ligament rond).

La troisième ligature contient une partie du ligament rond et la portion latérale du vagin : l'aiguille traverse d'abord la partie antéro-latérale de ce conduit pour sortir de nouveau par la partie postéro-latérale et pénétrer dans le pli de Douglas.

Après quoi Freund sectionna avec l'instrument tranchant, la paroi antérieure du vagin dans le cul-de-sac utéro-vésical, la paroi postérieure dans le pli de Douglas et les ligaments larges dans un point compris entre la ligne médiane et les ligatures dont il a été question plus haut. L'utérus put ainsi être enlevé sans grande perte de sang. Les fils des différentes ligatures ayant été introduits dans le vagin, une traction un peu forte exercée sur les deux ligatures supérieures transforma le trou béant compris entre la vessie et le rectum en une fente transversale.

Les bords de cette fente constituées par des portions intactes du péritoine qui tapisse les parties antérieure et postérieure de l'excavation pelvienne furent réunis à l'aide de points de suture très rapprochés.

Tel est le procédé un peu compliqué qu'employa Freund dans le cas auquel nous venons de faire allusion.

Berns, d'après le Canstadt's Jahresbericht, 1879, vol. II, p. 576, aurait, paraît-il, appliqué sur le cadavre un procédé absolument semblable au précédent sans connaître les travaux de Freund.

Après Freund cette méthode fut appliquée par le Dr Osterlah, de Dresde, qui relate trois cas publiés dans Schmidt's Jahr, 1879, vol. CLXXXIII, p. 283.

Le Dr Kocks, de Bonn (Arch. f. gynæk, v. XIV, p. 127, 1879), modifia selon lui, dans un cas, la méthode de Freund : il élève l'utérus dans le bassin avec une pince, lie les ligaments larges en cinq parties, sépare l'utérus au-dessous des ligatures, après avoir préalablement séparé la vessie et le rectum et fermé la cavité abdominale en bas.

On le voit, la méthode dite nouvelle par Koks ressemble beaucoup à la précédente : nous ne nous y arrêterons pas

davantage. Bruntzell, assistant de la clinique de Spiegelberg, dit cependant qu'elle expose davantage à la blessure de l'uretère.

Le Dr. Oehlschläger de Dantzig (Arch. f. Klin. Chir., vol. XXIII, 1878, p. 423) suit une méthode qui ne diffère de celle de Freund que par l'emploi du catgut.

Routh (The Lancet, 1870, vol. II, p. 548) préconise la même méthode, mais propose de laisser le col s'il est sain.

Mueller (Corr. Bl. f. Schweiz Aerzte, n° 20, p. 609 et n° 21, p. 642, 15 octobre et 19 novembre 1878, in Hayem t. XIV, p. 186) applique pendant l'opération l'utérus contre la paroi abdominale au moyen de l'hystéromètre introduit dans sa cavité.

C'est du reste là une modification qui n'a qu'une bien minime importance et que nous citons pour mémoire.

Freund, à la troisième séance de la section de gynécologie (assemblée des naturalistes à Cassel, 13 septembre 1878), apporta quelques modifications à sa méthode, et craignant probablement l'influence fâcheuse de l'entrée de l'air dans le péritoine, proposa de ne pas le sectionner dans toute l'étendue de l'incision cutanée.

Plusieurs auteurs, effrayés des résultats désastreux, essayent de préciser les indications ou de modifier les procédés.

Credé (Centralblatt, f. Chir., 1878, n° 32) accusant la dégénérescence du cul-de-sac péritonéal d'avoir causé la mort de sa malade, déclare que, dans ces cas, il faudra désormais s'abstenir.

Léopold (Centralblatt, f. Gynæk., 1878, n° 23) trouve chez une de ses malades, mort au deuxième jour de péritonite, que le carcinome s'avançait trop en avant vers la vessie ; il essaye d'y voir pour l'avenir une contre-indication ; il y a hémor-

rhagie de l'ovaire, il conseille de ne plus éléver l'utérus pour éviter la déchirure des veines.

Massari, de Vienne, modifie également la méthode d'une manière insignifiante (Centralblatt, f. Gynæk., XI<sup>e</sup> vol., 1879), et que nous citons pour mémoire.

Credé (dans l'article précédemment cité) a modifié comme il suit le procédé de M. Freund :

1<sup>o</sup> Dans le cas où il fit l'opération, il enleva les ovaires en même temps que l'utérus.

Nous pensons que l'ablation de l'ovaire qui empêche la fluxion physiologique et l'écoulement du sang par le moignon muqueux du col, quand on en laisse, nous semble fâcheux dans l'espèce, et ne se justifierait théoriquement que si l'on est obligé de tout enlever.

Routh (The Lancet, vol. II, 1870, p. 548) ne propose leur ablation que s'ils sont cancéreux.

2<sup>o</sup> Il ne referme pas l'ouverture pratiquée dans le péritoine.

Nous ignorons s'il proscrit la section abdominale dans la crainte d'éviter les accidents de péritonite septique, mais à priori nous ne considérons pas comme très heureux le moyen qu'il recommande pour y rémedier.

Le même auteur a publié dans le Edinburgh med. Journal, (vol. XXV, 1879, p. 193, et Centralblatt fur Gynäkologie, n° 44, 1879, et Arch. f. Gynæk., vol. XIV, p. 430 à 437, 1879) une troisième modification opératoire que nous rapportons en terminant, pour mémoire.

Cet auteur trouvant que le grand inconvénient dans l'ablation de l'utérus est le manque d'espace et de jour, qui expose à abandonner un plus ou moins grand nombre de noyaux cancéreux perintérins, propose l'opération suivante :

Quinze jours environ avant l'opération définitive, incision sur la ligne médiane partant à quelques centimètres au-dessus de la symphyse pubienne et se prolongeant en bas jusqu'au clitoris ; écartement de la vessie avec une large spatule, incision du périoste sur le bord supérieur des pubis, décollement de la même membrane à droite et à gauche, section de l'os avec une scie à chaîne passée par la partie supérieure et interne du trou sous-pubien ; même opération de l'autre côté, ablation des pubis.

En somme, l'auteur nous propose une résection partielle du pubis, suivie d'une ligature isolée des vaisseaux et de la réunion de la plaie vaginale invaginée.

Pour cet auteur, les avantages de cette méthode sont les suivants :

1<sup>o</sup> Rendre visibles les profondeurs de la plaie, augmenter l'étendue du champ opératoire et rendre la dissection plus facile ;

2<sup>o</sup> Possibilité d'élargir les indications limitées de la méthode de Freund ;

3<sup>o</sup> Possibilité de mieux maîtriser le sang en permettant la ligature isolée des vaisseaux et en rendant inutile la ligature en masse ;

4<sup>o</sup> Abandon de la section péritonéale longue et difficile.

Cette opération, nous devons le dire, n'a guère réussi entre les mains de son inventeur, qui a perdu sa malade six heures après l'opération.

## CANCER DU COL PENDANT LA GROSSESSE

Ce serait vouloir absolument sortir des limites de notre question que d'aborder la description des méthodes de traitement qui ont été tour à tour appliqués par les gynécologistes et les accoucheurs au traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse.

Néanmoins, pour rester fidèle au plan que nous nous sommes tracé, nous en ferons ici l'énumération, et plus loin nous en jugerons la valeur.

### TRAITEMENT PENDANT LA GROSSESSE

*Avortement.* — Robert Lée (Clinical midwifery, 2<sup>e</sup> édit., p. 94) préconise l'accouchement prématuré et même l'avortement, pour enrayer la marche du cancer et soustraire la femme aux dangers des éventualités. West en est partisan, Oldham et Menzies (The Glasgow medical Journal, p. 129) y sont de leur côté formellement opposés, et Simpson (Obstetric Memoire, vol. I, p. 648) n'hésite pas à déclarer que cette méthode est « contraire aux règles de la profession médicale et de la morale ».

*Incisions.* — Baudelocque et Oldham préconisent les incisions sur le col, incisions qui, d'après ces auteurs, doivent être multiples et peu étendues (de 2 à 3 millimètres au plus).

D'après Simpson, il est nécessaire d'en ménager le nombre, car elles prédisposeraient à l'avortement.

L'ablation du col a été pratiquée dans le même but.

TRAITEMENT PENDANT L'ACCOUCHEMENT

*Dilatation.* — Siebold recommande l'emploi de l'éponge préparée pour dilater le col.

*Incisions.* — Elles sont pratiquées comme précédemment: à ce moment, elles imitent la nature qui déchire le col si on n'intervient pas.

On a eu recours à l'amputation du col.

*Forceps.* — L'application du forceps a été utilisée pour terminer un travail lent et laborieux. M<sup>me</sup> Lachapelle a eu trois succès par l'emploi de cette méthode.

*Méthode combinée.* — Gueniot (dans un cas cité par Chantreuil, loc. cit., p. 80) a employé avec succès les incisions suivies de l'application du forceps.

*Version.* — C'est une méthode qu'on n'emploie que lorsque la présentation est mauvaise, et surtout quand l'épaule est la première à s'engager. Simpson et Marchand, au dire de Chantreuil, ont pratiqué cette manœuvre.

*Extirpation.* — Utilisée avec succès par M<sup>me</sup> Lachapelle qui employa l'anse galvanocaustique.

*Craniotomie.* — Enfin, on a cru pouvoir pratiquer cette opération dans le cas où la femme s'épuise et où le fœtus est mort.

*Opération césarienne.* — Pour Chantreuil, cette opération, qui n'a que des indications exceptionnelles, sera parfaitement indiquée, cependant, lorsque l'état général de la mère ne pourra supporter les manœuvres opératoires et qu'il sera possible d'affirmer les bruits du cœur du fœtus.

de une maladie longue de deux ou trois ans. Il est difficile à ce que le cancer du sein soit étendu au point où les deux seins sont également atteints. Mais il est tout à fait possible que les deux seins soient également atteints. Toutefois il est difficile de déterminer si les deux seins sont également atteints.

### CHAPITRE TROISIÈME

Dans notre précédent chapitre nous avons successivement exposé les divers procédés des méthodes employées dans le traitement du cancer de l'utérus.

Nous devons maintenant nous appliquer à les apprécier.

Dans l'espèce, nous devons le dire, cette appréciation est complexe; sinon difficile.

Nous devons, à la vérité, les apprécier tout d'abord en tant que méthodes générales, puis nous avons encore à les considérer dans leur application à la région qui nous occupe, c'est-à-dire dans un endroit difficilement accessible.

Nous avons affaire en effet à un organe situé à l'extrémité d'un tube long de 10 à 12 centimètres (le canal vulvo-vaginal) à parois extensibles à la vérité, mais aplatis l'une contre l'autre, et dans lequel les instruments sont toujours plus ou moins difficiles à manœuvrer.

Les auteurs les ont bien considérées sous ces deux points de vue, sans cependant avoir fait peut-être assez ressortir dans chaque méthode sa valeur comme méthode générale et sa valeur dans l'espèce, et sans avoir suffisamment montré ce

qu'une méthode perd ou gagne en avantages lorsqu'on l'applique à la cure du cancer utérin.

Mais il est un point sur lequel les auteurs sont absolument muets et dont, malgré nos recherches minutieuses, nous n'avons pas trouvé la moindre mention.

Tout procédé de la deuxième et troisième méthode créera fatalement une plaie cavitaire, et que devons-nous entendre sous le nom de plaie cavitaire dans son acceptation la plus générale?

Une plaie dont les produits de sécrétion sont difficilement versés au dehors.

Or les plaies du col de l'utérus ne remplissent-elles pas ces conditions à un degré suffisamment élevé pour que nous nous y arrêtons?

Et ce point, selon nous, présente la plus grande importance.

En effet, une plaie cavitaire, prédispose, si l'on n'y prend garde, au développement de la septicémie.

Elles sont particulièrement disposées à cet effet. Les produits de sécrétion s'écoulant mal, y séjournent, s'y décomposent, engendrent la production de matériaux septogènes et la septicémie.

Cette septicémie, qui présente plusieurs degrés et qui, dans ses formes bénignes, produit des accidents locaux sans compromettre fatalement l'existence, ne va-t-elle pas dès lors fausser les statistiques et compromettre les méthodes?

Cette notion nous semble dès lors utile à mettre en ligne de compte dans l'appréciation que nous avons à faire et nous tâcherons par la suite d'en faire ressortir toute l'importance que nous sommes disposé à lui attacher.

Pour nous, les statistiques sont à refaire sur ces nouvelles bases.

En résumé nous devons considérer ces trois points :  
Valeur générale;

Valeur topographique; { Cavité,  
Région difficilement accessible.

Et nous admettrons en outre les trois divisions précédemment établies, c'est-à-dire que nous apprécierons successivement les méthodes dans le cancer du col, du corps, et dans celui qui coexiste avec une grossesse.

### CANCER DU COL

Avant de parler de la valeur des procédés mis en usage dans le traitement du cancer du col, disons quelques mots sur la valeur relative des méthodes.

Et d'abord les méthodes curatives et palliatives ont leurs indications assez bien tranchées pour que nous n'ayons pas à en apprécier la valeur relative; nous avons suffisamment discuté les cas où elles peuvent rendre des services et où on doit les mettre à contribution; elles ne peuvent se suppléer l'une l'autre : nul besoin donc de les comparer en ce moment.

Prenons donc les méthodes curatives et mettons-les en présence.

Examinons d'abord, pour n'avoir plus à y revenir, la troisième méthode, dont nous avons exposé les procédés. Qu'y voyons-nous?

1<sup>o</sup> La compression, méthode d'application difficile et à résultats incertains.

Car si l'on soumet à un examen sérieux et rigoureux les faits de compression dus à Récamier, nous trouvons les uns

inexact et les autres incomplets ; et l'on peut dire avec Follin (Path. externe, t. I, p. 321) que jamais la compression n'a guéri de cancer, et que l'on perd, en s'en servant, un temps précieux.

Quant à la réfrigération, nous nous contenterons de dire que c'est là encore une méthode trop incertaine pour en faire jamais une méthode curative.

Restent donc les deux méthodes d'extirpation et de cautérisation, que nous devons d'abord considérer en général.

Pour M. Broca, la méthode d'extirpation lui semble devoir constituer la méthode de choix (Broca, loc. cit., p. 555). Les raisons sont nombreuses à la vérité.

1<sup>o</sup> Exécution facile et sûre. La facilité de l'exécution est facile à comprendre, la sûreté est évidente : tandis que l'extirpation laisse les tissus sains, et vous permet de suivre exactement, pour les dépasser, les limites de la tumeur, la cautérisation au contraire est une méthode aveugle ; il est impossible de préciser d'avance comme le fait remarquer Monod (dans sa Thèse d'agrégation, 1875, p. 66) le degré de profondeur auquel s'étendra la mortification.

2<sup>o</sup> Promptitude de l'opération. Avec la première méthode, on peut enlever dans une même séance, toute la production morbide : avec la cautérisation il faut y revenir plusieurs fois, et c'est là un des griefs que Becquerel (loc. cit., p. 199, avait émis contre l'emploi des caustiques.

En effet, pour M. Broca (loc. cit., p. 493) la cautérisation n'est avantageuse que pour les tumeurs qui n'ont que quelques millimètres d'épaisseur.

Ainsi pour cet auteur voilà les résultats obtenus dans la cautérisation avec la pâte de Vienne.

— Une couche en excès donne une escharre de 3 millimètres, si le revêtement est intact.

S'il est ulceré, on obtient cette même épaisseur au bout de 10 minutes.

Telle n'est cependant pas l'opinion de Milne (Obst. Soc. of Edinb., 26 février 1873, in Edinburgh med. Journal, 1873), qui donne la préférence aux caustiques qui vont plus profondément, et il cite deux cas de guérison de tumeurs épithéliales du col, traitées avec le chlorure de zinc.

— 3<sup>e</sup> Douleur.

Elle est incontestablement moindre dans l'extirpation : car elle persiste toujours pendant quelques heures avec l'emploi du caustique. Malgaigne (loc. cit., p. 734) la considère cependant comme rarement douloureuse.

— 4<sup>e</sup> Accidents de l'opération.

Hémorragie primitive : là la méthode d'extirpation semble avoir le dessous.

Péan prétend que l'excision du col, surtout son excision en forme de cône à sommet supérieur (Gilette, Chirurgie journalière), donne lieu à des hémorragies foudroyantes et préfère pour cette raison le cautère actuel qui pour lui donne plus de sécurité : mais ce n'est qu'en apparence, car la méthode possède des procédés d'exérèse mécanique qui mettent à l'abri de cet accident, et l'écrasement par exemple est un procédé hémostatique par excellence.

— 5<sup>e</sup> Résultats immédiats.

L'avantage est encore à la méthode d'extirpation, car la surface cauterisée est plus longue à guérir, mais par contre il y a moins de réaction et les accidents inflammatoires sont beaucoup moins à craindre.

Broca (loc. cit., p. 491) fait cependant remarquer que la

pyoémie peut survenir, et il rappelle à cet effet que le traitement des cancers mammaires par la méthode de Landolfi (en 1856) avait produit surtout cet accident.

Gallard a eu dans un cas de la péritonite mortelle.

Barnes redoute également dans certains cas les accidents de thrombose, et cette crainte lui fait apporter une grande réserve dans l'emploi de cette méthode.

Becquerel lui-même avait déjà remarqué (Becquerel, loc. cit., p. 199) que la cautérisation n'est pas exempte de dangers et qu'elle peut dans certains cas donner lieu à la production de phlegmons.

Pour les caustiques introduits en injections dans la tumeur, nous dirons avec Chantreuil (Annotation, Simpson, p. 469) qu'ils ne sont pas sans danger, quoique Broadbent prétende que la pénétration dans les vaisseaux est peu dangereuse, qu'elle n'amène ni intoxication, ni coagulation, ni embolie, etc.

Nous rappellerons les quatre cas favorables de cet auteur avec l'acide acétique dilué.

Nous ajouterons, enfin, que la méthode d'extirpation s'est encore enrichie de procédés qui évitent ces accidents, comme les hémorragies dont nous avons parlé tout à l'heure.

Disons encore que la cautérisation expose tout particulièrement aux hémorragies secondaires.

#### 6<sup>e</sup> Résultats définitifs.

Le point en vérité le plus important à considérer est la question des récidives, et l'avantage reste encore à l'extirpation. Ricord disait « qu'appliquer le fer rouge sur le cancer c'était y mettre de l'engrais pour le fertiliser ».

Cette idée, spirituellement énoncée, est confirmée par l'opinion de beaucoup d'auteurs.

Grisolle (Pathologie interne, 9<sup>e</sup> édit., 1869, p. 620) juge la

cautérisation dangereuse à cause de l'extension possible qui peut en être la conséquence, surtout pour les cols squirrheux.

Gallard (Leç. clin., p. 617) prétend que la cautérisation est mauvaise, qu'elle hâte quelquefois la terminaison fatale.

Panas, cité par Dupuy (Thèse, Paris, 1873, Hayem, t. III, p. 428), déclare que cautériser c'est s'exposer « à la vengeance des ganglions ».

Courty (loc. cit., p. 1020) trouve les caustiques nuisibles, parce qu'ils tendent à accroître la force de végétation du cancer.

Nous pourrions encore citer l'opinion de Heurtaux (Dict. Jaccoud, art. Cancer, p. 200), de Leblond (Ann. de gynécologie, 1874), de Nonat et Linas (1874, 2<sup>e</sup> édit., p. 807) et de A. Guérin (loc. cit., p. 512), qui se rangent au même avis.

