

De la conduite à tenir dans le cancer du col de l'utérus ... / par Barbulée, dit Bulot (Ernest-Léon).

Contributors

Barbulée dit Bulot, Ernest Léon.
Université de Paris.

Publication/Creation

Paris : Ollier-Henry, 1884.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/dbjec7qk>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

3

Année 1884

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 octobre 1884 à 1 heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par **BARBULÉE, dit BULOT (Ernest-Léon)**

Né à Caen (Calvados), le 6 mai 1854

Interne des Hôpitaux de Paris, aide d'anatomie de la Faculté

Lauréat de l'Ecole de Médecine de Caen

Médaille d'argent des épidémies (Caen 1873)

DE LA CONDUITE A TENIR

DANS LE

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Pendant la Grossesse, l'Accouchement et les Suites de Couches

Président de la Thèse : M. le Prof^r S. DUPLAY

Jury : MM.

DAMASCHINO, professeur.

RÉMY, agrégé.

REYNIER, id.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. BÉCLARD.
Professeurs.....

MM.

Anat. mic.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	PETER.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	ROBIN.
Pharmacologie.....	DUPLAY.
Thérapeutique et matière médicale.....	REGNAULD.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	BOUCHARDAT.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	TARNIER.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HARDY.
	POTAIN.
	N.
Clinique des maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	TRÉLAT.
	VERNEUIL.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	PAJOT.

DOYENS HONORAIRES : MM. VULPIAN et N...

Professeur honoraire :

M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUÉBHARD.	LANDOUZY.	REYNIER.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT.
BUDIN.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANRIOT.	POUCHET.	RICHEL.
DEBOVE.	HENNINGER.	QUINQUAUD.	ROBIN (Alber)
FARABEUF,	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
chef des tra-	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
vaux anatomi-	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
ques.	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

JULES-ARMAND BARBULÉE DIT BULOT

A MON ONCLE

JEAN-OSCAR-ISAÏE BARBULÉE DIT BULOT

A MON FRÈRE

THOMAS-GASTON BARBULÉE DIT BULOT

A LA MÉMOIRE DE MM. LES DOCTEURS

LE PRESTRE, VASTEL ET ROULAUD

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE CAEN

MM. LES DOCTEURS

BOURRIENNE, FAYEL, DENIS-DUMONT, MAHEU

DÉLOUEY, CHANCEREL, LEROY-LANGEVINIÈRE

AUVRAY, WIART ET LEPETIT

A mon président de thèse et mon excellent maître

LE D^r DUPLAY (INTERNAT 1882)

professeur à la faculté de médecine
chirurgien de l'hôpital Lariboisière
membre de l'Académie de médecine
chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE D^r DAMASCHINO

professeur à la faculté de médecine
médecin de l'hôpital Laënnec
chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE D^r E. BESNIER (ST-LOUIS 1875)

médecin de l'hôpital St-Louis
membre de l'Académie de médecine
chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE D^r TILLAUX (LARIBOISIÈRE 1876)

professeur agrégé à la faculté de médecine
professeur-directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux
chirurgien des hôpitaux
membre de l'Académie de médecine
chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE D^r MESNET (ST-ANTOINE 1877)

médecin de l'hôpital St-Antoine
membre de l'Académie de médecine
chevalier de la Légion d'honneur

A LA MÉMOIRE DE M. LE D^r CH. BERNARD

médecin de la maison de retraite des Ménages (Issy 1878)

A MESSIEURS LES DOCTEURS

MASSE, VAUTHIER ET BERTRAN

médecins militaires principaux de 1^{re} classe
(Hôp. du Gros-Caillou et Etat-Major de la Place 1879)

A M. LE D^r GALLARD (H. de la Pitié 1880)

médecin de l'Hôtel-Dieu
officier de la Légion d'honneur

A M. LE D^r DESCROIZILLES (H. DES ENFANTS MALADES)

INTERNAT 1881

médecin de l'hôpital des Enfants-Malades
chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE D^r DUPLAY (INTERNAT 1882)

A M. LE D^r NICAISE (INTERNAT 1883)

chirurgien de l'hôpital Laënnec
professeur agrégé de la faculté de médecine
chevalier de la Légion d'honneur

A MM. LES DOCTEURS

BUDIN, BAR, CHAMPETIER DE RIBES
et JOSIAS (Hop. de la Charité 1884)