Rapportons encore l'opinion de Mister Campbell de Morgan (The origin of cancer considered with reference to the treatment of the disease, 1872) qui, bien que posant la cautérisation en règle absolue, n'en déclare pas moins que ce traitement tend dans certains cas à étendre le cancer autour de son lieu d'origine.

Scanzoni (loc. cit., p. 255) rejette la cautérisation comme moyen curatif, et cependant Marion Sims, au Congrès annuel de l'association médicale anglaise, tenu à Sheffield (août 1876, Arch. méd., 1876, p. 508, t. II), déclare que pour lui la cautérisation est supérieure aux autres méthodes, en ce qu'elle lui permet plus aisément d'enlever tous les tissus malades.

Après avoir étudié comparativement les deux méthodes dans le manuel opératoire, les accidents immédiats, leurs résultats immédiats et consécutifs, nous pouvons conclure ainsi :

Les avantages de la méthode d'extirpation sont incontestablement supérieurs à ceux de sa méthode rivale, et nous

verrons par la suite que ses quelques inconvénients ont été combattus avantageusement par le perfectionnement des procédés.

En conséquence, la méthode d'extirpation devra être considérée comme la méthode de choix, et la cautérisation comme une méthode d'exception et de nécessité, en raison de son efficacité douteuse et surtout de l'éventualité des récidives.

Nous la réservons à des cas particuliers, lorsque la tumeur sera superficielle et surtout dans les cas de débilitation extrême, où la moindre perte de sang est un danger de mort.

Voilà la valeur comparative des méthodes en général; dans l'espèce et dans leur application au traitement du cancer de l'utérus, ces conclusions ne changent pas et restent les mêmes.

Nous verrons qu'il n'en est pas de même pour les divers procédés employés.

Étudions dès à présent les procédés de la méthode d'extirpation, en nous plaçant d'abord, comme nous l'avons fait précédemment, à un point de vue général.

Nous avons donc en présence l'extirpation par le bistouri, le galvanocautère, l'écraseur linéaire et la ligature.

L'extirpation sanglante par le bistouri semble supérieure à tous les procédés d'exérèse mécanique qu'on a voulu lui substituer, et nous retrouvons là tous les avantages de la méthode générale d'extirpation, sur lesquels nous avons insisté plus haut.

En effet, avec le bistouri on sait où l'on va, et l'on peut poursuivre la tumeur jusque dans ses moindres prolongements.

22 Avec les procédés d'exérèse mécanique on se conduit forcément au hasard; ces procédés sont aveugles.

Sous le rapport de la rapidité de l'exécution, nul doute que le bistouri ne soit supérieur à tous les autres; on sait combien est lent l'écrasement d'une tumeur, combien est fatigante pour l'opérateur l'extirpation à l'anse galvanique.

Les résultats immédiats sont par contre à l'avantage des autres procédés, qui sont des procédés hémostatiques par excellence et qui ont l'immense avantage de réduire au minimum les phénomènes de réaction inflammatoire.

22 Nous devons dire cependant que Gusserow (Handbuch der Allgemeinen und Spezialen Chirurgie. Pitha et Billroth. Stutgardt, 1878, par. LXVIII, page 206 déclare que la puissance hémostatique de ce procédé n'est nullement certaine et nous dirons de suite qu'il rejette absolument ce procédé dans le cancer de l'utérus.

Pour les résultats définitifs, le bistouri reprend ses avantages que les inconvénients cités tout à l'heure ne sauraient combattre.

22 Nous voulons parler de l'éventualité des récidives, moins fréquentes après l'extirpation au bistouri qu'après l'emploi des divers procédés d'exérèse mécanique, et l'on peut dire avec Broca (loc. cit., p. 575) que le bistouri est la ressource principale de la chirurgie des tumeurs.

En résumé nous dirons :

L'extirpation sanglante est le procédé de choix.

L'extirpation mécanique est le procédé d'exception, sauf quand les tissus sont vasculaires ou caustiques (Monod, loc. cit., p. 51).

Il nous reste à comparer les procédés d'exérèse mécanique et caustique.

Commençons par l'exérèse mécanique et comparons la ligature à l'écraseur.

Une profonde différence les sépare.

La ligature est lente à agir parce qu'elle ne peut le faire que par ulcération.

L'écraseur agit en une seule séance, et d'une manière absolument mécanique.

La ligature présente une malléabilité précieuse (Monod, loc. cit., 58), mais le lien peut se rompre, comme dans les deux cas de Verneuil précédemment cités, ou se relâcher.

L'écraseur est plus rigide, plus difficile à appliquer, mais plus solide.

La ligature (Broca, loc. cit., p. 527) détache la tumeur par gangrène, l'écraseur la détache vivante.

La ligature est très douloureuse, donne lieu à une réaction inflammatoire plus ou moins vive, à une odeur repoussante, expose à l'infection. L'écraseur est moins douloureux, donne une réaction bien moindre qui l'a fait préférer au bistouri, n'expose en aucune façon aux chances de l'infection.

M. Courty (loc. cit., p. 1021) déclare aussi que la ligature est trop douloureuse et donne lieu à une inflammation trop aiguë, trop facile à gagner les parties situées au-dessus du lien et trop favorable à l'extension du cancer.

La douleur pourrait bien être amoindrie, ajoute le savant professeur, par l'emploi des narcotiques, l'inflammation septique, par le renouvellement des lotions détersives, mais les chances de l'extension rapide du cancer suffiraient seules pour condamner le procédé.

Maisonneuve (Clinique, p. 141, t. II, 1864, Savy) déclarait à la vérité que les accidents étaient plus graves après l'excision qu'après la ligature, et que le procédé opératoire

était plus simple, plus facile et moins effrayant. Mais on comprendra aisément les raisons d'un jugement aussi bienveillant.

Quoi qu'il en soit, nous dirons en résumé :

L'écraseur est supérieur de beaucoup à la ligature; c'est le procédé de choix lorsque la vascularité du tissu doit faire renoncer au bistouri.

M. le professeur Richet (Monod, loc. cit., p. 58) préférerait cependant la ligature à cause de sa plus grande puissance hémostatique.

Nous ne sommes pas en mesure d'apprécier le fait : nous dirons seulement que dans la ligature, les artères s'aplatissent pour l'hémostase ; dans l'écrasement elles se tordent et s'arrachent.

La ligature plate favoriserait donc mieux l'hémostase que la torsion ?

Anse galvanique : Elle présente sur l'écraseur de grands avantages qui sont, d'après Monod (loc. cit., p. 87), dont le travail reflète les idées et l'enseignement de son savant maître, M. le professeur Trélat :

- 1° La siccité de la plaie ;
- 2° L'absence de suppuration et de fièvre traumatique ;
- 3° L'indolence de l'opération ;
- 4° La possibilité de graduer l'action instrumentale, de l'interrompre brusquement, de la reprendre de même, de la varier en la modulant, de commencer l'opération à froid sans inspirer de crainte au malade, d'obtenir une précision parfaite de la part du chirurgien, enfin d'avoir une intensité considérable de la source de chaleur sous un très petit volume. C'est, dit le même auteur, page 94, un caustique dessicuant, hémostatique et pénétrant.

En somme, à part la complication de l'instrumentation, ce

procédé est de beaucoup supérieur au précédent, c'est le véritable procédé de choix parmi les procédés hémostatiques.

Ces préliminaires une fois posés, connaissant maintenant la valeur relative des procédés de la méthode d'extirpation, nous devons les considérer dans l'espèce, c'est-à-dire dans leur application à la région cavitaire, difficilement accessible, du col de l'utérus, et voir si dans ces conditions spéciales les mêmes procédés conservent les mêmes avantages ou non.

Le premier procédé employé fut l'extirpation sanglante au bistouri, et nous avons vu qu'un temps nécessaire à l'opération était l'abaissement préalable du col.

On doit bien penser que cette opération préliminaire doit singulièrement changer les conditions du problème, et nous avons déjà fait pressentir la gravité de cet abaissement.

Mais avant d'aborder cette question sérieuse de l'influence des tractions sur le résultat opératoire, voyons ce que pensent les auteurs sur l'emploi du bistouri.

Lisfranc en était très partisan : sa statistique semble du reste le prouver, et par les nombreuses opérations qu'il a pratiquées, et par les succès qu'il a annoncés.

Nous devons dire néanmoins que Pauly, son élève particulier, a singulièrement réduit sa statistique sous le rapport de ses opérations, qu'il diminue de moitié, et de ses insuccès, qu'il double.

Pauly nous apprend (Pauly, Mal. de l'utérus, Paris, 1836) que ses insuccès furent dus en grande partie à des hémorragies, des phlegmons, des péritonites et des morts rapides, sur lesquelles nous n'avons pas d'autre explication: Forget (Soc. de chir., 1858-1859, p. 563) nous dit du reste avoir vu mourir une opérée de Lisfranc d'hémorragie immédiate, et à ce sujet il réhabilite ce chirurgien dénigré par Pauly.

En conséquence, nous devons mettre pour beaucoup la statistique de Lisfranc au passif du procédé.

Dans une statistique de Watson (Monthly Journ., nov. 1849, p. 1143), nous relatons que sur 9 excisions au bistouri il n'y eut aucune mort : 3 récidives, 5 guérisons, 1 cas douteux.

Nélaton (Path. ext., t. V, édit. 1858) cependant parle des dangers de ce procédé, et Bennett cité par Becquerel (loc. cit. p. 859) déclare en être peu partisan ; et l'on comprend facilement ces hésitations, à une époque où l'on croyait l'abaissement nécessaire et où l'opération pratiquée dans ces conditions amenait des accidents consécutifs fréquents et une mortalité effrayante.

Lassalas (loc. cit., p. 54) nous cite une observation de Blanquinque dans laquelle les tractions pratiquées sur le col auraient amené des accidents formidables.

Il est un fait absolument prouvé : c'est la gravité de l'opération sanglante pratiquée dans les conditions ordinaires, et nous n'aurions besoin pour le prouver que de rappeler les efforts tentés par tous les chirurgiens, pour modifier les conditions de l'abaissement du col, soit même pour supprimer ce temps opératoire et pour remplacer le bistouri par l'écraseur.

Dans notre précédent chapitre nous avons parlé des tentatives pratiquées dans le but de diminuer les dangers de l'abaissement : nous n'y reviendrons pas ; plus tard nous parlerons des chirurgiens qui préconisent l'écraseur par ce fait que l'emploi de cet instrument permet l'opération sans abaissement préalable.

Cependant, nous devons le dire avant d'aller plus loin, certains auteurs préconisent encore l'ablation au bistouri.

Barker cite une statistique de 11 amputations depuis 1856 sur lesquelles il y aurait eu 9 guérisons, et cet auteur déclare

préférer le bistouri à l'écraseur qui, d'après lui, retarde la guérison ; mais il ne parle en aucune façon de la possibilité d'accident consécutif, et ne dit pas s'il a pratiqué l'abaissement.

Schrœder (Soc. obst. de Berlin, Berlin Klin. Wochens., n° 27, p. 402, 8 janv. 1878) préfère à tout l'excision et déclare pratiquer l'abaissement au moyen de fils de soie qu'il fait passer à travers le cul-de-sac.

Mosicke (Zeits. f. Geburts und Gynæk., III B, 2 H, 1877, et Hayem, t. XIII, p. 572), défend le procédé opératoire de Schrœder et, après avoir critiqué les autres méthodes d'exérèse, cite 100 cas d'amputations du col sur lesquels il ne relève que 3 morts, 2 par tétanos et 1 par septicémie.

Rochard (loc., cit. p. 575) et Richard (Chirurgie journalière) préfèrent également dans l'espèce ce mode d'exérèse.

Demarquay, chez une malade observée à la Maison de Santé (Gaz. des Hôpitaux, 1870, p. 93), a employé le bistouri pour deux raisons :

1° La tumeur limitée à la lèvre antérieure du col était pâle, exsangue, devait contenir peu de vaisseaux et par suite donner peu à craindre à priori l'hémorragie ;

2° La tumeur remontait plus haut sur le corps utérin et n'aurait pu être atteinte par l'écraseur.

Dans ce cas (loc. cit., p. 93), Demarquay suivit le procédé de Jobert dans son opération de la cystoplastie par locomotion dans les cas de fistules vésico-vaginales. Après avoir abaissé le col à la vulve, il divisa le cul-de-sac vaginal antérieur à l'union du vagin et du col, et pénétra dans cet espace long de 3 centimètres où le col est en rapport avec le bas-fond de la vessie. Il disséqua le tissu intermédiaire qui était dans ce cas induré dans l'étendue de 4 cent. 412 ; enfin par une

section d'avant en arrière, et décrivant une courbe à concavité inférieure il acheva l'excision de la tumeur.

Si nous avons cité l'opération en entier c'est pour justifier dans l'espèce, l'ablation au bistouri; mais ce fait ne peut tendre à prouver qu'une chose, c'est que dans certains cas l'ablation est nécessaire, que son emploi en somme, n'est qu'exceptionnel, et nous ne voulons pas démontrer autre chose.

En résumé, sauf les chirurgiens enthousiastes qui ont évité de nous laisser des statistiques, tous s'accordent à peu d'exceptions près, à trouver l'excision du col dangereux et cherchent surtout à supprimer l'abaissement de l'organe. Nous devons cependant dire qu'à notre époque, l'excision est encore pratiquée par Sims, Gaillard, Thomas Labbé, Gallard et Courty.

Ce dernier auteur préfère même, comme West, faire descendre le col à la vulve (Courty, loc. cit., p. 1025); il excise en commençant par la lèvre inférieure et terminant par la supérieure, afin de faire d'abord la section la plus laborieuse et de protéger, contre le sang la surface sectionnée.

Le savant professeur reconnaît, à la vérité, que la mort peut survenir très rapidement comme dans le cas de Cruveilhier (loc. cit., p. 1029) et que, bien que la réaction soit ordinairement modérée et la tolérance parfaite, il peut survenir cependant de la métrite et des douleurs lombaires par tiraillements.

Mais quelle pouvait donc être l'idée qui poussait les chirurgiens à considérer l'abaissement comme nécessaire?

Et d'abord, la facilité de l'opération mais aussi la possibilité d'arrêter les hémorragies: or, c'était assurément une crainte exagérée. L'opération donne à la vérité peu de sang et Lisfranc

sur ses 36 premières opérations déclare lui-même qu'il n'a tamponné que 3 fois (Malgaigne, méd. opér., p. 735).

Les hémorragies secondaires sont évidemment plus à craindre, et les dangers d'un tamponnement seraient alors à prendre en considération, si toutes les méthodes n'y exposaient pas, lorsque les procédés de la méthode antiseptique ne sont pas mis en usage; car dans l'espèce elles doivent certainement être des manifestations septicémiques et nous regrettons bien ne pouvoir mettre quelques observations en présence de cette prévision théorique.

Cependant, nous citerons la très instructive statistique de Otto Spiegelberg (Arch. f. gynäkologie, t. V. fasc. 3, Berlin, 1873) Hayem, t. III, p. 205.

Nous y remarquons que, parmi les 5 décès cités sur 61 cas il y a 2 opérés par le bistouri qui ont succombé à des hémorragies secondaires ou à des phlegmons causés par le tamponnement, mais aussi nous y relevons le cas d'un opéré par le galvano-cautère, mort d'hémorragie et l'auteur du reste ne conclut pas à la nécessité d'abaisser le col, puisque, dans les conclusions, il déclare qu'il ne faut pas abaisser le col, mais opérer sur place, et il recommande aussi de suturer la plaie selon la méthode de Sims; mais disons-le cependant, l'auteur donne la préférence au galvano-cautère sur l'instrument tranchant.

On le voit donc, en résumé, la nécessité d'abaisser le col, avait été singulièrement exagérée.

Il nous faut étudier maintenant le mécanisme de cet abaissement à l'état physiologique et pathologique. Nous pourrons seulement comprendre ce qu'une semblable opération comporte en elle de dangers et apprécier ce qu'il y a de vrai dans l'opinion des auteurs.

Dans une note lue à la Société de chirurgie (séance du 27 avril 1859. Bull. de la Soc. de chir., t. II, 1859), Bastien et Legendre, procureurs des hôpitaux, donnèrent le résumé des expériences qu'ils avaient faites à l'effet d'étudier dans les cas d'abaissement artificiel de l'utérus, les changements qui se produisent du côté des organes voisins, c'est-à-dire de la vessie, du vagin, du rectum, des ligaments et des replis péritonéaux.

Ils avaient constaté tout d'abord, qu'un poids de 45 kil. était nécessaire pour attirer l'utérus à la vulve et le faire saillir au dehors; et qu'un poids de 5 kil., maintenu pendant vingt-quatre heures, était à peine suffisant pour lui faire quitter sa position normale.

Étudiant alors les phénomènes qui s'étaient produits pendant la descente, du côté des organes voisins, ils avaient remarqué :

1<sup>o</sup> Que la paroi antérieure du vagin était constamment effacée et que le cul-de-sac antérieur n'existant plus;

2<sup>o</sup> Qu'il existait ordinairement une cystocèle plus ou moins complète;

3<sup>o</sup> Que les modifications du côté du rectum étaient à peine dignes d'être mentionnées.

Du côté du cul-de-sac, et c'est là un point fort intéressant à connaître au point de vue chirurgical, le cul-de-sac vésico-vaginal était déprimé de 4 à 5 centimètres et le recto-vaginal de 6 centimètres.

Quant aux ligaments, ils étaient disposés comme il suit :

En arrière, les ligaments utéro-sacrés étaient très tiraillés avec les nerfs du plexus hypogastrique; au milieu se trouvaient les 3 ailerons, qui étaient le siège d'une grande élévation.

En avant, le ligament rond avait subi un degré de tiraillement inappréhensible.

En 1856, M. le professeur Richet avait entrepris les mêmes recherches et il nous dit (Richet, *Traité pratique, etc.*, 5<sup>e</sup> édit., Lauwereyns, p. 996) avoir observé les mêmes phénomènes, mais à un degré beaucoup moindre, parce que les conditions d'expériences étaient loin d'être semblables et que tandis que Bastien et Legendre avaient pratiqué l'abaissement lent et progressif, M. Richet au contraire, voulant se mettre dans les conditions de la pratique chirurgicale, avait déterminé un abaissement brusque et instantané.

Il est donc inutile d'insister sur ces expériences, fait remarquer M. Richet, qui ne peuvent servir en rien à éclairer la pratique chirurgicale.

Le savant chirurgien de l'Hôpital-Dieu motive ainsi le jugement porté sur les expériences de Bastien et Legendre (Richet loc. cit., p. 297).

« En effet, ils avancent que par suite de l'allongement du tissu utérin d'une part, et son dépouillement du péritoine de l'autre, on peut retrancher de l'utérus une longueur de 4 centimètres sans intéresser le péritoine : or si c'est vrai, dans ce cas, quand on l'abaisse instantanément ou chirurgicalement, le tissu ne s'allonge pas sensiblement et comme sa longueur est de 6 centimètres, si on en prenait quatre, il en resterait deux et on toucherait le péritoine. »

Il résulte de ce défaut d'élongation qu'il se produit une rupture du tissu cellulaire sous-péritonéal ; et c'est là un fait dont M. le professeur Richet s'est directement assuré.

Voilà évidemment une des données du problème, mais elle n'est pas la seule, comme nous allons essayer de le démontrer.

En tous cas, cette opération fut, dès lors, l'objet d'une ré-

probation à peu près générale au sein de la Société de chirurgie.

Mais cependant, M. Richet est loin de la proscrire ; ce qu'il veut éviter, c'est l'abus, c'est-à-dire les tractions suffisamment fortes pour amener le col hors de la vulve, et l'illustre chirurgien trouve à l'abaissement des avantages incontestables, lorsqu'on la pratique avec une certaine modération.

Du reste, Malgaigne (loc. cit., p. 725) déclare qu'on peut y arriver en tirant doucement, lentement en mettant à cette traction le temps nécessaire dix, vingt et même trente minutes s'il le faut.

C'est là, du reste, pour Malgaigne le temps le plus douloureux et le plus difficile.

Gaillard Thomas, de son côté (Diseases of women, 4<sup>e</sup> édit., p. 634), conseille également de ne pas exercer de trop fortes tractions, mais il est un point sur lequel les auteurs n'ont pas à notre avis, suffisamment appelé l'attention, c'est que les ligaments qui retiennent l'utérus dans une position fixe ont un degré de résistance variable, et que ici où de faibles tractions vont suffire, là au contraire, les plus fortes tractions seront impuissantes à rien produire.

Sédillot et Legouest (Med. op., page 582) conseillent les tractions, seulement dans le cas où l'organe est mobile. Cette restriction nous amène à parler d'un point, selon nous très important.

Il arrive un moment, en effet, où le cancer immobilise l'utérus, en gagnant le cul-de-sac : dans ces conditions les tractions sont fort dangereuses.

Scanzoni (Traité pratique des maladies des organes sexuels, traduction de Dor et Socin, 1858, page 254) a particulièrement insisté sur ce point.

La traction, selon lui, peut produire les plus graves désordres, et il cite un cas qu'il opérait avec le concours de Morawek et où les tractions amenèrent une rupture transversale du péritoine, longue de 1 centimètre, dans la partie inférieure du repli de Douglas. » Du reste, dans ces conditions, il faut bien le dire, il y a une contre-indication formelle à l'opération. D'autre part, le col envahi par la production cancéreuse peut céder sous l'action de la pince qu'on y a implanté, et nous rappellerons comme exemple de ce fait, le cas de M. le professeur Verneuil cité par Legendre (Thèse agrég., 1860, p. 12).

L'érigue céda et l'utérus remonta.

Nous résumerons ainsi ce qui précède sur l'abaissement du col:  
Utérus mobile : exercez des tractions légères comme le recommande M. le professeur Richet et Malgaigne.

Utérus immobile : abstenez-vous d'abaisser le col.

Nous avons laissé pressentir plus haut que nous ne pensions pas que la déchirure du tissu cellulaire sous-péritonéal, fût la seule cause des accidents observés après l'abaissement du col.

Au début de ce chapitre, nous avons dit que nous prétendions assimiler la plaie du col à une plaie cavitaire, et que nous nous trouvions, en conséquence, en face de la complication habituelle des plaies cavitaires, la septicémie.

Or, le poison septique, la sepsine de M. le professeur Verneuil, commence à exercer son action sur les éléments anatomiques voisins de la plaie : elle y produit des lymphangites, dont les conséquences, dans l'espèce, sont bien connues, depuis les travaux de A. Guérin, Lucas Championnière, etc., des adénites et des adéno-phlegmons, et à côté des péritonites par lésion directe, nous aurons des péritonites par continuité de tissu, ou à distance par transport de matériaux septiques.

Qu'on ne vienne pas nous objecter, que ces préoccupations

sont chimériques, car nous rappellerons le cas cité plus haut de M. Le Dentu, où ce chirurgien observa des symptômes de septicémie aiguë, et nous pourrions en rapprocher un cas constaté par Mosike (Zeits. f. geburts und gynæk., III, B., 2, H. Hayem, t. XIII, p. 572).

Nous pensons que les accidents septicémiques ont jusqu'ici été trop mis de côté, et mis à tort sur le compte de l'abaissement du col.

L'abaissement du col, entre pour une part, le fait a été trop mis en évidence par M. Richet, pour que nous voulions un instant émettre un doute à cet égard, mais nous voulons que la septicémie en ait sa part. Que faire dès lors pour parer à de semblables accidents.

La compresse vulvaire que M. Lucas Championnière (Chirurgie antiseptique, 2<sup>e</sup> édit. J.-B. Baillière) conseille en pareil cas, nous semble insuffisante, dans l'espèce, et nous voudrions lui voir substituer le tube à drainage que M. le professeur Verneuil vient d'appliquer avec tant de succès aux plaies du rectum il y a quelques jours à peine, dans le cas si remarquable de corps étranger du rectum, où il dut pratiquer une laparotomie et une rectotomie linéaire.

Nous devons dire toutefois que ce procédé antiseptique appliqué aux plaies cavitaires, a été proposé par With Alexander Freund, de Breslau, dans la quatrième séance de la section gynécologique de l'Association des naturalistes de Baden-Baden (Canst. f. gynæk., n° 21, 1879).

Cet auteur effrayé de la mortalité consécutive à ses tentatives d'extirpation totale de l'utérus, propose l'établissement d'un tube à drainage vaginal qui faciliterait les injections vaginales répétées, et mettrait plus facilement à l'abri des accidents septicémiques consécutifs.

Deux points nous restent encore à examiner avant de conclure sur l'excision du col au bistouri.

Robert, dans la discussion de la Société de chirurgie en 1858, déclara qu'il avait ouvert le cul-de-sac, une fois, malgré toutes les précautions, et voulut en faire un grief contre la méthode; il alla même jusqu'à s'étonner de ce que Huguier, dans la même séance avait protesté contre la gravité de l'opération et déclaré qu'il ne lui était arrivé aucun accident. Or nous pensons avec ce dernier chirurgien, que c'est là un accident exceptionnel et qu'on ne saurait en aucune façon accuser le procédé, qui y expose même bien moins que les autres.

Robert Barnes (loc. citato, page 715) recommande pour éviter cet accident, d'isoler le col du vagin et de placer à cet effet, la malade sur le côté, ce qui évite l'emploi du spéculum ou du rétracteur.

Enfin nous avons à parler d'un point dont nous n'avons encore rien dit, à savoir, le mode d'incision du col.

On a pratiqué tour à tour l'incision circulaire et conique, surtout cette dernière qui a pour but de remonter sensiblement au-dessus des limites supérieures de la tumeur, et comme nous l'avons dit plus haut, les chirurgiens tendaient à donner à leurs incisions, une direction oblique pour obtenir autant que possible l'évidement du col.

Mais la crainte des hémorragies devait faire chercher plus loin.

Nous avons déjà dit que Péan redoutait les hémorragies dans l'excision en forme de cône à sommet supérieur.

Max Marchwald (Arch. f. gynæk., t. VIII, fasc. I, 1875 et Hayem, t. VII, page 175) préconise l'excision à lambeau conique de la portion vaginale du col, et conclut que cette

opération est exempte de dangers : 1<sup>o</sup> parce qu'elle n'intéresse aucun organe voisin et qu'elle est susceptible de se réunir facilement par première intention ; 2<sup>o</sup> parce qu'elle ne peut donner lieu à une hémorragie consécutive. Et il ajoute aussi que ce procédé maintient la persistance d'un orifice externe large et sans tendance au rétrécissement.

Spiegelberg avait, du reste, recommandé deux ans auparavant d'opérer la section par la méthode de Sims, pour que la plaie ne reste pas à découvert. Kehrer (Arch. f. gynäkologie Band X, Heft, 3, et Hayem, t. X, p. 179) blâme l'opération circulaire, qui peut être dangereuse, et il accuse l'amputation conique de produire parfois l'infection purulente.

Aussi fait-il usage d'un procédé spécial qui consiste à exciser successivement dans chaque lèvre du col une portion de tissu de forme pyramidale à base supérieure, et à angle correspondant à la muqueuse, au point où elle prend ses insertions à l'utérus.

Ce procédé qui permet l'affrontement exact des deux lambeaux, favorise la réunion immédiate et enlève toute chance d'hémorragie prochaine, et de rétrécissement futur du col utérin.

Reichardt, dans sa thèse citée plus haut, ne semble pas redouter l'hémorragie, mais il admet alors une condition préalable que nous ne pouvons considérer, dans l'espèce, comme générale : l'abaissement du col.

West (loc. cit., page 254) trouve exagérés les dangers de l'hémorragie : il croit qu'ils sont dus à l'imperfection du tamponnement. Nous pensons à la vérité que l'hémorragie est un accident dont on a exagéré la fréquence, mais, comme nous le dirons plus bas, c'est bien plutôt à la méthode antiséptique qu'au tamponnement qu'il faut s'adresser pour l'éviter.

Reichardt pose, en effet les deux formules suivantes :  
Abaissement possible. Hémorragie peu à craindre. Extirpation sanglante.

Abaissement impossible. Hémorragie possible. Emploi de procédés spéciaux d'exérèse.

On le voit, il subordonne, comme les auteurs du commencement du siècle, le bistouri à l'abaissement, et nous ne pouvons admettre la solution d'un problème posé dans ces termes.

Le procédé de Kœberlé dont nous avons déjà parlé plus haut, et dont l'auteur de la thèse précédente s'efforce à montrer la supériorité, est possible à notre sens des mêmes reproches.

Il consiste, nous le savons, dans l'emploi combiné du bistouri, du cautère et de la sonde utérine, et offre, d'après Reichardt, l'avantage de donner au chirurgien une grande sécurité contre les hémorragies, et de permettre de pousser très loin l'ablation des tissus malades, qui, dans les autres procédés se trouvaient toujours isolés.

Disons tout de suite, que les indications que nous avons données de l'extirpation du col, ne nous font pas apprécier autant que l'auteur, l'avantage de pousser si loin l'ablation des tissus malades, et nous avançons que, dans ce cas, nous abandonnerions volontiers la cure radicale pour nous rejeter sur l'intervention palliative.

Mais il y a plus, ce procédé exige l'abaissement : il nous paraît donc inapplicable en tant que procédé général.

Nous résumerons comme il suit notre opinion sur l'ablation sanglante du col :

L'incision du col au bistouri n'est pas une opération à proscrire.

Les désastres qu'elle a souvent entraînés, sont dus à deux

causes : Traction inconsidérée sur le col ; oubli ou application insuffisante des procédés antiseptiques.

Elle devra donc se pratiquer avec de très légères tractions sur le col si l'organe est mobile, et être suivie de l'application intra-vaginale d'un tube à drainage.

Le procédé précédent, exécuté suivant les règles que nous avons énoncées, semblerait résumer toutes les conditions que l'on peut désirer dans l'amputation du col, s'il mettait plus à l'abri des hémorragies primitives.

Nous avons dit plus haut, à la vérité, que ces hémorragies étaient en somme rares, mais elles peuvent se présenter néanmoins, et dans l'espèce elles présentent une sérieuse gravité.

Aussi les procédés hémostatiques employés avec les précautions que nous avons signalées plus haut, semblent devoir être choisis tout d'abord.

Les chirurgiens, comme nous l'avons déjà dit, avaient autrefois préféré cette méthode, parce qu'ils la supposaient susceptible d'éviter l'abaissement ; mais ce n'est pas assurément là qu'est la difficulté ; Robert avait déjà nié (Soc. de chir., 1858) ce point de supériorité, en affirmant qu'avec l'écraseur, on pouvait être obligé de pratiquer des tractions sur le col ; et nous croyons avoir suffisamment tranché cette question pour n'avoir plus à y revenir.

Le procédé de l'écrasement est hémostatique, c'est là sa seule supériorité, mais avec son pouvoir spécial, remplit-il les avantages du précédent ?

Le lecteur se souvient des moyens inventés tour à tour, pour éviter la section oblique du col qui, on le comprend, a une importance capitale.

C'est là un premier inconvénient : nous n'y insisterons pas

davantage, mais nous ferons seulement remarquer, ce qu'une semblable opération demande de prudence et d'habileté.

En deuxième lieu, on a beaucoup discuté sur les chances de comprendre dans la chaîne, une partie de la vessie, accident qui doit amener, on le comprend aisément, sinon la mort, du moins l'établissement d'une fistule vésico-vaginale profonde et partant, difficile à guérir.

Nous avons puisé à l'étranger plusieurs cas d'accident survenus à la suite de l'écrasement de la tumeur.

Dans le (Scanzonis beitrage, vol. III, Vurtzbourg, 1858, page 80) nous trouvons relaté un cas de blessure de la vessie, et de hernie de l'intestin, par le D<sup>r</sup> Breslaw, suivi de guérison.

Dans le (Monatsschr. f. geburtsk mars, 1858, page 169) et rapporté dans West, (loc. cit., page 466).

Deux cas exposés au Meeting de la Soc. obstétricale de Berlin, l'un du D<sup>r</sup> Mayer, relative à la lésion du péritoine, chez un malade de Langenbeck, l'autre du D<sup>r</sup> Busel (blessure mortelle de la vessie et du péritoine).

Demarquay, (Bull. gén. de thérapeutique, tome LXXXII, p. 117) conseille à la vérité, l'isolement préalable de la vessie et de l'utérus, avant l'application de la chaîne, et il propose à cet effet l'opération suivante, que nous demandons au lecteur la permission de relater ici :

« La malade est couchée sur le côté, le spéculum américain est appliqué, et une pince érigne attire le col ; une sonde de femme est introduite dans la vessie, qui permet de s'assurer jusqu'où descend cet organe, car il se trouve certaines femmes, chez lesquelles le bas-fond vesical arrive sur l'extrémité du col utérin.

Une incision demi-circulaire, pratiquée sur la muqueuse vaginale, permet de l'isoler tout doucement de la face anté-

rieure du col, la sonde guide la dissection aussi loin qu'il est nécessaire. »

L'auteur cite à cette occasion, le cas d'une femme de 31 ans, qu'il a opérée à la Maison Dubois, et qui, trois ans après, n'avait pas de récidive.

Mais on voit facilement, ce qu'à côté des dangers d'un abaissement complet, cette opération présente de gravité en elle-même, et nous ne sachons pas qu'aucun chirurgien ait suivi cet exemple.

Dans le (Monatss, f. geburts, vol. XIII, pages 418-431), Simon de Darmstadt, propose d'abaisser le col et d'y enfoncer une ou plusieurs aiguilles pour placer dessus l'écraseur.

Il rejette l'écrasement lorsque l'abaissement n'est pas possible.

Ce moyen ne nous semble pas à la vérité très utilisable, puisqu'il suppose l'abaissement préalable que nous avons rejeté en principe.

Enfin nous parlerons d'un incident, qui avait singulièrement ému Robert dans ses opérations.

Cet auteur avait pensé que la chaîne, au lieu de couper suivant un plan, déterminait une section sphérique, aux dépens de la partie sectionnée.

Robert, quoique donnant la préférence à l'écraseur, avait beaucoup insisté sur ce point dans la séance de la Société de chirurgie, à laquelle nous avons déjà fait allusion tant de fois.

Chassaignac prétendit que c'était là le résultat d'une fausse observation et Huguier affirma qu'il ne l'avait jamais observé lui-même.

Demarquay déclare l'avoir observé quatre fois.

La question en était là, quand M. le professeur Verneuil présenta, l'année suivante, une pièce dans laquelle il avait pu

constater que le cône creux était double et qu'il existait à la fois sur la partie amputée et sur la partie du col adhérente à l'utérus. Le savant professeur chercha à en donner l'explication d'après le mode d'action de l'instrument.

Ainsi fut résolue cette question qui avait amené de la part des chirurgiens une certaine prévention contre l'écraseur.

Résumant ce que nous venons de dire sur l'écraseur, nous pensons avec M. Verneuil (Raymond, Thèse doct., 1870) que l'écrasement est le meilleur procédé, puisqu'aux avantages du précédent, il apporte une grande sûreté d'hémostase, permet d'éviter la possibilité d'un tamponnement toujours grave et diminue l'étendue de la plaie.

Mais nous pensons aussi avec Spiegelberg que ce procédé demande beaucoup de prudence et d'habileté, et que ce n'est que dans ces conditions qu'il peut constituer véritablement le procédé de choix.

Si l'on compare maintenant ces conclusions à celles que nous avons précédemment portées sur les mêmes procédés considérés en général, on voit qu'elles ont singulièrement changé, et que même en laissant de côté les dangers exagérés de l'abaissement du col, l'extirpation sanglante doit dans l'espèce céder le pas aux procédés de l'exérèse mécanique à cause des nouveaux avantages que ces derniers présentent sur elle.

Quant au procédé de la ligature, nous avouerons que nous n'avons guère trouvé dans la science de fait pour appuyer notre opinion ; car cette méthode a été fort peu employée. Récamier cite un cas où la mort survint deux mois après par dysenterie (loc. cit., p. 338) et nous rappelons ici le cas de Courty précédemment cité.

Relatons encore dans la statistique de Watson (précédem-

ment citée) sept cas de ligature où il n'y eut qu'une mort par métrite : tous les autres furent suivis de récidive, et une seule fut sauvée par une nouvelle opération.

Dans un cas de Atthill (Dublin, Journ., 1874, p. 67), il y eut hémorragie abondante, mais le malade guérit.

Le docteur Routh (Med. Times, v. 1, 1875, 3 avril, p. 377), emploie le fil de fer de préférence au galvano-cautère puis cautérise au brome ou au fer rouge; mais il ne fournit pas de statistique à l'appui.

Elle présente au premier abord deux avantages sur l'écraseur : facilité d'application due à la malléabilité de l'appareil, pouvoir hémostatique supérieur au précédent (Richet).

Nous avons déjà insisté sur ce point, mais d'autre part, nous avons signalé les inconvénients en général :

- 1° Douleur vive ;
- 2° Modification de la tumeur ;
- 3° Réaction violente,

et nous pensons que dans l'espèce, cette modification dans un espace mal disposé pour l'écoulement des liquides, expose trop aux chances de la septicémie, pour que ses avantages puissent être pris en sérieuse considération.

A notre avis ce procédé est à rejeter en principe et dans l'immense majorité des cas, sauf dans certaines conditions exceptionnelles comme l'observation de Courty et avec toutes les précautions prises par le savant chirurgien.

*Galvano-caustique chimique (anse galvanique).* — Comme nous l'avons déjà dit l'anse galvanique a été surtout employée à cause de son pouvoir hémostatique remarquable.

Amussat fit, on le sait, paraître un traité spécial sur ce sujet, dans lequel il fait ressortir tous les avantages de ce nouveau procédé et nous nous bornerons à rappeler deux observa-

tions qu'il publia dans le Bulletin général de thérapeutique t. LXXXV, p. 38, dans lesquelles le résultat opératoire fut très satisfaisant et le résultat thérapeutique complet, puisqu'au bout de deux ans chez la première, et trois ans chez la seconde, aucune récidive n'était survenue.

Grunewald (Arch. sur Gynœkologie XI, 13 B. 3 H. 1877 et Hayem, t. III, p. 573), se déclare très partisan de la méthode.

Dans une statistique portant sur cent opérations il n'aurait observé que cinq morts par septicémie, et une seule par hémorragie secondaire qui, certainement, quoique l'auteur n'en parle pas, doit être d'origine septicémique. Il prétend que le rétrécissement du col a été fréquemment observé.