A M. LE D^r TARNIER

chirurgien en chef de la Maternité
professeur à la faculté de médecine
membre de l'Académie de médecine
officier de la Légion d'honneur

A M^{me} HENRY

Sage-femme en chef de la Maternité

Je prie mon excellent maître et ami TAPRET, médecin des
hôpitaux, d'agréer la dédicace de ce modeste travail comme l'ex-
pression de la vive gratitude de son tout dévoué

E. BARBULÉE.

PRÉLIMINAIRES

PRÉLIMINAIRES

PRÉLIMINAIRES

PRELIMINAIRES

PRÉLIMINAIRES

HISTORIQUE

L'utérus peut être atteint de cancer du col et malgré cela la femme devenir enceinte.

Le cancer du col peut survenir pendant la grossesse.

Et dans l'un et l'autre cas la marche de la grossesse pourra en être influencée d'une façon fâcheuse.

L'accouchement lui-même pourra présenter des difficultés assez considérables pour que de temps à autre une intervention soit inévitable.

Ces graves complications ont été l'objet d'études récentes et en première ligne je citerai la monographie si remarquable de Chantreuil : « du cancer de l'utérus au point de vue de la conception de la grossesse et de l'accouchement. » Paris 1872. Mais elles étaient signalées depuis les temps les plus reculés de la médecine, puisqu'Hippocrate dans son livre (*περι γυναικείων*) affirme que l'utérus peut être affecté de carcinôme véritable, que cette maladie n'empêche pas la grossesse de se produire et d'arriver même à terme. Mais, dit-il, une telle tumeur ré-

trécit les voies génitales et peut rendre l'accouchement difficile.

Voici donc un premier point parfaitement acquis ;

Le cancer du col peut être une cause de dystocie.

A-t-il d'autres inconvénients ? Il faut arriver jusqu'à Knoblochiuss dont l'observation très-intéressante se trouve reproduite dans Thomas Bartholin (*de insolitis partus viis* 1664 ch. 3, page 21) et dans Théophile Bonnet (*Sepulchretum Vel Anatomia practica*) tome 2, Genève 1679, livre 3, section 28^e obs. 3, chapitre 10 page 1379), pour trouver mentionnée en même temps que la rupture utérine la vraie conduite à tenir, la seule intervention plausible l'opération césarienne.

Notre thérapeutique, nous le verrons, n'ira guère plus loin et elle se contentera la plupart du temps de rechercher et de prévoir les complications que le cancer du col apporte à la grossesse et à l'accouchement et de tout mettre en œuvre pour que la grossesse aille jusqu'à terme et que la femme accouche d'un enfant vivant.

C'est qu'en effet, à côté de cette complication si grave de la rupture utérine, il en est d'autres dont le pronostic n'est pas moins fatal.

Le cancer du col peut apporter à l'accouchement un obstacle tel que l'utérus s'épuise en vains efforts.

La femme alors s'affaiblit et finit par succomber sans être délivrée.

Le mérite de cette remarque doit être attribué à Dobrzensky dont l'observation se trouve dans le *Sepulchretum* de Bonnet, dans Morgagni et enfin dans les *mélanges des curieux de la nature* (1671, page 277).

Levret en 1705 signale l'accouchement prématuré comme résultat du cancer du col.

Il rapporte une obs. de Simon où il y avait eu mort du fœtus.

Rau en 1809, publie la 1^{re} observation dans laquelle le forceps fut appliqué pour terminer un accouchement rendu difficile par un cancer du col.

En 1828, James Moncrief Arnolt chirurgien-major, au midleux hospital propose les incisions du col.

Imitant en cela la nature qui dans un cas observé par lui avait elle-même produit la déchirure du col et rendu l'intervention inutile.

En 1852, Menzies publiait dans le Glasgow médical journal ses obs. si curieuses de grossesses prolongées. L'une entre autres de 17 mois où la femme est morte sans être délivrée.

Enfin nous trouvons dans un grand nombre de cas signalé la prolongation du travail, les douleurs de la grossesse, les hémorrhagies de la grossesse et de l'accouchement, les écoulements fétides, les phénomènes de compression, les symptômes d'affaiblissement cachectique, etc.

Mais il faut arriver à l'époque contemporaine pour entendre préconiser certaines interventions plus hardies qu'heureuses.

Je veux parler de l'excision et de l'ablation du col et cela pendant la grossesse.