Pour cet auteur, les insuccès opératoires tiendraient surtout aux défauts de l'opération, et il considère l'anse galvanique comme susceptible de réaliser les meilleures conditions sous les trois réserves d'appliquer le lacet au-dessus du point d'insertion de la tumeur, de ne pas abaisser l'utérus et de faire traverser lentement le courant pour avoir une hémostase sûre.

Les avantages du procédé pour l'auteur sont surtout la forme en cratère de la plaie d'excision, la rapidité de l'opération et la rareté des accidents consécutifs.

Disons cependant que dans un cas de Heineke (Schmits Iahr., 1866, vol. 130, p. 298), l'opération faite à l'anse galvanique fut suivie d'une hémorragie très abondante, et le trismus qui amena la mort fut attribué par l'auteur à l'abus des irrigations froides qu'on pratiqua dans la cavité vaginale.

La rapidité et la simplicité de l'opération sont les raisons qui l'ont fait également préférer à l'écraseur par Spiegelberg.

Ajoutons enfin que Byrne (loc. cit., p. 57), Gaillard Thomas (loc. cit., p. 510), Leblond (Mém. sur l'amput. du col,

Ann. de gynécologie, t. VIII, p. 316) et Leroy Tarrère (th. Paris 1874, Hayem, t. VI, p. 528) se rangent tous à ce procédé en proclamant sa supériorité au point de vue de sa simplicité et de ses résultats définitifs, et ne s'adressent aux autres procédés que dans des cas exceptionnels, lorsque ce procédé est inapplicable.

Labbé (Ann. de gynécologie, 1874, p. 418), partisan de l'anse, cite 2 observations dans lesquelles ce moyen amena une guérison rapide en un mois.

Nous connaissons déjà les idées de M. le professeur Trélat émises dans la thèse de Moned précédemment citée. Nous dirons toutefois que l'éminent chirurgien a récemment confirmé ses idées à la Société de chirurgie (séance du 24 mars 1880), à propos du rapport de M. Guéniot sur un travail de M. Eustache de Lille, et appuyé les conclusions du rapporteur, favorables à l'emploi de l'anse galvanique.

M. Sée déclara à cette occasion que ce procédé d'exérèse était susceptible d'amener une coarctation consécutive du col fait, qui du reste fut énergiquement contesté par M. Després.

Simpson Alexandre (Brit. med. Journ., 19 novembre 1872, p. 436) déclare que l'anse, employée au cas où la tumeur est pédiculée et le col sain, donne d'excellents résultats.

Nous résumerons notre opinion sur l'anse galvanique en disant qu'à part la complication de l'instrumentation, ce procédé présente surtout sur l'écraseur d'abord la rapidité de l'opération, qui permet de laisser la malade éveillée, et ne pas la soumettre à l'action du chloroforme, et d'après Gruenwaldt la rareté des hémorragies primitives et des accidents consécutifs.

Si nous ajoutons à cela les avantages précédemment énumérés, nous dirons qu'en somme si l'écraseur doit passer

avant le bistouri et à plus forte raison la ligature, l'anse galvanique, à part la question d'instrumentation, constitue dans l'espèce le vrai et unique procédé de choix.

#### PROCÉDÉS DE CAUTÉRISATION

Nous avons dit plus haut que nous considérons la cautérisation comme une méthode d'exception et nous avons fait ressortir son efficacité douteuse et l'éventualité des récidives, conditions qui devaient engager le chirurgien à la réserver pour des cas absolument exceptionnels. Alf. Meadows (Am. journ., v. LIX, 1870, p. 175 et the practitioner, november 1867), la considère même absolument inefficace contre le cancer de l'utérus, et Hicks (Dubl. Journ. 1867, v. 44) y accorde peu de confiance.

Mais des cas particuliers peuvent se présenter ; nous pouvons nous trouver en présence d'une production maligne très superficielle, sessile, et surtout chez un individu pusillanime ou débilité, à qui la moindre perte de sang peut être fatale.

Quel procédé employer ?

Les divers procédés de cautérisation actuelle présentent l'avantage de produire une action profonde qu'on peut en quelque sorte diriger au delà des limites de la tumeur. Nous devons dire toutefois que l'usage du cautère actuel et en particulier du thermo cautère dans l'espèce a donné lieu récemment à une discussion au sein de la Société de chirurgie, à l'occasion du rapport de M. Guénot, précédemment cité.

M. le professeur Trelat déclara que le thermo-cautère était défectueux par la fumée qu'il produisait et qui obscurcissait le champ opératoire. M. Després se rangea à cet avis.

Nous ne pouvons pas, à la vérité, nous prononcer sur ce point spécial de pratique; nous nous contenterons de mentionner que MM. Lucas-Championnière et Le Dentu affirment s'en être servi avec avantage et nous rappellerons que M. Lefort, comme nous l'avons dit plus haut, préconise l'emploi de ce moyen.

Les caustiques fluidifiants sont à rejeter par leur action nulle sur les vaisseaux; les causes prédisposant à la septicémie sont déjà suffisamment nombreuses — inutile d'y ajouter celle qui dépend de l'état du sang dans les vaisseaux.

Le caustique Rousselot est dangereux par les phénomènes d'intoxication et de réaction violente qu'il peut produire.

Les caustiques coagulants en nappe préviennent mieux que les précédents les hémorragies secondaires, mais leur application est difficile et leur action en général trop superficielle.

Seul le sulfate de zinc préconisé par Simpson semblerait, d'après cet auteur, remplir les conditions que nous cherchons: mais nous l'avons déjà dit, nous ne connaissons pas les limites de son action.

Nous ne parlerons pas de la valeur des divers procédés de cautérisation interstitielle que nous avons signalés plus haut; peu employés, quelquefois même seulement par ceux-là même qui les préconisaient, nous les avons mentionnés uniquement pour mémoire, car nous croyons peu à leur efficacité, et pour quelques-uns d'entre eux à la bénignité de leur emploi.

Nous ne saurions donc les conseiller, mais nous insisterons particulièrement sur le procédé de cautérisation intra-parenchymateuse préconisé par Polaillon et Lejeune, par la pâte au chlorure de zinc.

Quoique nous n'ayons pas de statistique à fournir sur ce sujet, nous admettons avec Polaillon que dans les conditions

où l'on doit se trouver pour faire usage de la cautérisation, elle peut mieux que toute autre satisfaire aux indications à remplir : à savoir la destruction complète de la tumeur, l'hémostase parfaite, la bénignité absolue.

En résumé, nous pensons que si l'on veut avoir recours à la cautérisation, dans un but curatif bien entendu, il faut, pour les raisons précédentes, avoir recours ou à la cautérisation actuelle, soit avec le cautère Paquelin recommandé par Lefort soit avec les cautères spéciaux de Péan, ou bien à la cautérisation interstitielle à la pâte de Canquoin, préconisée par Polaillon.

Nous aurions à discuter, pour être complet, les cas où l'on a fait usage de la cautérisation combinée à l'extirpation préalable et examiner la valeur des divers caustiques employés.

Mais nous dirons que, dans ces conditions, tous fournissent de bons résultats définitifs ou thérapeutiques, car nous ne pouvons parler ici des résultats immédiats ou prochains qui sont subordonnés à la valeur propre du caustique.

Simpson (loc. cit., p. 436) s'est bien trouvé de l'emploi d'une solution de perchlorure de fer dans la glycérine ou du sulfate de fer. Dans un cas, Fabri de Bologne (cité par Simpson) aurait procuré à sa malade une survie de près de trois ans par l'emploi d'une solution saturée de chlorate de potasse.

#### MOYENS PALLIATIFS

En divisant en plusieurs groupes, pour en simplifier l'étude, les divers moyens de l'intervention palliative, nous avons en quelque sorte et d'une manière tacite apprécié leur valeur.

Néanmoins, nous devons y revenir et examiner en particulier les procédés afférents à chaque groupe.

Nous avons déjà fait ressortir l'importance de l'intervention palliative qui tend de plus en plus à se substituer dans la grande majorité des cas à l'intervention curative.

Déjà Aran, en 1858, dans ses leçons cliniques, s'élevait « contre l'inaction systématique ». — « Rien de plus terrible, disait-il, de plus démoralisant et de plus contraire aux progrès de la médecine », et il ajoutait que quand bien même le palliatif employé n'avait, pour le chirurgien, qu'une efficacité douteuse, il n'en fallait pas moins en continuer l'usage pour relever le moral ébranlé de la malade et la tromper même au besoin.

C'est en nous souvenant dès conseils d'Aran, et de tous ceux, du reste, qui l'ont suivi, que nous pourrons, par la suite, recommander l'emploi de certains moyens, dont nous ne pourrions considérer, comme absolue, l'efficacité palliative.

*Douleurs.* — L'opium, sous toutes les formes, a fourni de trop bons résultats pour que nous n'en recommandions l'usage avec les réserves que nous avons indiquées plus haut.

Il pourra être employé seul ou combiné avec l'usage de l'iodoforme, des injections calmantes ou de l'hydrate de chloral de Martineau, tous moyens qui ont fourni de bons résultats et méritent d'être employés.

Seul l'acide carbonique nous semble devoir être absolument abandonné.

Son application est difficile et ce fait seul suffirait pour nous mettre en garde contre son emploi, mais de plus son efficacité est douteuse et si, dans quelques cas, il a pu donner quelques soulagements, il en est d'autres où il n'a produit aucun résultat.

Enfin nous dirons que son emploi peut être dangereux, et nous rappellerons le cas malheureux de Scanzoni, précédemment cité.

*Hémorragie.* — Nous avons déjà dit que le meilleur moyen de combattre l'hémorragie était de s'adresser à la cause c'est-à-dire à la tumeur elle-même et nous aurons, tout à l'heure, à discuter la valeur des moyens employés dans ce but.

En tout état de chose et quand la tumeur ne se présente pas dans les conditions favorables à l'intervention, lorsqu'en un mot elle n'est pas volumineuse et ne fait qu'une faible saillie dans le vagin, on pourra faire usage de tous les hémostatiques généraux et s'adresser même à quelques hémostatiques spéciaux, tels que le chlorure de zinc préconisé par Le Dentu et Demarquay, l'acide nitrique, le persulfate de fer et l'acide chromique préconisé par Barnes ; enfin, dans certains cas, on pourra se servir du froid, qui peut fournir, d'après Broca, de bons résultats.

Le moyen de Bell (saignée des veines situées autour de la tumeur) nous semble absolument inapplicable et nous l'avons seulement cité pour mémoire.

Que faut-il penser du tamponnement ?

Nous dirons que si, dans certains cas, ce moyen devient absolument nécessaire, il faudra le plus possible en restreindre l'emploi, vu les accidents que sa présence peut occasionner et dont nous avons déjà parlé dans une autre partie de cet ouvrage.

*Fétidité.* — C'est là peut-être un des accidents les plus terribles à combattre dans l'espèce, et nous avons dit qu'on pouvait le combattre soit directement, soit indirectement en agissant sur la tumeur.

Mais, nous le répétons ici, l'emploi des moyens directs sont

de beaucoup inférieurs à ceux qu'on dirige sur la cause, et que nous aurons à apprécier dans un instant.

Quoi qu'il en soit, ces moyens quoique défectueux peuvent rendre des services comme adjutants du traitement et pour cette raison, l'on ne doit pas les passer sous silence.

Le coaltar saponiné, le chlorure de chaux, l'acide salicylique et d'autres substances déjà citées, sont utilisables dans l'espèce, mais nous devons en première ligne, placer l'acide phénique qui joint à l'emploi du tube à drainage, est le plus propre à combattre les accidents de la résorption des matériaux septiques.

#### TRAITEMENT PALLIATIF DE LA TUMEUR

Nous arrivons à la partie la plus importante du traitement palliatif, car l'on ne peut compter sur l'heureuse chance de Babl. Rickhard (caustatis Jahresbericht, 1871, vol. II, p. 560), qui assista au rejet spontané de deux carcinomes utérins par flux purulent.

La malade mourut du reste d'embolie septique et la nécrospsie montra qu'il restait encore des vestiges de la tumeur.

Nous devons donc intervenir, mais là il est nécessaire de distinguer deux cas : 1<sup>o</sup> le cancer est songeux, il fait une saillie plus ou moins considérable dans la cavité vaginale, s'il est né sur le col, ou dans la cavité utérine, si l'on a affaire à un cancer du corps.

Dans ces conditions les auteurs sont unanimes à reconnaître qu'il faut pratiquer l'excision, si c'est un cancer du col ou l'abrasion après dilatation préalable du col, si c'est un cancer du corps.

Pour justifier le première pratique, nous avons et les succès

de Chassaignac avec l'écraseur et ceux de tous les chirurgiens qui ont suivi cette pratique, succès que nous avons relatés dans notre chapitre précédent.

Nous rappellerons à ce propos le cas si remarquable de M. Le Dentu dans lequel il y avait deux indications à remplir, enlever la tumeur et combattre la septicémie.

Pour justifier le deuxième mode d'intervention, nous citerons les observations de Courty et celles tirées de la pratique de G. Simon de Heidelberg (Schmits Jahr. 1872 vol. 156 p. 335) de Varges, Martin et Landau (Canstadt's Jahresbericht, 1874, vol. II, p. 766). Cet auteur y cite quatre cas : dans le premier la guérison fut radicale : dans les trois autres, il y eut récidive ; mais les accidents avaient été pour un temps atténués.

Nous rappellerons enfin les vingt et un cas cités dans le Schmits Jahr. 1878 v. 178 p. 267 et dans lesquels les accidents furent conjurés pendant un temps relativement considérable.

2<sup>o</sup> Il y a cancer sans fongosités ou avec fongosités inopérables.

Dans ces conditions la cautérisation potentielle ou actuelle et même les deux combinées rendent les plus signalés services.

Malgré Aran qui considère la cautérisation comme un moyen dangereux propre à précipiter la marche de l'affection sauf pour les fongus et l'épithélioma malgré quelques auteurs que nous avons cités plus haut la plupart des chirurgiens s'y adressent et l'emploient avec de grands succès. Une dame (raconte Broca loc. cit. p. 488) qui vint le consulter mourante vécut dix mois encore par le traitement des cautérisations répétées.

Malgaigne la considère comme une ressource précieuse,

contre la fétidité et les douleurs ; Malgaigne (loc. cit., p. 736) cite les résultats remarquables qu'il a obtenus par l'emploi de ce procédé, et l'adopte sans restriction pour la forme ulcéreuse.

Barnes (loc. cit., p. 710) déclare que les cautérisations procurent aux malades une survie quelquefois considérable. Becquerel (loc. cit., page 199) déclare, avec Scanzoni, qu'à défaut d'effets curatifs la cautérisation peut devenir un agent auxiliaire utile.

Mais dans ces conditions, à quels caustiques s'adresser ?

Nous ne saurions trop conseiller ou le fer rouge, ou l'acide chromique, qui a fourni entre les mains de M. Verneuil d'excellents résultats, avec les précautions qu'il met en usage à cet effet, et dont nous avons parlé plus haut.

Le brome, le chlorure de zinc, la teinture d'iode, le perchlorure de fer concentré, pourront être, dans certains cas, utilisés et rendre quelques services.

Le tannin, le nitrate d'argent, les sels de plomb, le carbonate de fer, n'ont, à la vérité, qu'une action trop limitée pour rendre dans l'espèce de sérieux services.

Que devons-nous maintenant penser des tentatives qui ont été faites contre les phénomènes d'obstruction intestinale quelquefois signalés dans le cours du cancer utérin ?

Et d'abord la question de l'anus contre nature a été, dans l'espèce, bien rarement posée.

Mais, dans les cas exceptionnels où elle pourrait s'imposer à l'esprit du chirurgien, nous dirons qu'en présence de la cachexie du malade, en raison de la difficulté d'un diagnostic certain, et de la gravité de l'opération, dans l'espèce elle devra presque toujours être rejetée, et nous ne connaissons dans la

science que le cas de Packard où elle fut faite utilement.

Les deux cas de Ferré et de Blum, précédemment cités, parlent suffisamment contre cette opération.

Dans les cas de Ferré, l'autopsie prouva qu'il n'y avait aucune lésion qui pût la justifier.

Dans le cas de Blum, la mort suivit de près l'opération.

#### CANCER DU CORPS

Nous avons déjà, comme on le sait, repoussé l'intervention chirurgicale dans le cancer du corps de l'utérus.

Nous aurions pu nous en tenir à ce jugement, mais il nous a semblé, vu les nombreuses tentatives opératoires pratiquées en Allemagne, qu'il était utile de faire plus, et de juger actuellement les méthodes d'intervention, et par l'opinion que les auteurs ont portée sur elles, et surtout par les statistiques que nous avons pu recueillir dans les diverses Revues de l'étranger.

Nous verrons d'abord comment cette opération est entrée dans notre pays, l'accueil qu'on lui a fait; nous la suivrons ensuite en Allemagne, approuvée d'abord, puis rejetée par ceux-là même qui avaient montré pour elles le plus d'enthousiasme.

M. Rochard (loc. cit., p. 265) nous éclaircit sur le premier point.

Dupuytren et Lisfranc, qui pratiquaient si facilement l'ablation du col, avaient essayé d'appliquer l'opération aux cas où le cancer avait envahi la portion supra-vaginale du col et à cet effet employé l'excision conoïde.

Un dernier pas restait à franchir, et l'on arriva ainsi naturellement à l'extirpation de l'utérus dans sa totalité.

Déjà des tentatives de ce genre avaient été faites à l'étranger.

Monteggia, Osiander (1802), puis Paletta (1812), avaient extirpé des utérus, et le succès de Sauter de Constance (en 1822), devait évidemment pousser dans cette voie les chirurgiens français.

Sauter parlait, à la vérité, en ces termes de l'opération qu'il avait pratiquée avec succès, du reste.

« L'observation qu'on vient de lire démontre, comme on le voit, que l'extirpation totale de l'utérus, sans déplacement préalable, est une opération praticable, même au milieu des circonstances les plus défavorables ; que les lésions qui l'accompagnent n'ont pas le degré de gravité qu'on aurait redouté *a priori*, et que la guérison des parties intéressées peut avoir lieu sans infirmité incurable, toutefois en évitant soigneusement la vessie. C'est d'après cette opération sur le vivant, et plusieurs autres que j'ai pratiquées sur le cadavre, que je la crois susceptible de règles aussi sûres et aussi fixes qu'aucune autre. »

L'opération entra donc en France, accompagnée de l'enthousiasme étranger.

Mais les premières tentatives pratiquées et la connaissance des statistiques allemandes devaient bientôt la compromettre dans l'esprit de nos chirurgiens.

Sept opérations de ce genre furent pratiquées seulement en France.

Récamier perdit sa malade (Arch. méd., 1<sup>re</sup> série, t. XXI, p. 78).

Roux, eut deux insuccès (Arch. méd., 1<sup>re</sup> série, t. XXI, p. 230) ; l'opération échoua encore deux fois entre les mains

de Récamier et de son élève Dubled (Arch. méd., 1830, 1<sup>re</sup> série, p. 23 et 405).

Le découragement commença à régner.

Dupuytren, prêt d'opérer, y renonça.

Samson fonde, à la vérité, des espérances sur le perfectionnement du manuel opératoire. Mais la statistique est là, inflexible, et Marjolin s'en sert pour l'attaquer.

Onze tentatives ont été faites à l'étranger et il y eut onze morts.

Lebert considère comme blâmables des tentatives de ce genre, et les rejette absolument. West la regardait aussi comme une opération téméraire (loc. cit., p. 459) et à rejeter du cadre des opérations classiques. Après les échecs qui marquèrent les premières tentatives faites dans notre pays, il fallait l'opinion et l'avis de l'Académie, et la question fut portée devant cette Compagnie savante.

Là, le jugement porté fut sévère et le résultat définitif.

Trois rapports successifs ruinèrent la méthode : le premier de Capuron sur le mémoire de Dubled (séance du 13 janvier 1830); le deuxième de Larrey sur le mémoire de Delpech (8 novembre 1830); enfin, celui de Velpeau qui vint apporter à la tribune académique, le triste résultat de 21 morts pour 21 cas.

La méthode disparut de notre pays pour n'y plus rentrer, et l'on peut dire que Péan est peut-être le seul qui l'ait pratiquée depuis avec succès dans notre pays. Mais, comme le fait remarquer Gallard (lec. cliniques, p. 617), il est probable que ce chirurgien n'a pas dépassé les insertions vaginales, ce qui, pour lui, constitue la seule chance de succès.

Tous les chirurgiens actuels considèrent comme Courty, et à juste raison, selon nous, cette opération comme trop meur-

trière et trop incertaine dans ses résultats pour qu'on puisse jamais la conseiller, et l'on peut ajouter, avec West (loc. cit., p. 459), que les cas exceptionnels où on a réussi, devaient probablement réunir, comme dans celui de Langenbeck aîné, un rare concours de circonstances favorables et impossibles à prévoir.

A l'étranger, nous voyons la nouvelle opération recevoir un accueil des plus favorables.

Blundell (London, med. gaz., t. II, p. 294, 733 et 797, t. III, p. 797) la préconise beaucoup ; mais surtout en Allemagne, nous la voyons pratiquée par Freund de Breslau, Osterlah de Dresde, Kocks de Bonn, Alschlager de Dantzig, Credé, Toeplitz et tous ceux que nous avons précédemment cités.

Pour Massari, de Vienne (Centralb. fur gynœkologie, n° 11, 1879), l'extirpation par l'abdomen est une excellente méthode et cet auteur ne craint même pas, pour éviter un accident opératoire fréquemment observé, la section des urétères, de proposer le cathétérisme de ces canaux.

Alexander (Med. times and gazette, vol. 1, p. 37, 1879, et Hayen, t. XIII, p. 596) considèrent cette opération comme la seule rationnelle et seule capable de succès, car, pour eux, les extirpations partielles sont impuissantes.

Frankel (Berlin, Klin Wochens, 1878, n° 31) s'exprime avec un enthousiasme sans borne sur la valeur de la nouvelle méthode.

Citons enfin, à titre de simple renseignement historique, le cas de Hégar de Fribourg, qui pratiqua pour une anteflexion douloureuse, l'extirpation de l'utérus et des ovaires par la laparatomie. La malade fut guérie en sept semaines (Prager Vierteljahrsschrift, vol. 138, 1878, p. 53).

On voit combien grande était, alors, l'admiration pour la nouvelle méthode.

Cependant, cette admiration ne devait pas tarder à diminuer devant l'effroyable mortalité opératoire.

Un malade de Alschlager meurt d'anémie par ligature de l'urètre ; un autre de Spiegelberg meurt de perforation de l'os iliaque ; un deuxième, du même chirurgien, succombe également à la ligature de l'urètre ; les autres meurent de choc traumatique ou enlevés par des accidents inflammatoires d'une épouvantable intensité.

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, on chercha et à modifier le manuel opératoire et à restreindre les indications.

Massari propose le cathétérisme des urètères.

Léopold prend garde d'élever l'utérus pour éviter la déchirure des veines et l'hémorragie consécutive.

Bruntzell insiste sur les dangers de la stéatose aigue du cœur, et Brunvanger, assistant à l'Institut pathologique de Breslau (Centralblatt f. gynäkologie, 1879), sur ceux de l'excitation réflexe et de la perte de chaleur péritonéale.

Credé propose la résection du pubis, devant cette fréquence des lésions de la vessie et des artères.

Freund lui-même restreint son incision et, à la quatrième séance de la section gynécologique de l'Association des naturalistes de Baden-Baden (Centralblatt f. gynäk., n° 21, 1879), il propose le drainage du vagin.

Fritsch y parle des indications : il abandonne tout, si les culs-de-sac sont pris.

Schröeder limite encore davantage le champ des indications : il ne fait l'opération que pour les carcinomes du col s'avancant au-dessus de l'orifice interne ; pour les autres, il recommande l'expectation ou l'excision simple.

Credé (Centralblatt f. chir., 1878, n° 32) ne la veut plus que pour des dégénérescences peu avancées.

Freund la repousse pour les carcinomes du fond !

Qu'il nous soit permis encore de rapporter textuellement les réflexions suivantes de Spiegelberg qui suivent la relation d'un cas de sarcome papillaire du col, opéré par la méthode de Freund et qui fut à la vérité suivi d'un succès (Arch. fur gynæk, p. 437, t. 15, 1879-1880).

« L'excision haute du col donne autant de chances que l'extirpation totale de l'utérus, d'autant plus que dans les cancers limités du col le corps utérin est presque entièrement libre. Quand l'infiltration pénètre dans le canal cervical et même au-dessus de la portion vaginale, le tissu circumutérin et les voies lymphatiques ne sont plus libres. A quoi bon extirper tout l'utérus puisqu'on ne peut tout enlever. Quand le corps est seul malade (cas très rare), l'extirpation supravaginale est la meilleure et la moins dangereuse, car l'extirpation totale n'enlèverait pas davantage le tissu paramétral infecté.

« Donc : 1° Non extirpation totale dans le cas d'infection pré-maturé du tissu paramétral et des voies lymphatiques et dans les cas où il y a impossibilité d'enlever tous les tissus atteints.

2° Dans les cancers encore limités aux lèvres du col, la haute excision suffit.

« Mais l'extirpation sera toujours indiquée dans les sarcomes primaires du col, car le tissu voisin n'est attaqué qu'assez tard. Le corps l'est de bonne heure. Les récidives après l'extirpation totale sont plus rares que pour le carcinome. »

On le voit, pour Spiegelberg, l'extirpation totale ne serait jamais indiquée pour le vrai carcinome, qu'il siège sur le col ou dans la cavité du corps.

Mais que reste-t-il alors ?

Pas grand'chose, et ces hésitations, ces procédés opératoires étranges, ne prouvent-ils pas suffisamment l'impuissance de la chirurgie et le découragement des opérateurs.

Pour en terminer avec ce sujet, nous devons maintenant présenter l'imposante statistique que nous avons recueillie dans les auteurs.

Elle en dira, pour justifier notre opinion, plus long que tous les raisonnements.

Et d'abord, citons la statistique rapportée par West que nous croyons devoir reproduire dans son entier.¶

Le tableau suivant, tiré de l'ouvrage de West, nous montre les résultats de 1000 opérations chirurgicales pour le cancer de l'utérus, effectuées dans diverses cliniques et par diverses méthodes. Il montre que, dans 60% des cas, l'opération a été suivie d'une guérison complète, dans 20% d'un état de rémission temporaire, et dans 20% d'un état de rémission permanente. Il montre également que, dans 40% des cas, l'opération a été suivie d'une mort immédiate, dans 30% d'une mort dans l'année suivante, dans 20% d'une mort dans les deux années suivantes, et dans 10% d'une mort dans les cinq années suivantes. Il montre également que, dans 10% des cas, l'opération a été suivie d'une mort immédiate, dans 30% d'une mort dans l'année suivante, dans 20% d'une mort dans les deux années suivantes, et dans 10% d'une mort dans les cinq années suivantes.

## CAS DÉFAVORABLES

Opérateurs.	BIBLIOGRAPHIE.	Date de la mort après l'opération.	Cause supposée de mort.
Blundell.	Lancet, nov. 1828, vol. XI, p. 255. Id.	2 h. et demie.	Choc.
—	Langenbeck, <i>Jenne Dissertation</i> , p. 52. Id.	9 h.	—
Langenbeck.	<i>Ibid.</i> , p. 55. <i>Ibid.</i> , p. 58.	39 h.	Péritonite.
—	Grafe, <i>u. Walter's Journal</i> , vol. VI, p. 638. <i>Ibid.</i> , vol. II, p. 478.	24 h.	—
Hölzer.	<i>Journal f. Geburtshilfe</i> , vol. IV, p. 507. <i>Ibid.</i> , vol. VII, p. 600.	2 jours.	F. nerveuse.
Wolff.	<i>Journal f. Geburtshilfe</i> , vol. IV, p. 507. <i>Ibid.</i> , vol. VII, p. 600.	10 jours.	Choc.
Siebold.	<i>Journal f. Geburtshilfe</i> , vol. IV, p. 507. <i>Ibid.</i> , vol. VII, p. 600.	24 h.	Péritonite.
—	Lancet, oct. 11, 1828. <i>Ibid.</i> , nov. 29, 1828.	2 jours.	—
Banner.	<i>Arch. gener. de médec.</i> , oct. 1829, p. 238. <i>Ibid.</i> , p. 241.	65 h.	Hémorragie.
Lizars.	<i>Journal hebdom.</i> , vol. VI, p. 120. <i>Ibid.</i> , vol. VIII, p. 123.	2 jours.	Hémorragie.
Roux.	<i>Operative Chirurgie</i> , vol. II, p. 800. Boivin et Duges, <i>Maladie de l'utérus</i> , vol. II, p. 35.	4 jours.	Choc, periton.
—	Kilian's, <i>Operations Lehrn</i> , etc., vol. III 2 <sup>e</sup> édit, p. 261, note.	3 jours.	Douleur et choc.
Récamier.	<i>Am. Journal of Med. Sciences</i> , 1829, vol. IV, p. 536. <i>Neue Zeitschrift f. Geburtshilfe</i> , vol. XVIII, p. 232. <i>Froliques Notizen</i> , vol. XII, n. 20, p. 319.	Immédiat.	—
Dubled.	<i>Journal hebdom.</i> , vol. VI, p. 120. <i>Ibid.</i> , vol. VIII, p. 123.	3 jours.	Hémorragie.
Dieffenbach.	<i>Operative Chirurgie</i> , vol. II, p. 800.	33 h.	—
Delpech.	Boivin et Duges, <i>Maladie de l'utérus</i> , vol. II, p. 35.	24 h.	—
Walter.	Kilian's, <i>Operations Lehrn</i> , etc., vol. III 2 <sup>e</sup> édit, p. 261, note.	24 h.	—
Warren.	<i>Am. Journal of Med. Sciences</i> , 1829, vol. IV, p. 536.	24 h.	—
Bodenstedt.	<i>Neue Zeitschrift f. Geburtshilfe</i> , vol. XVIII, p. 232.	24 h.	—
Fabri.	<i>Froliques Notizen</i> , vol. XII, n. 20, p. 319.	24 h.	—

## CAS HEUREUX

Opérateurs.	BIBLIOGRAPHIE.	Survie.
Récamier. Sauter. Blundell.	Recherches sur le traitement du cancer, 1829, vol. I, p. 519. Die Franzilie, <i>Exirption gebarmutter</i> , 1822. Lancet, oct. 1828, <i>Med. gaz.</i> , vol. 2, p. 294, et vol. III, p. 797.	2 mois. 4 mois. 1 an mais quelques jours.

STATISTIQUE ALLEMANDE DE OSTERLAH DE DRESDE  
(SCHMIT'S IAHR 1879, 183, p. 289)  
COMPLÉTÉE DE TOUS LES CAS RECUEILLIS DANS LES REVUES  
DE L'ALLEMAGNE

Opérateurs.	Nombre de cas.	Morts.	Guéris.	Opérations imparfaites.
Freund.	14	8	5	1
Kocks.			1	
Alschlager.	1	1		
Schroeder.	3		1	
Veit.	1		1	
Martin.	3	3		
Olshausen.	2	1		
Baumgartner.	2	1	1	
Crédé.	2	2		
Leopold.	1	1		
Alexander.	1	1		
Spiegelberg.	5	3	1	1
Massari.	1	1		
Mueller.	1		1	
Pernice.	1	1		
Reuss.	1	1		
Fritsch.	1	1		
Martini.	2	1	1	
Tæplitz.	2	1	1	
Lobker.	1	1		
Osterlah.	3	2	1	
Henning.	1		1	
Bruntzell.	6	4	1	
TOTAL....	54	36	16	2

On pourra nous objecter l'imperfection de cette statistique en deux colonnes, contre laquelle s'est tant élevé M. le professeur Verneuil dans son savant article (Arch. méd., 1873) où il montre combien il est nécessaire de suivre des règles précises et minutieuses pour rendre cette base si importante de nos connaissances vraiment utile à l'avancement des sciences.

Mais dans l'espèce la statistique, à notre avis, doit remplir un autre but qu'à l'ordinaire; ici en effet nous ne voulons pas préconiser une méthode au profit d'une autre : nous n'avons pas à considérer les raisons qui ont pu faire échouer l'une au profit de sa rivale. Nous n'avons pas, pour les cas de guérison, à examiner quels peuvent en être les résultats prochains et éloignés, opératoires et thérapeutiques.

Notre but est plus simple : nous voulons par ces statistiques faire tomber une méthode au profit de l'expectation ; et nous ne croyons pas qu'il est nécessaire d'aller plus loin dans la statistique.

Que voyons-nous donc dans ces tristes tableaux ? Dans le premier, 22 morts sur 25 cas, soit 88 p. % de mortalité ; dans le deuxième, 36 morts sur 54 cas, soit 66 p. %.

Voilà le premier résultat qui ressort de cette statistique.

Si nous regardons de plus près ces colonnes, qu'y voyons-nous ?

La mort est toujours survenue de deux façons : choc, épuisement fatal d'un côté, septicémie de l'autre (hémorragies foudroyantes, péritonites septiques spontanées ou par perforation viscérale, rapidement mortelles) et, dans tous les cas, mort rapide survenant quelquefois aussitôt après l'opération, ordinairement le lendemain ou peu de jours après.

Le malade de Alschlager meurt d'anurie deux jours après l'opération.

Le malade de Crédé meurt deux jours après, du même accident.

La fille publique opérée par Alexander à Liverpool meurt une heure et demie après l'opération de choc traumatique.

L'opérée de Toeplitz ne survit que trente heures.

Celle de Léopold vit deux jours encore.

La malade de Spiegelberg succombe en cinquante-cinq heures de sa perforation intestinale; la deuxième meurt en vingt-quatre heures d'une hémorragie interne; la cinquième, de péritonite purulente et d'anurie; celle qui suivit n'est sauvée que par la rapidité de l'opération.

Enfin celle de Crédé, opérée suivant sa méthode, meurt en six heures!

Celle de Massari, en trois jours, de section de l'urétère.

Celle de Lobker (clinique de Pernice) succombe au septième jour dans le collapsus; celle de Reuss en cinq jours, de péritonite; celle de Fritsch, en se réveillant au bout de cinq heures.

Voilà pour les morts : mais voyons les vivants :

Toutes succombent rapidement de récidive, au moins celles sur qui les opérateurs ont bien voulu nous donner quelques renseignements, et, il faut le dire à regret, ils sont peu nombreux.

La femme de Paul Eve, de Géorgie, (American, journ. of med. Science, p. 395, oct. 1850), meurt de récidive quelques mois après l'opération.

Des cinq malades de Freund qui ont résisté à l'opération, nous ne connaissons que le sort de trois : deux récidives mortelles et une pleurite aiguë, qui emporta rapidement la malade.

La malade de Henning ne vécut que huit mois. Citons

encore la statistique de Odebrecht, assistant du professeur Hégar de Fribourg (Prager Vierteljahrsschrif, t. V, 125, 1875). Elle porte sur 99 cas dont 15 seulement relatifs à des carcinomes. Or l'auteur nous apprend que les carcinomes ont récidivé de 7 à 18 mois : dans un seul cas la récidive n'aurait apparu qu'après trois ans et demi.

L'auteur, qui ne relate qu'un cas de mort, ne nous dit pas s'il s'agissait d'un cas de cancer. Il nous signale aussi 7 pertes considérables, 3 hémorragies secondaires, 2 péritonites.

Sa statistique, du reste fort incomplète, relate encore 2 cas où il y eut conception consécutive. Dans 24 cas il y eut stérilité par sténose du col.

Si nous avions pu recueillir des renseignements plus complets, nous aurions pu nous demander jusqu'à quelle époque on avait suivi les malades ; mais dans l'espèce nos renseignements sont trop insignifiants pour que nous ayons à nous en préoccuper davantage.

En présence de ces résultats, que devons-nous faire, si ce n'est repousser absolument de semblables tentatives qui fournissent une mortalité si grande, et, en cas de guérison, une survie si peu considérable, sauf à la vérité à la clinique de Fribourg.

Et nous pensons que le perfectionnement des méthodes antiseptiques sera impuissant dans l'espèce à diminuer la gravité d'une opération qui, dans presque tous les cas que nous avons cités, n'a pas duré moins de deux heures et demie.

Ainsi, d'un côté, opération longue, laborieuse, et l'on sait aujourd'hui dans nos laparotomies abdominales les chances de succès sont surtout basées sur la rapidité de l'acte chirurgical, et, de l'autre côté, en cas de guérison, généralisation

presque fatale, par l'impossibilité où l'on est d'enlever la tumeur en totalité.

Pour confirmer davantage, s'il est possible, ce que nous venons de dire, citons les propres paroles de Bruntzell, assistant de la Polyclinique de Breslau, à l'occasion des 6 cas dont 4 mortels qu'il a publiés (archives sur gynækologie, vol. 14, 1879, p. 245).

« Il n'est donc pas vrai que l'extirpation totale de l'utérus soit plus simple et moins dangereuse qu'une ovariotomie un peu compliquée comme on l'a dit (V. Frankel, Berl. Klin. Wochens, 1878, n° 31) et qu'elle soit destinée à devenir populaire et à dépasser le cercle étroit des spécialistes. L'hystérotomie de Freund n'est pas comparable à l'ovariotomie, car la dernière est une opération radicale et l'hystérotomie n'est pas encore légitimée comme telle.

« Les difficultés techniques sont les mêmes : mais une ovariotomie simple est facile, une hystérotomie facile est relativement grave. La double ouverture de la cavité péritonéale par l'abdomen et par le bassin nécessitent des ligatures, des excisions, des étanchements et des sutures ; ces manœuvres sont rares dans l'ovariotomie. L'ovariotomie ne nécessite pas un tel rejet de l'intestin à l'extérieur, comme celui nécessité par l'hystérotomie. Les expériences de Wegner prouvent assez le danger de ces manipulations, ainsi que tout récemment celles de Gutsch (über, den schock, 1878, Strassburg, Dissertation) l'ont démontré. Elles ont surtout prouvé combien sont pernicieuses toutes les manœuvres sur l'intestin, relativement au cœur et aux poumons, surtout si elles sont prolongées comme dans l'hystérotomie de Freund.

« Il est presque impossible de protéger également contre le poids toutes les anses intestinales. Ajoutez les manœuvres

faites sur d'autres organes en augmentant l'influence paralysante exercée sur l'intestin, la dépression réflexe centrale sur la respiration et sur le cœur, enfin, la somme des faits qui produisent le choc quand les muscles et le cœur sont sains.

« Qu'est-ce donc pour les muscles dégénérés ?

« L'exploration du cœur est donc très importante et sert de base d'indication surtout chez les malades cachectiques. Il ne suffit donc pas que le cul-de-sac vaginal (laquear) ne soit pas infiltré de plus de 0,01 ni que le carcinome soit central, c'est-à-dire limité au corps ou au col.

« Tant que l'anatomie pathologique ne pourra nous dire nettement avec quelle rapidité se fait l'infiltration carcinomateuse dans les voies lymphatiques du bassin, il faudra laisser à l'opérateur la convenance de l'opération. Trop souvent on ne pourra enlever tout ce qui est malade, quoiqu'on puisse avoir la conviction qu'on opère sur le sain, et il y aura récidive. »

Nous bornons là cette citation; nous n'avons pas visé à une traduction élégante, nous l'avons faite littérale et le lecteur nous pardonnera en conséquence, à cause de son intérêt, non seulement sa longueur, mais encore les fautes de construction et de style que nous avons commises pour ainsi dire à dessein.

Dans la suite des réflexions que lui a suggérées l'exposé de ses 6 cas, Bruntzel parle des modifications apportées au manuel opératoire par les divers chirurgiens qui ont pratiqué cette opération ; il déclare avoir suivi ces différents procédés, et cependant, malgré toutes les précautions prises, avoir dans un cas lié les deux urétères.

Il conclut en disant « qu'en règle générale, d'après les faits constatés, l'opération de Freund n'est qu'une opération palliative très dangereuse. »

En conséquence, d'après ce que nous avons dit plus haut de l'intervention en général, vu la gravité exceptionnelle des méthodes opératoires, gravité reconnue même par les chirurgiens allemands, vu aussi le peu de survie accordée aux malades qui guérissent, opératoirement parlant, nous repoussons absolument toute tentative d'extirpation totale de l'utérus.

### **CANCER DE L'UTÉRUS COEXISTANT AVEC LA GROSSESSE**

#### **INTERVENTION PENDANT LA GROSSESSE**

L'intervention présente dans ces conditions une gravité exceptionnelle et nous en avons donné plus haut les raisons.

West (loc. cit. p. 439) déclare que les chances d'avortement naturel sont grandes et qu'il faut les prévenir par l'avortement provoqué, toujours moins sérieux.

Mais où puiser les éléments d'appréciation?

Il donne, du reste, le conseil de s'abstenir toutes les fois que l'affection semble assez avancée pour ôter au chirurgien toute chance de prolonger l'existence, et surtout quand le col ne semble pas trop rigide.

Dans certains cas, l'avortement sera difficile, les membranes seront comprises dans le processus morbide, elles auront subi la dégénérescence cancéreuse; dans ces conditions, du reste, West nous déclare que l'expectation est la seule conduite à tenir.

En résumé, nous pensons que les indications sont trop incertaines, la gravité de l'opération trop grande dans l'espèce et surtout les conséquences trop sérieuses pour qu'on puisse jamais adopter une intervention de ce genre.

Pour l'amputation du col, Benicke (Berlin, Klin Woch, n° 30, p. 440) croit qu'il faut toujours opérer pour empêcher le développement rapide du cancer, à la condition qu'on puisse tout enlever, sinon il conseille d'attendre la viabilité.

L'auteur cite à ce propos (Annales de gynécologie 1878, p. 370) les huit cas qui existent où l'amputation fut pratiquée pendant la grossesse.

Dans six cas, l'enfant vint au monde vivant.

Il compare à ces résultats ceux de la pratique : 2 fois il amputa, au 5<sup>e</sup> mois de la grossesse ; 1 fois au 6<sup>e</sup>, 1 fois au 7<sup>e</sup>, 1 fois au 8<sup>e</sup>.

1<sup>er</sup> cas. Accouchement prématuré au deuxième jour.

2<sup>e</sup> cas. — — — — — cinquième jour.

3<sup>e</sup> cas. — — — — — onzième jour.

Pour les deux autres, la grossesse fut normale, les enfants vinrent à terme et vivants.

L'auteur en conclut à l'amputation du col pendant la grossesse, lorsque toutefois le cancer y est limité ; pour lui, il n'est pas nécessaire de s'occuper de l'époque de la grossesse, dans ces conditions ; sinon il lui semble préférable d'attendre le moment de la viabilité.

Nous rappellerons ce que nous avons déjà dit sur l'intervention dans la grossesse.

Malgré Benicke, nous pensons que, dans l'immense majorité des cas, sinon toujours, l'intervention devra être palliative.

Les cas dont parle Benicke nous semblent absolument exceptionnels, et nous regrettons fort que l'auteur n'ait pas

suivi ses malades après l'accouchement ou, s'il l'a fait, qu'il ne nous ait pas renseigné à cet égard.

En tous cas, la question ne semble pas dans l'espèce si facile à résoudre, et les chirurgiens, consultés au Congrès de Hambourg, à propos d'un cas de Valenta, n'ont pas cru devoir donner une solution générale qui servit à l'avenir de règle de conduite, malgré les succès que quelques-uns retiennent de l'intervention.

Benicke rapporta dans ce Congrès trois cas empruntés à la clinique obstétricale de Berlin et un cas tiré de sa pratique personnelle (Ann. de gynécologie, 1877, t. VII, p. 308).

1<sup>er</sup> cas. Accouchement normal.

2<sup>e</sup> cas. idem.

3<sup>e</sup> cas. Expulsion prématurée.

4<sup>e</sup> cas. Accouchement normal.

Et il conclut dans les termes que nous connaissons.

Schröeder rapporte un cas analogue :

Amputation à 5 mois, accouchement normal.

Schröeder se range à l'avis de Benicke.

Ebell est moins absolu ; il admet les réserves de Valenta, et interroge avant tout les conditions de la malade.

Il cite deux cas :

Dans le premier, une application de forceps suffit ; dans un autre, l'incision profonde fut suivie de succès.

Nous pourrions citer encore le cas de Savory (Obstetrical Society of London, the Lancet, 27 mars 1875) : Ablation de la partie malade (on ne dit pas à quel mois) ; accouchement ultérieur d'un enfant vivant. Nouvelle grossesse, et celui publié par le Med. Times, (vol. II, 1876, p. 530). L'ablation fut pratiquée à 4 semaines de grossesse. Guérison. Enfant vivant à 8 mois.

Il ne nous semble pas devoir insister davantage sur ce sujet, puisque notre but est de renverser l'intervention au profit de l'expectation, et nous dirons, en résumé, que, vu les incertitudes des chirurgiens à cet égard, et malgré les quelques succès que nous venons de relater, on devra s'abstenir de toute intervention, surtout de la première, pendant les premiers temps de la grossesse, et attendre, sinon le travail, du moins l'époque de la viabilité de l'enfant.

L'intervention curative devant être absolument abandonnée dans l'espèce, on pourra s'en tenir dès lors aux incisions préconisées par Baudelocque, en se rappelant toutefois qu'elles ont pu, dans certains cas, provoquer l'expulsion prématurée du fœtus.

#### INTERVENTION PENDANT LE TRAVAIL

Le travail est commencé, mais il est en retard, la femme s'épuise, que faut-il faire?

Tout d'abord il ne faut pas trop se hâter d'agir, car les faits sont nombreux où le travail longtemps retardé s'est finalement achevé dans de bonnes conditions.

Nous rappellerons à ce propos le fait de M. le professeur Depaul déjà cité, et auparavant, celui de Dubois dont parle West (loc. cit. 457).

La question de l'incision avait été agitée et en quelques heures, sans qu'on ait rien fait, l'accouchement se termina seul.

Citons encore le cas rapporté dans les Annales de tocologie (1874, p. 442.).

Le travail durait chez la femme depuis quatre jours : en présence de cette lenteur et du volume de la tumeur, on se

demandea s'il n'y avait pas lieu de tenter une intervention active pour la délivrance.

L'accouchement eut lieu le cinquième jour.

Voilà des faits nets, précis, qui doivent montrer combien il serait imprudent de trop vite intervenir.

Ou ne saurait cependant en déduire aucune règle générale, car il est des cas où sans aucun doute la délivrance ne peut se faire, et dans ces cas il ne faut pas trop attendre (Chantreuil, loc. cit., p. 64), il faut agir vite, car on ne peut dès lors tirer aucun avantage de l'expectation, et le danger de la mort sera en raison directe de la durée du travail.

Puchelt (Th. 1840, Heidelberg, p. 117) nous cite 27 cas : sur lesquels il observa 5 morts pendant le travail, 9 peu après l'accouchement et 13 guérisons.

Levret, Mme Boivin, Dugès (Nœgelé et Grenser, loc. cit. 508) rapportent des cas analogues.

Clarke rapporte une observation où l'accouchement fut naturel, mais suivi de la mort au troisième jour.

Denman cite un cas où la mort survint pendant l'extraction.

Dès lors que faut-il faire ?

Plusieurs méthodes ont été proposées, nous les connaissons : mais nous ne pouvons guère les apprécier, car les cas où elles ont été appliquées sont trop peu nombreux, les observations fournies sont trop concises, pour qu'on puisse en tirer aucun enseignement utile.

Siebold a préconisé la dilatation par l'éponge et a réussi dans un cas rapporté par Chantreuil (loc. cit. p. 67).

Arnott (1846, Med. chir. Transact., et Arch. méd., août 1849) fit l'incision de la tumeur dans un cas où le travail traînait en longueur; le col se dilata uniformément, l'accouchement se fit dans d'excellentes conditions, et la malade guérit.

Siebold (Puchelt, loc. cit., p. 96) incise le col, opère la version et extrait; mort au bout de quatre heures.

Dans un cas de Michaelis (Neue Zeitschr. f. Geburts, t. IV, p. 176) il y eut excision d'une tumeur volumineuse remplissant tout le vagin, et version consécutive. Mort après six semaines.

Mme Lachapelle employa l'une avec succès.

Noegelé conseille cette méthode.

Nous connaissons les trois succès de Mme Lachapelle par l'emploi du forceps, et celui de Gueniot par l'emploi combiné de l'incision et du forceps.

Que dirons-nous de l'opération césarienne?

Conseillée dans certains cas par Baudelocque, nous en connaissons les indications posées par Chantreuil.

Nous n'avons pu recueillir dans les annales de la science que deux cas : 1<sup>o</sup> celui du D<sup>r</sup> Oldham (Guy's hospital Reports 1851, 2<sup>e</sup> série, vol. XI, p. 426), qui semble l'avoir pratiquée le premier au dire de West; mais nous ne savons pas quel a été le résultat de cette tentative;

2<sup>o</sup> Celui du D<sup>r</sup> Bachmann (Berlin Klin. Woch, n° 21, 1877 et Ann. de tocologie, 1879, p. 113). L'enfant survécut, mais la mère mourut en quelques jours de septicémie.

Que pouvons-nous conclure de ces quelques faits au point de vue de la valeur réciproque des diverses méthodes employées? Rien, ce nous semble encore.

Le principe de l'intervention est admis; il faut donc attendre de nouveaux faits, les soumettre à un contrôle sévère, établir des statistiques bien faites, et tâcher d'en tirer quelques conclusions utiles à la pratique et de nature à éclairer ce point si grave de thérapeutique chirurgicale.



Dans le cas de la grossesse, elle ne devra pas dépasser de 9 mois à condition de ce, et de tout cas si l'utérus n'a pas atteint sa taille au moment du travail.

Dans l'accompagnement, divers procédés pourront être mis en œuvre, et libéraliser l'intercourse, complétée par l'usage de l'antiseptique et de l'antiseptique, et de l'antiseptique.

## CONCLUSION

On ne peut demander à l'insuffisance des émissaires, pour faire échouer cette scrofa abstention de la grossesse.

**1° L'intervention chirurgicale dans le cancer du col de l'utérus est curative et palliative.**

**2° L'intervention curative n'est indiquée que dans un nombre très restreint de cas que nous avons examinés dans notre chapitre des indications.**

La méthode de choix est l'extirpation.

Le procédé de choix, l'anse galvanique.

**3° L'intervention palliative applicable à la grande majorité des cas doit se proposer d'agir directement sur les symptômes graves de l'affection, et indirectement sur la tumeur qui les engendre.**

Pour la tumeur avec fongus, le procédé de choix sera l'excision suivie de la cautérisation.

Pour la tumeur sans fongus, la cautérisation seule.

**3° L'extirpation totale de l'utérus est une opération à rejeter par la mortalité effrayante qu'elle entraîne, et le peu de survie qu'elle accorde aux malades opératoirement guéris.**

**4° L'intervention dans la grossesse devra être purement palliative.**

Dans le cours de la grossesse, elle ne devra s'appliquer qu'à un nombre exceptionnel de cas, et en tout cas il faudra toujours attendre la viabilité de l'enfant et se rapprocher le plus possible du moment du travail.

Dans l'accouchement, divers procédés pourront être mis en usage, la dilatation, l'incision, l'excision, combinés ou non avec l'application du forceps et de la version, la craniotomie et l'opération césarienne.

On ne peut, quant à présent, vu l'insuffisance des statistiques, formuler encore sur elles aucune appréciation sérieuse.

1. L'intervention chirurgicale dans le cours du travail de l'accouchement et de l'excision.

2. L'intervention chirurgicale dans un ou plusieurs cas de grossesse ou de travail de l'accouchement.

3. L'intervention chirurgicale dans le cours de l'accouchement.

4. L'intervention chirurgicale dans le cours de l'excision.

5. L'intervention chirurgicale dans le cours de l'excision.

6. L'intervention chirurgicale dans le cours de l'excision.

7. L'intervention chirurgicale dans le cours de l'excision.

8. L'intervention chirurgicale dans le cours de l'excision.

9. L'intervention chirurgicale dans le cours de l'excision.

10. L'intervention chirurgicale dans le cours de l'excision.

les combiner plus facilement. Il nous suffit alors de ces observations pour établir à l'aide de celles-ci, une théorie plus complète de l'origine et de la nature de la maladie. Aussi, dans les observations, nous avons besoin d'un certain nombre de témoins au succès de la théorie, mais nous devons nous assurer que ces témoins sont bons et que leur succès est réel. C'est pourquoi nous devons faire une analyse détaillée de ces observations et nous devons nous assurer que les résultats sont bons et que la théorie est correcte.

**NOTA BENE**

---

Quand un écrit est destiné à constituer le tableau clinique d'une affection peu connue, à faire ressortir un signe important au point de vue du diagnostic différentiel, ou bien encore à faire connaître une complication capable de fournir au chirurgien des indications opératoires précieuses, ou à mettre en relief des méthodes chirurgicales, au point de vue des résultats thérapeutiques qu'elles fournissent, il est nécessaire, et c'est un devoir pour l'écrivain, de présenter au lecteur comme pièces justificatives des observations longues, détaillées, et surtout de les réunir; car, sans valeur lorsqu'elles sont isolées, elles acquièrent de l'importance lorsqu'elles sont placées à côté les unes des autres, et ce n'est d'ailleurs que dans ces conditions qu'elles peuvent confirmer les idées émises par l'auteur.

Il n'en est pas, ce nous semble, de même dans le sujet que nous venons de traiter. Nous avions, à la vérité, à apprécier des méthodes et des procédés thérapeutiques, mais dans leurs résultats immédiats et opératoires: nous n'avions pas

à les considérer dans leurs résultats fonctionnels. Il nous fallait donc des observations nombreuses, à la vérité, mais courtes, plutôt des faits isolés qui n'ont présenté d'importance que dans les endroits où nous les avons placés.

Aussi, après de longues réflexions, nous avons pensé que leur réunion en tableaux ne pouvait en aucune façon accroître leur valeur, et considérant, à notre sens, qu'il ne devait en résulter aucun profit pour le lecteur, nous avons cru inutile et superflu de surcharger de ces observations la fin de notre travail.

1881. (révolte dans l'armée contre le régime austro-hongrois) — (1881) 1881

1881 (révolte dans l'armée contre le régime austro-hongrois) — (1881) 1881  
1881 (révolte dans l'armée contre le régime austro-hongrois) — (1881) 1881  
1881 (révolte dans l'armée contre le régime austro-hongrois) — (1881) 1881  
1881 (révolte dans l'armée contre le régime austro-hongrois) — (1881) 1881  
1881 (révolte dans l'armée contre le régime austro-hongrois) — (1881) 1881  
1881 (révolte dans l'armée contre le régime austro-hongrois) — (1881) 1881  
1881 (révolte dans l'armée contre le régime austro-hongrois) — (1881) 1881  
1881 (révolte dans l'armée contre le régime austro-hongrois) — (1881) 1881  
1881 (révolte dans l'armée contre le régime austro-hongrois) — (1881) 1881  
1881 (révolte dans l'armée contre le régime austro-hongrois) — (1881) 1881  
1881 (révolte dans l'armée contre le régime austro-hongrois) — (1881) 1881

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

### **Autres français et anciens**

#### **A**

AMUSSAT. — Traitement du cancer du col par la galvano-caustique thermique  
Paris, 1874.

ANGER (Théophile). — Thèse d'agrégation, 1872.

ANNALES DE GYNECOLOGIE. — 1874, t. I; 1877, t. VII, p. 308; 1877, t. VIII,  
p. 217 et 316.

ANNALES DE TOCOLOGIE. — 1874, p. 442; 1878, p. 370; 1879, p. 113.

ARCHIVES DE MEDECINE. — Mém. sur la résection du col (Mathias Mayor), 1<sup>re</sup> sé-  
rie, t. XVI, p. 91; octobre 1829; mai 1844; août 1849.

ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus. Paris, 1858.

AVENET. — (Th. de Paris, 1829). — Traitement du cancer du col par l'ampu-  
tation.

#### **B**

BARTHOLIN. — De insolitis partus viis, 1664; caput iii, p. 21.

BAYLE. — Traité des maladies cancéreuses. Paris, 1834.

BEQUEREL. — Traité clinique des maladies des femmes, t. II; 1859.

BERNARD (Charles). — Arch. méd., 1857.

BLANC. — Th. de Paris, 1867. — Traitement du cancer du col.

BOIVIN et Dugès. — Maladies de l'utérus; vol. II, p. 35.

- BOYER. — Maladies chirurgicales ; t. X, 4<sup>e</sup> édit.  
BRUNI (Samuel). — (Journal des progrès des sciences et inst. méd. de Paris). 1828, t. X.  
BROCA. — Traité des tumeurs, t. I.  
BULL. SOC. ANAT. DE PARIS. — 1874, p. 832, de Burmann et Boudet; 1874, p. 178, Carpentier Méricourt; 1875, p. 595, Feré; 1876, p. 368, Weiss.  
BULL. SOC. DE CHIR. — T. VIII, p. 563 ; 1858. (Discussion sur les procédés d'ablation du col. Année 1880. Séance du 20 mars).  
BULL. DE THÉRAPEUTIQUE. — Tomes II (p. 493); XXIII (p. 305); XXVI (p. 464); LII (p. 561); LXX (p. 377); LXXII (p. 399); LXXIII (p. 493); LXXXII (p. 117); LXXV (p. 38); LXXXVI (p. 139 et 517).

C

- CANQUOIN. — Traitement du cancer par le chlorure de zinc. Paris, 1838.  
CAPURON. — Traité des maladies des femmes. Paris, 1817.  
CELS. — De re medica. Livre V, cap. 28.  
CHAMPIONNIÈRE (Lucas). — Chirurgie antiseptique, 2<sup>e</sup> édit., J.-B. Baillièvre.  
CHANTREUIL. — Du cancer de l'utérus au point de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement. Paris, 1872. Delahaye.  
COLOMBAT. — Hystérotomie ou amputation du col de la matrice dans les affections cancéreuses, suivant un procédé nouveau. 1828.  
CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique. Éd. de 1876 ; t. II.  
COUDEREAU. — Tribune médicale, n° 364 et 365 ; 1874 et 1875.  
COURTY. — Mal de l'utérus et de ses annexes. 2<sup>e</sup> édit.  
ID. — Assoc. française pour l'avancement des sciences. V<sup>e</sup> session, le Havre, du 24 au 30 août 1877.  
COURRIER MÉDICAL. — 1878, p. 234 ; 1879, p. 396.

D

- DEBUSCHÈRE. — Th. de Paris, 1871 ; n° 136.  
DEMARQUAY. — Bull. thérap., 1867. (Iodoforme dans le cancer utérin).  
DEMARQUAY ET SAINT-VIEL. — Traité des maladies de l'utérus.  
DUPRESSE CHASSAIGNE. — Th. d'agrégation, 1839.  
DUPARCQUE. — Maladies de la matrice : altérations. Paris, 1839 ; t. I, p. 458.  
DUPUY. — Th. de Paris, 1873. De l'intervention chirurgicale dans les affections dites cancéreuses.  
DURUTHY. — Th. de Paris, 1827. Cancer du col et traitement.

F

- FABRICE DE HILDEN. — Opera, Francof, 1682; obs. 87.  
FERRY. — Traitement du cancer de la matrice (Th. 1841).  
FOLLIN. — Traité de pathologie externe, t. I.  
Id. — Arch. méd., 1855, 5<sup>e</sup> série, t. V, p. 732, et 1857, 5<sup>e</sup> série, t. II.

G

- GALLARD. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1<sup>re</sup> édition, 1873, J.-B. Baillière.  
GAZETTE HEBDOMADAIRE. — 27 novembre 1857. (Ablation du col; 4 cas de guérison).  
GAZETTE DES HÔPITAUX. — 1854, Huguier (cancer utérin); 1855, Monceaux (id.); 1875, Amussat, p. 123; 1879, p. 195; 1879, Gosselin, p. 1129.  
GAZETTE MÉDICALE. — (Avril 1845).  
GENDRIN. — Observations sur l'extirpation de l'utérus. (Journal général de médecine, 1829; t. CIX, p. 91.)  
GILETTE. — Chirurgie journalière des hôpitaux. J.-B. Ballière, 1878.  
GOLDSCHMITH. — Fongosités utérines (Strasbourg, thèse; 1859).  
GRISOLLE. — Pathologie interne, 9<sup>e</sup> édition; 1869.  
GUÉRIN. — Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme; 1878. Adrien Delahaye.  
GUILLON. — Journal de la Soc. de méd. pratique. Paris, 1827-1828; p. 72.

H

- HATIN. — Mémoire sur un nouveau procédé pour l'amputation du col de la matrice dans les affections cancéreuses. Paris, 1827.  
HEURTAUX. — (Art. cancer. Dict. Jaccoud. J.-B. Baillière).  
HIPPOCRATE. — Aphorisme XXXVIII, sect. vi. περὶ γυναικεῶν, livre V.

J

- JOURNAL HEBDOMADAIRE. — Vol. VI, p. 120; et vol. VIII, p. 123.  
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE. — T. XXVII, 1856, p. 267; et 1859, p. 161.

L

- LABBÉ. — Arch. de gynécologie, 1874.
- LACAUCHIE. — Les maladies du col de la matrice et leur traitement. Th. concours; Strasbourg, 1841.
- LAFEXRONIR. — Obs. sur une excroissance de la matrice. Mémoire de la Société royale de Montpellier; 1766.
- LASSALAS. — Th. Paris, 1869. Traitement du cancer du col.
- LAURÈS. — Quelques considérations sur les ulcérations et les engorgements du col de la matrice : de leur traitement par la cautérisation. Th. Paris, 1844.
- LEBERT. — Traité des maladies cancéreuses. Paris, 1851.
- LEBLOND. — Chirurgie gynécologique (Traité élémentaire de), 1878, H. Lauwreyns.
- LEGOUPI. — Th. Paris, n° 390; 1879. Du cancer de l'utérus au point de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement.
- LEJEUNE. — Th. Paris, n° 304. Traitement du cancer du col de l'utérus par la cautérisation au chlorure de zinc.
- LEROUY TARRÈRE. — Th. Paris, 1874. Quelques considérations sur le cancer utérin, ses complications et son traitement en particulier.
- LETEINTURIER. — Du danger des opérations sur le col de l'utérus. (Arch. méd., 1872; t. II, p. 384.)
- LISFRANC. — Mémoire sur l'amputation du col de la matrice, lu à l'Académie des sciences le 2 juin 1834 (Gaz. méd. Paris, n° 25, p. 387).

M

- MAISONNABE. — Orthopédie clinique. Paris, 1834.
- MAISONNEUVE. — Cliniques; 1864. Savy; t. II, p. 14.
- MALGAIGNE. — Manuel de médecine opératoire. 8<sup>e</sup> édit. revue par M. le professeur Lefort. Germer Bailliére, éditeur.
- MARCHAND. — Dissertation sur les causes qui exigent l'opération césarienne. 1816; thèse de Paris.
- MARJOLIN. — (Dict. en 30 vol. : article « Cancer de l'utérus », p. 15.
- MERCATUS. — De commun, mulier, affect.; lib I, caput xvii.
- MONOD. — La section du col est-elle une opération rationnelle? Et dans le cas d'affirmative indiquer les circonstances dans lesquelles il faut y avoir recours. Th. concours, 1833; Paris.
- MONOD. — Th. agrég., Paris, 1878. Des divers moyens d'exérèse.

N

- NAUCHE. — Maladies propres aux femmes. Paris, 1822 ; t. II.  
NÉLATON. — Path. externe. Éd. de 1858, t. V.  
NONAT et LINAS. — Traité des maladies des femmes. 1874, 2<sup>e</sup> édition.

P

- PATRIX. — Traité sur le cancer de l'utérus. Paris, 1820.  
PAULY. — Maladies de l'utérus d'après les leçons de Lisfranc. Paris, 1836 ;  
p. 427.  
PÉTRON. — Th. Paris, 1839. Traitement du cancer de la matrice.  
PICHOT. — Étude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus.  
Th. Paris, 1876.

R

- RAYMOND. — Th. Paris, 1870.  
RÉCAMIER. — Recherches sur le traitement du cancer, t. I, 1829 ;  
Observation sur une extirpation de l'utérus, suivie de réflexions, etc.,  
In Journal général de médecine, 1829, t. CIX, p. 72 ;  
Arch. de méd., vol. XXII.  
REICHARDT. — Th. de Paris, 1878. Contribution à l'amputation du col de l'uté-  
rus, etc.  
RICHARD. — Traitement du cancer de l'utérus. Th. Paris, 1846.  
RICHARD (A.). — Pratique journalière. 2<sup>e</sup> édit., revue par le docteur Crauk ;  
édition de 1880.  
RICHET. — Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale, 5<sup>e</sup> édit. Lauwereyns.  
ROBERT. — Des affections ulcérées du col de l'utérus. Paris, 1848.  
ROCHARD. — Progrès de la chirurgie française au dix-neuvième siècle. Éd. 1875.  
ROEDERER. — De uteri scirrho in Ej. collectione dissert., p. 256.

S

- SÉDILLOT et LEGOUEST. — Médecine opératoire, p. 582. J.-A. Ballière, 4<sup>e</sup> éd., 1870.  
SERRE. — Pathologie et thérapeutique des maladies pour lesquelles on a pres-  
crit l'amputation de la matrice. Montpellier, 1834.  
SINÉTY. — Manuel pratique de gynécologie. 1879. Octave Doin.

T

- TARRAL (Claude). — Mémoire sur l'ablation de l'utérus. *Journal hebd. de méd.*, 1829; t. V, p. 403 et 529.
- TEALLIER. — Du cancer de la matrice. 1836, Paris.
- TERTEAU. — Th. Paris, 1872.
- TRÉLAT et MONOD. — (Art. cautérisation. *Dict. encyclopédique*, 1873, 1<sup>re</sup> série; t. XIII, p. 405.
- TROUSSEAU. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*; 3<sup>e</sup> édit., J.-B. Bailliére.

V

- VELPEAU. — *Médecine opératoire*. Paris 1839.
- VERNEUIL. — De quelques réformes à introduire dans la statistique chirurgicale (Arch. de méd. 1873, 6<sup>e</sup> série, t. XXII, p. 275).

SUISSE ET ALLEMAGNE

A

- ALEXANDRE VON WINIWARTER. (Stuttgart 1858). — Contribution à la statistique des cancers avec des considérations sur la curabilité durable de cette affection par un traitement chirurgical.
- ARCHIVES FÜR GYNEKOLOGIE. — 1873, t. III, p. 141; 1879, vol. XIV, p. 127 et 460, 430 à 437; et p. 245, vol. XV, p. 135.
- ARCHIVES FÜR KLINISCHE CHIRURGIE. — Vol. XXIII, p. 423.
- ARRONSOHN. — *Zeitschrift für die gesammte medizin*, vol. I.

B

- BECHMANN. — *Berl. Klin. Wochens*, n° 21 1877.
- BEMCKE DE MARBOURG. — 1<sup>re</sup> Boil. *Klin. Woch.* n° 30, p. 440 et n° 49, p. 623, 1874.
- 2<sup>re</sup> Zeits f. geburts und gynæk, t. I, n° 2, 1877.
- BLAU. — Einiges Pathologisch-anatomisches über den gebarmutter Krebs, *diss.* Berlin 1870.

- BRAYRELLÉ. — Ueber den Krebs der gebarmutter, 1818.  
BONET. — Sepulchretum, t. II. Genovæ 1679, liv. III. Sect. 38, obs. 3,  
p. 1379.  
BRESLAU. — De totius uteri extirpatione dissertation. Monachii 1852.

C

- CAUSTADT'S IAHRESBERICHT. — 1874, vol. 2, p. 765 et 766; 1876, vol. 2, p. 565;  
1871, vol. 2, p. 560 et 561.  
CREDÉ. — (Centralblatt f. chirurgie 1878, n° 32.)  
CENTRALBLATT. Fur gynækologie, 1878, n° 23 et 1879, n° 8, 17 et 21.

D

- DIETRICH. — Der Krebs des Geburmlutterhalses als Complication der Geburt. Diss.  
Breslau 1868.

F

- FLEISCHER. — Medic. chirurg. centralbl. n° 9, 1875, Meeting de la Soc. Obst. de  
Berlin. Monatts f. geburts, 1858, p. 169 et vol. XIII, p. 418 à 434.  
FRANKEL. — Berlin, Klin. Wochens, 1878, n° 31.  
FREUND. — Wolkmann's, Klin. Vortraege, n° 133 et centralblatt fur gynækolo-  
gie, n° 12, 1878.

G

- GOLDSCHMITH. — Berlin, Klin, Wochens, 1874, n° 52, p. 659.  
GRUNEWALDT. — Arch. f. gynæk. XI, B, 3 H. 1877, Berlin.  
GUSSEROW. — 1° In Handbuch der allgemeinen und speciellen chirurgie par Pitha  
et Billroth, Stuttgart 1878.  
2° Ueber carcinomata uteri, Wohlkmann's Samml Klin, Vortraege  
1871, n° 18.

H

- HÉGAR und Kaltenbach : opérative gynækologie, s. 229.

J

JUNGHEN. — Berl., Klin., Woch., 11 et 12 mars 1870.

K

KEHRR. — (Arch. f. gynæk. B. x Heft 4)

L

LANGENBECK (Max). — Dissertatio de uteri totius extirpatione, Gottingæ, 1842.  
LEHMANN. — (Neder Weekbl, n° 7, 1877), de l'amputation du col utérin.

M

MARCKWALD (Max). — Arch. f. gynækologie, t. VIII, fasc. I, 1875.  
MARSCHALL DE STRASBOURG. — (Salzb. med. zeitung, 1794, vol. I, p. 136).  
MARTIN (Ed.). — Berl., Klin, Wochens, 1873, X.  
MÉLANGES DES CURIEUX DE LA NATURE. — 1871, 2<sup>e</sup> année Iéna, n° 154.  
MOSICKÉ. — (Zeits f. gebarts und gynæk. III, B. 2 H. 1877).

N

NOEGELR et GRENSER. — (Traité pratique de l'art des accouchements, trad. Au-  
benas 1869, J. B. Baillièvre. Orth. Beit. zur gebarts und gynæk., t. IV, p. I,  
1879).

ORTH. — 1<sup>o</sup> (Soc. pour l'obstétrique et la gynécologie. Berlin, 12 décembre 1876.  
Berl., Klin., Wochens, n° 15, p. 206, 1877. Carcinome exclusive-  
ment limité au corps de l'utérus.  
2<sup>o</sup> Beit zur gebarts und gynæk, t. 4. p. 1, 1879.

P

PRÄGER. — Viertelihrschrift, vol. CXXV, 1875 et CXXXIX ; 1878, p. LIII.  
PUCHELT. — Commentarium de tumoribus in pelvi partum *impedientibus*, Heidelberg, 1840.

R

RUTTLEDGE. — Ueber die complicatio der, Schwangerschaft und geburt mit gebarmutterkrebs, dissert., Berlin, 1876.

S

SAUTER DE CONSTANCE. — Die ganzliche extirpation, der carcinomatosen gebarmutter. Constance 1822. Analyse dans arc. méd., Paris, 1824, t. V, p. 616.

SCANZONI. — 1<sup>o</sup> Beitrag zur geburts and gynæk. in-8, Wurtzbourg, vol. III, p. 181 et p. 80.

2<sup>o</sup> Traité pratique des mal. des organes sexuels de la femme, trad. par Dor. Paris, 1858.

SCHARLAU. — Beiträge zur geburts und gynæk, t. II, fas. I.

SCHMIT'S IARBUCHER. — 1866, vol. CXXX, p. 298; 1872, vol. CLVI, p. 335; 1878, vol. CLXXIX, p. 253; 1879, vol. CLXXXIII, p. 289.

SCHAFER. — Zur casuistik der sectio cæsarea bei carcinom der Weichen geburtswege, dissert., Breslau, 1876.

SCHOLTZ. — Mélanges des Curieux de la nature, 1671, obs. 86, p. 159.

SCHRÆDER. — 1<sup>o</sup> Sitzungsberichte der phys. med. Societ, zu Erlangen, 1873, p. 81.

2<sup>o</sup> Berl. Klin, Wochens, n° 27, 8 janv. 1878 et n° 42, 21 oct. 1878.

SIEBOLD. — 1<sup>o</sup> De scirrho et carcinomate uteri adjectis tribus totius uteri extirpationis, observationibus. Berolini, 1826.

2<sup>o</sup> Ueber der gebarmutterkrebs, Berlin, 1824.

SPIEGELBERG (Otto). — Arch. f. gynæk, t. V, fasc. III, Berlin, 1873.

W

WAGNER DE BADEN. — 1<sup>o</sup> Corr. Bl. f. Schweiz Aerzte, n° 7, p. 210, 1<sup>er</sup> avril 1878.  
2<sup>o</sup> Der gebarmutterkrebs, Leipzig, 1858.

Z

- ZEITSCH. — F. geburts und gynæk, t. I, p. 337 (Ann. de tocologie 1378, p. 370)  
et t. II, p. 415 (gazette hebd, 1879, p. 44).  
ZEPPENFELD. — Diss. Sistens casum carcinomatis uteri cum graviditate conjuncti  
Berolini 1828.  
ZWEIFEL D'ERLANGEN. — (Berl., Klin., Woch., n° 51, p. 741, 1876.

ANGLETERRE ET AMÉRIQUE

A

- AMERICAN JOURNAL OF MED. SCIENCES. — Vol. LXXIII (1877), et vol. LIX (1870).  
AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRIC. — Juillet 1879.  
ARNOTT. — 1<sup>o</sup> Transaction of the, pathological. Société of London 1854; in-8°,  
p. 311.  
Application de la congélation à la destruction des tumeurs.  
2<sup>o</sup> The Lancet, 1854, p. 416.  
ATHILL. — The Dublin. Journal of, méd. sc., p. 187, février 1877).  
ATLEE. — Américan journal of méd. sciences, janvier 1848.

B

- BARNES. — Traité clinique des maladies des femmes, traduit par Cordes, 1876.  
BARKER. — Transactions of New-York; ac. of méd.; vol. III, p. 17:  
Jebr, 1870.  
BENNETT, 1849. — Traité des productions cancéreuses et cancroïdes.  
BLUNDELL. — 1<sup>o</sup> London, méd. gaz, t. II, p. 294, 733 et 797 et t. III, p. 797.  
2<sup>o</sup> Diseases of women, p. 187.  
BRUDWELL EXTON. — System of midwifery-London, 1751, case 19.  
BYRNE. — 1<sup>o</sup> Annales de gynécologie, octobre 1878; de l'amputation et de l'ex-  
cision du col utérin.  
2<sup>o</sup> Trans. of the gyn. soc., p. 57, 1877;  
3<sup>o</sup> Electro-cautéry in utérine surgery. New-York, 1873.

C

CHURCHILL. — (Maladies des femmes. Traduit par Wieland et Dubrisay, 2<sup>e</sup> éd., par Leblond, 1874.

COMPTE RENDU DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES, 3 janvier 1866; in British, méd. journal, janvier 1866.

DUBLIN JOURNAL OF MÉD. SCIENCES, 1867, vol. XLIV; 1871, vol. LI et LII; 1873, vol. LIX et 1879, vol. LXVII.

EASTLAKE. — Action sédative de l'iodoforme. Soc. obst. de Londres (Séance du 3 janvier 1866).

EDINBURGH MÉD. JOURNAL, 1879, vol. XXV.

ERICHSEN. — The science and art of surgery, p. 390.

EVE (Paul) DE GEORGIE (Am. journal of medical sciences, 1850, oct. p. 395).

G

GAILLARD (Thomas). — 1<sup>e</sup> Diseases of women, 4<sup>e</sup> éd., p. 631.

2<sup>e</sup> Traité clinique des mal. des femmes, traduct. Lieutaud, 1879. Ep. Lauwereyns.

GIBB (Ch.). — British, med. journal, p. 204, 1875.

GODSON (Clément). — E. Epitelioma du col de l'utérus. Obstetrical, Society of London (med. times and gaz. 3 avril, t. I, p. 376).

GOODEL DE PENNSYLVANIE. — (London, med. record, 19 mai 1875).

GOODEL. W. ET SINKLER. — Du traitement du cancer de l'utérus (Philad. med. and. surg. reporter., mars 1877).

H

HEWETT GRAILY. — Diseases of women, p. 550. London 1872.

HUNTER (John). — Leçons sur les principes de la chirurgie 1785-1786.

J

JOURNAL FÜR GEBURTS HULFE, vol. IX, p. 507.

K

HIND. — (Analyse des travaux faits en Angleterre et en Amérique sur le cancer de l'utérus. Analyse par Rendu, arch. méd. 1872, t. I, p. 606).

L

LANCET (The). — Octobre 1828 ; novembre 1828, vol. II, p. 255 ; novembre 1829 ; 22 octobre 1870 ; 2<sup>e</sup> vol. 27 mars 1875 (art. Savory) ; 1877, 2<sup>e</sup> vol. ; 31 janvier 1879, 2 vol.

LÉR (Robert). — Clinical midwifery, 2<sup>e</sup> édit., p. 94.

LONDON OBST. TRANSACT. — Vol. XX, p. 85 (Mathews Duncan). Cancer du corps sans altération du col.

M

MEADOWS. — Amputation du col de l'utérus, trans. of obst. soc, t. VIII, p. 39, 1867.

MEDIC. GAZ. — Vol. II, p. 294 et vol. III, p. 797.

MÉDICAL TIMES. — Vol. II, 1866 ; 3 novembre ; vol. II, 1872, 3 août ; vol. I, 1873, 3 avril ; vol. II, 1876, 27 août ; vol. I, 1878, 27 janvier ; vol. I, 1879, 11 janvier.

MONRO. — Essai de méd. d'Édimbourg, t. V, p. 523 et 540.

MOORE DE DERRY. — (États-Unis), Ranking's abstract, t. VIII, page 313.

MUELLER. — (Cors. Bl. f. Schweiz Aertzte, n<sup>o</sup> 20 et 21 (15 octobre et 1<sup>er</sup> novembre 1871).

O

OBSERVATION On ovariotomy also a successful case of entire removal on the uterus and its appendages. (Trans. of the obstetrical, Soc. London, 1764, t V.)

OEHLSCHLAGER. — British, med. journal, 21 décembre 1878, p. 423.

OLDHAM. — 1<sup>o</sup> Guy's hospital reports, 1851 ; 2<sup>e</sup> série, XI vol., p. 426 ; 2<sup>e</sup> Journal of, méd., London, 1851, p. 204.

P

SEJATI

PARSON (Edw.) — Epithéliome du col. Ablation. Trans. of the obst. Soc., t. IX,  
1867.

PRACTITIONER. — November 1869.

R

ROUTR. — Trans. of obs. Soc. of London, vol. VIII.

SIMON (John). — General path., 1857, p. 152.

SIMPSON. — 1<sup>o</sup> Clinique obstétricale; traduit par Chantreuil, 1874.

2<sup>o</sup> Edinburgh journal; n<sup>o</sup> 146.

3<sup>o</sup> Obstetric. memoirs, vol. I, p. 648.

SIMS (J. Marion). — Notes cliniques sur la chirurgie utérine dans ses rapports avec  
la stérilité; trad. par le docteur L'Héritier, p. 240.

STRACHAN. — Amér., journal of med. sciences, t. V, p. 307.

T

TANNER. — On cancer of female sexual, organs. London, 1863.

W

WATSON. — Monthly journal, novembre 1849, p. 1183.

WEST. — Traité des maladies des femmes; trad. par Mauriac, éd. Savy, 1870.

WYNN. (Williams). — Transact. of obst. Soc., vol. XII.

**ITALIE**

XI. 1. 1828. Judo ed. 30. Annals. Joachim. Annals. — (wh3) 1828.

**B**

BELLINI. — Omodei annali universale, 1828, vol. XLVIII p. 355.

**C**

CANELLA. — Cens. sull. estirpazione della bocca dell' collo dell' utero, Milano, 1821.

**D**

DELLA. — Cens. sull. estirpazione della bocca dell' collo dell' utero, Milano, 1821.

DELLA. — Cens. sull. estirpazione della bocca dell' collo dell' utero, Milano, 1821.

DELLA. — Cens. sull. estirpazione della bocca dell' collo dell' utero, Milano, 1821.

DELLA. — Cens. sull. estirpazione della bocca dell' collo dell' utero, Milano, 1821.

DELLA. — Cens. sull. estirpazione della bocca dell' collo dell' utero, Milano, 1821.

**F**

FERGUSON. — Cens. sull. estirpazione della bocca dell' collo dell' utero, Milano, 1821.

FERGUSON. — Cens. sull. estirpazione della bocca dell' collo dell' utero, Milano, 1821.

FERGUSON. — Cens. sull. estirpazione della bocca dell' collo dell' utero, Milano, 1821.

**V**

VERGELLI. — Cens. sull. estirpazione della bocca dell' collo dell' utero, Milano, 1821.

VERGELLI. — Cens. sull. estirpazione della bocca dell' collo dell' utero, Milano, 1821.

VERGELLI. — Cens. sull. estirpazione della bocca dell' collo dell' utero, Milano, 1821.

## TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	
Comment doit-on comprendre la question de l'intervention?.....	6
Division du sujet. Cancer du col et du corps. Peut-on y ranger le cancer coexistant avec la grossesse?.....	7
<b>CHAPITRE PREMIER</b>	
Considérations préliminaires sur le siège.....	9
La nature.....	10
La marche.....	12
Les symptômes.....	14
Qu'entend-on sous le nom d'intervention chirurgicale?.....	17
L'intervention est-elle justifiée dans le cancer de l'utérus?.....	17
CANCER DU COL.....	18
Que faut-il pour justifier l'intervention en général?.....	18
On peut appliquer au cancer de l'utérus les préceptes de thérapeutique générale qui sont applicables à l'intervention en général.....	19
Opinions de John Simon, Boyer, Grisolle.....	19 à 20
Cure radicale. Que faut-il en penser?.....	21
Lapeyronie, Strachan, Duparcque, Blundell, Robert Lée, Lisfranc.....	20 à 21
Cure relative. Ses avantages. Survie, amendement des phénomènes dououreux.....	21 à 22

Indications tirées de la tumeur. Variétés anatomiques .....	22
Aspect macroscopique.....	22
Siège.....	22
Contre-indications Duparcque.....	24
Indications tirées de l'opération : Follin, Heurtaux Byrne,.....	25
Doit-on opérer en cas d'adénopathie? Larrey, Lisfranc, Broca, Syme Follin, Heurtaux, Byrne.....	26
Question des récidives : Grunewaldt.....	28
Indications de l'intervention palliative.....	27
CANCER DU CORPS. — Sa tendance particulière à diffuser au dehors.....	28
Non-justification de l'intervention.....	29
Ses dangers : Becquerel, Marjolin, Boyer, Lisfranc, Lebert, Velpeau.....	29 à 30
Jugement favorable de Sauter de Constance.....	30
Statistiques défavorables.....	32
Y a-t-il des indications relatives au siège?.....	32
A l'opération?.....	33
CANCER DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE. — Considérations sur le mécanisme de l'accouchement.....	34
Examen des forces résistantes et expulsives.....	36
Rôle du col. Nægelé.....	37
Accouchement. — Faits de grossesse prolongée, Menzies.....	38
De travail à répétition.....	39
Éventualités à craindre : épuisement fatal de la mère, mort de l'enfant.....	39
Hémorragies graves par déchirure du col.....	40
Ruptures de l'utérus.....	40
Inflammations diverses.....	41
Grossesse. — 1 <sup>o</sup> Avortements et accouchements prématurés : Lewer, Chan- treuil, Simon, Gallard.....	42
2 <sup>o</sup> Extension rapide du cancer. Gallard Cohnstein.....	42 à 43
But de l'intervention.....	43
Doit-on toujours intervenir?.....	44
Dangers inhérents à l'intervention.....	44
Cas où l'accouchement a pu se faire seul.....	45
Hippocrate, Bartholin, Nægelé, Depaul, Cohnstein, Benicke, etc.....	45 à 46
Le chirurgien ne doit tenter qu'une intervention palliative.....	47
Indications tirées de l'état macroscopique, des hémorragies.....	48
Etat du col, grande difficulté d'appréciation.....	49
Faits de Depaul, de M <sup>me</sup> Lachapelle .....	49
A quel moment intervenir? Le chirurgien devra se rapprocher le plus pos- sible de la fin de la grossesse.....	49 à 50

## CHAPITRE DEUXIÈME

CANCER DU COL.....	51
Ressources de l'intervention curative, trois méthodes.....	52
Méthode d'extirpation, quatre procédés.....	53
Extirpation sanglante. Historique, question de priorité.....	53 à 54
Manuel opératoire.....	55
De l'abaissement du col : ses dangers.....	55
Modifications apportées : Aronhson de Strasbourg, Menici de Pise, Liégeard de Caen.....	56 à 57
Tendance à ne plus pratiquer l'abaissement.....	57
Nélaton, Scanzoni, Byrne, Grunewaldt, Gallard, Léon Labbé.....	56
Écrasement linéaire. — Historique.....	58
Difficulté du manuel opératoire.....	59
Modifications de Robert, Chassaignac, Courty.....	59
Galvano-caustique chimique. Historique.....	60
Ses deux modes d'action. Anse coupante et galvano-cautère.....	61
Application de l'anse. Précautions à prendre.....	61
Gallard .....	62
Procédé mixte de Koeberlé. Manuel opératoire.....	62
Méthode de la cautérisation.....	63
Ses avantages.....	63
Sédillot, Bonnet.....	64
Procédés. — Cautérisation en nappe et interstitielle.....	64
Cautère actuel. Historique.....	65
Fer rouge, galvano-cautère, thermo-cautère, cautère à gaz : ses inconvénients, Théories d'Anger, de Trélat.....	65 à 66
Caustiques fluidifiants. Inconvénients.....	66
Caustique Rousselot.....	66
Potasse.....	67
Caustiques coagulants, chlorure de zinc.....	67
Sulfate de zinc, acide phénique, teinture d'iode, brome.....	67
Cautérisation intra-parenchymateuse.....	68
Kivish, Broadbent, Follin, Polaillon, Lejeune, Barker, Routh.....	69 à 70
MÉTHODE ATROPHIQUE. — Cette méthode ne mérite d'être mentionnée qu'au point de vue historique.....	71
Ses procédés. 1 <sup>o</sup> Réfrigération .....	71

<b>Arnolt, manuel opératoire</b> .....	72
<b>Imitateurs à l'étranger</b> .....	72
<b>2<sup>e</sup> Compression. Historique</b> .....	73
<b>John Hunter, Young, Récamier en France</b> .....	73
<b>Manuel opératoire</b> .....	73
<b>RESSOURCES DE L'INTERVENTION PALLIATIVE.</b> — Il faut agir contre les principaux symptômes et la tumeur elle-même.....	74
<b>Douleur : opium iodoforme (Greenhalgh, Demarquay, Wolker) acide carbonique</b> .....	75
(Simpson, Follin, Ch. Bernard).....	76
<b>Hydrate de chloral (Martineau)</b> .....	77
<b>Froid</b> .....	77
<b>Hémorragies, Symptôme difficile à combattre : grande sagacité de la part du médecin</b> .....	78
<b>Deux ordres de moyens : moyens s'adressant à la cause, moyens palliatifs proprement dits</b> .....	78
<b>Moyens palliatifs proprement dits : Ledentu, Demarquay, Arnott, Barnes..</b>	78
<b>Peut-on prévenir les hémorragies?</b> .....	79
<b>Fétidité. Imminence de la septicémie chronique : nécessité de la combattre.</b> (Broca, Richard, Demarquay).....	80
<b>Septicémie aiguë (Cas remarquable de M. Le Dentu)</b> .....	80
<b>Assimilation de la plaie interne aux plaies cavitaires</b> .....	81
<b>Deux ordres de moyens : Palliatifs proprement dits (Broca, Demarquay, Courty, Wagner, West)</b> .....	81
<b>TRAITEMENT PALLIATIF DE LA TUMEUR</b> .....	82
<b>1<sup>e</sup> Résolutifs divers (Goulard, Carmichael, Burow, Récamier)</b> .....	82
<b>2<sup>e</sup> Caustiques ou excision (Ch. Gibb, Boulton, West, Churchill, Schröder)..</b>	82
<b>Traitement préconisé par Courty</b> .....	83
<b>Pratique de Chassaignac, de M. le professeur Verneuil, de M. Le Dentu...</b>	84
<b>Pouvoir antipyrrétique des caustiques (Conrad)</b> .....	85
<b>Résumé de la pratique des chirurgiens au point de vue de l'intervention palliative</b> .....	85
<b>Que faut-il faire quand il y a obstruction intestinale ?</b> .....	86
<b>CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS</b> .....	87
<b>Deux méthodes : sus et sous-pubienne</b> .....	87
<b>Méthode sous-pubienne</b> .....	87
<b>Procédés opératoires. Sauter de Constance</b> .....	88
<b>Siebold, Blundell, Langenbeck, Banner et Lizars</b> .....	88
<b>Récamier, Dupuytren</b> .....	88
<b>Pratique de Gendrin</b> .....	89

Procédé spécial de Coudereau.....	89	
<i>Méthode sus-pubienne</i> .....	91	
Procédé de Freund, de Koks, de Ochschläger de Dantzig, de Mueller.....	93	
Modifications de Freund.....	94	
Procédé spécial de Crédé.....	95	
Ses avantages pour l'auteur.....	96	
CANCER DU COL PENDANT LA GROSSESSE. — TRAITEMENT PENDANT LA GROSSESSE.....		97
Avortement : Robert Lée, West, Oldham, Meuzies et Simpson.....	97	
Incision : Baudelocque et Oldham .....	97	
TRAITEMENT PENDANT L'ACCOUCHEMENT.....		98
Dilatation : Siebold.....	98	
Incisions, Forceps : Mme Lachapelle .....	98	
Méthode combinée : Gueniot.....	98	
Version : Simpson et Marchand.....	98	
Extirpation : Mme Lachapelle.....	98	
Craniotomie et opération césarienne.....	98	
<b>CHAPITRE TROISIÈME</b>		
Plan : Étude générale et particulière des méthodes et procédés.....	99	
Notions des plaies cavitaires appliquées aux plaies opératoires pratiquées sur le col .....	100	
<b>CANCER DU COL</b> .....	101	
Appréciation générale des méthodes.....	101	
1 <sup>o</sup> Méthode atrophique. Valeur des statistiques de Récamier .....	102	
2 <sup>o</sup> Méthode d'extirpation en général.....	102	
Ses avantages sur la cautérisation : Exécution, promptitude de l'opération.	102	
Douleurs, accidents de l'opération : hémorragie primitive... Résultats immédiats et définitifs.....	103	
Ricord, Grisolle, Gallard, Panas, Courty, Heurtaux, Mister Campbell, Scan-zoni .....	104 à 105	
Conclusion sur l'appréciation des 2 méthodes considérées en général et dans l'espèce.....	105	
Appréciation des procédés considérés en général.....	106	
Avantages du bistouri sur l'exérèse mécanique.....	106	
(Rapidité d'exécution, résultats immédiats et définitifs, récidives).....	107	
Conclusions .....	107	

Comparaison des procédés d'exérèse mécanique .....	108
Ligature et écraseur .....	108
Conclusions .....	109
Comparaison de l'exérèse mécanique et caustique .....	109
Résumé .....	109
Étude des procédés dans l'espèce .....	109
Opinion des auteurs sur l'emploi du bistouri : Lisfranc. Sa statistique jugée par Pauly, Watson, Nélaton, Bennett, Lassalas, Barker, Schröder, Möske, Rochard .....	110 à 112
Avis motivé de Demarquay .....	112
Résumé et conclusions .....	113
Quelles étaient les opinions des auteurs qui croyaient l'abaissement nécessaire : Facilité d'opération, hémostase plus sûre .....	113 à 114
Origine des hémorragies dans l'espèce ; elles sont surtout de cause septique .....	114
Étude du mécanisme de l'abaissement à l'état physiologique et pathologique	
Bastien et Legendre. M. le professeur Richet : ses expériences et ses conclusions .....	115 à 118
Origine des accidents mis sur le compte de l'abaissement. Le cas de	
M. Le Dentu confirme les prévisions théoriques .....	119
Thérapeutique spéciale qui en découle : Tube à drainage vaginal .....	119
Danger des lésions opératoires de la vessie, des urétères du rectum et des culs-de-sac (Robert, Barnes, Max Marchwald, Spiegelberg) .....	120 à 121
Opinion de Reichardt .....	121
Le procédé de Kœberlé remplit-il les conditions désirables dans l'espèce ?	122
Résumé des opinions et conclusions sur l'ablation sanguine du col .....	122
Valeur des procédés hémostatiques dans l'espèce .....	123
<i>Écraseur.</i> — Ses inconvénients : Difficulté de placer la chaîne, accidents opératoires possibles (Breslaw, West, Langenbeck, Bufel Demarquay, Simon de Darmstadt) .....	124
De la section sphérique du moignon .....	125
Conclusions de M. le Professeur Verneuil, Raymond .....	126
<i>Ligature.</i> — Récamier, Courty. Ses avantages et ses inconvénients .....	126
Conclusions .....	127
<i>Anse galvanique.</i> — Amussat, Grunewaldt, Trélat et Monod .....	127
Conclusions .....	129
Cautérisation : Procédé exceptionnel .....	130
Cas où on doit l'appliquer .....	130
Cautère actuel : ses avantages .....	130
Procédé à employer. Thermo-cautère : ses inconvénients, Trélat. Després .....	

Le Dentu, Lucas Championnère	130 à 131
Caustiques fluidisants, coagulants	131
Procédé de Polaillon et Lejeune	131
Conclusions	132
Cautérisation combinée à l'extirpation : Simpson et Fabri de Bologne	132
Moyens palliatifs, leur utilité : Aran	132
<i>Douleurs.</i> — Avantages de l'opium	133
L'acide carbonique est à rejeter (application difficile, résultats incertains, dangers)	133
<i>Hémorragie.</i> — Les moyens palliatifs sont inférieurs aux moyens dirigés contre la tumeur	134
Que faut-il penser du tamponnement?	134
<i>Fétidité.</i> — Utilité du drainage vaginal	134
Traitements palliatifs de la tumeur	135
Moyens différents suivant les cas	135
Cancer fongueux, excision ou abrasion (Simon de Heidelberg, Warrès, Martin, Laudau, Courty)	136
Cancer sans fongosités : caustiques divers	136
Question de l'anus contre nature	137
Conclusion	138
<b>CANCER DU CORPS</b>	138
Comment l'opération s'est-elle introduite en France	138
Enthousiasme d'abord (Dupuytren, Lisfranc)	139
Désastres, Récamier, Roux, Dubled, opinion de Lebert, West	139
La question est portée devant l'Académie	140
Rapport de Capuron, de Larrey, de Velpeau	140
Rejet de l'intervention	140
Accueil à l'étranger : (Blundell Massari, Alexandre, Frankel)	141
Désastres, modifications du manuel opératoire : on cherche à restreindre les indications (Massari, Bruntzell, Freund, Fristch, Crédé)	142
Opinion de Spiegelberg sur la question	143
Examen des statistiques de West, des cas récents puisés dans les revues allemandes	145 à 150
Opinion de Bruntzell	150
Conclusions	152
<b>CANCERS PENDANT LA GROSSESSE</b>	152
<b>INTERVENTION PENDANT LA GROSSESSE</b>	152
Opinions de Benicke, de Schräder, Ebell, Savory	153 à 154
Conclusions	155
<b>INTERVENTION PENDANT LE TRAVAIL</b>	155

Possibilité d'un travail normal. (Puchelt, Levret, Mme Boivin, M. le Professeur Depaul, Clarke).....	155
Examen des moyens d'intervention : impossibilité de conclure.....	156 à 157
CONCLUSION D'ENSEMBLE.....	159
NOTA BREVÉ.....	161
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	163
TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.....	178

784. — Imprimerie A. Lahure, rue de Fleurus, 9, à Paris.