Et chose plus étrange nous voyons Benicke en 1877 s'étonner que ces opérations n'aient pas été pratiquées plus souvent pendant la gestation pour améliorer le pronostic de l'accouchement.

J'aurai l'occasion de revenir sur les observations qu'il cite à l'appui de son opinion et de les discuter en détail.

J'espère démontrer que la conduite de Lisfranc, de Langenbeck de Putegnat doit inspirer sans cesse le praticien et que toute intervention curative du cancer devra être rejetée pour un moment postérieur non-seulement à l'accouchement mais encore aux suites de couches alors que la femme est sortie de l'état puerpéral.

La céphalotripsie a été proposée en Allemagne. Ses résultats ont été tellement désastreux pour les femmes elles-mêmes que son application est abandonnée actuellement de ceux qui jadis en furent les plus chauds partisans.

L'avortement, qui ne vaut guère mieux que la céphalotripsie trouve cependant encore des défenseurs et nous serons forcés de nous y arrêter plus longtemps pour le combattre.

Mais en supposant qu'avec de nombreuses précautions et des soins attentifs la grossesse ait été jusqu'à terme que faudra-t-il faire dans les cas où la dilatation ne se fera pas, aura-t-on recours aux incisions, à la dilatation manuelle, à la dilatation par le dilatateur de Barnes ou par l'éponge préparée, ou par le laminaria. Voilà tout autant de procédés que nous devons étudier en détail et comparer entre eux pour trouver le meilleur.

Y a-t-il des cas où les difficultés soient telles qu'on doive recourir à l'opération césarienne.

Et si l'on se résout à cette grave opération s'en tiendra-t-on là ou bien ira-t-on jusqu'à faire l'opération de Porro, et même celle de Freund.

C'est pour résoudre ces difficiles questions que nous avons entrepris notre travail et si nous l'avons mené à bonne fin nous devons en attribuer tout le mérite aux conseils si éclairés de nos maîtres dont nous ne pourrons jamais assez reconnaître la bienveillance que MM. Tarnier, Budin, Bar, Champetier de Ribes et Loviot, reçoivent ici le témoignage de notre vive gratitude.

Je dois remercier tout particulièrement M^{me} Henry, sage-femme en chef de la Maternité, pour l'obligeance avec laquelle elle a mis à ma disposition les registres de son service.

Qu'il me soit permis enfin de dire à mes charmantes et intelligentes collaboratrices le gré profond que je leur ai pour la peine qu'elles ont prise. Je leur demande pardon de l'ennui que je leur ai causé.

C'est à elles que revient le principal mérite de ce travail je me plais à leur rendre cette justice.

Mais cet état particulier qui caractérise les tumeurs de la matrice n'est pas le seul qui se rencontre dans les tumeurs de la matrice. On trouve encore d'autres tumeurs de la matrice qui sont caractérisées par des symptômes particuliers.

Quant au toucher il permet de constater plus facilement en erreur qu'il est loin de donner toujours les mêmes résultats dans les cas de cancer les tumeurs sont plus ou moins dures.

Je ne veux pas revenir ici sur les formes ulcéreuses et les formes bourgeonnantes de l'épithélioma, ni sur la forme saillante.

Mais chacun sait que les difficultés sont loin d'être

BIBLIOGRAPHIE

Consulter la bibliographie de M. Charpentier, traité des accouchements t. 2. page 263.

Hofmeier : Kasuistic. Centralblatt für Gynecologie, 3 mai 1884, p. 283. Statistique de l'op. de Freund.

Société de chirurgie (discussion sur l'hystérectomie dans le cancer du col) juin et juillet 1884.

Spencer Wels. Ablation d'un utérus gravide avec cancer du col. Société chirurgicale de Londres 1881.

Coroënné. Du cancer de l'utérus gravide et de son traitement chirurgical. th. de doct. Lille 1884.

SYMPTOMES DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Quand une femme ayant dépassé la quarantaine, grande multipare au teint pâle cachectique vient consulter pour des métrorrhagies répétées, il est difficile de se garder d'une idée préconçue. Et la première pensée qui vient au clinicien c'est que cette femme est atteinte d'un cancer de l'utérus.

Aussi arrive-t-il rarement qu'un cancer du col reste méconnu. Il est fréquent au contraire de voir une affection non carcinomateuse prise pour un épithélioma.

C'est qu'en effet le diagnostic repose sur deux grandes bases, l'état général reconnu par l'inspection et l'état local reconnu par le toucher.

Mais cet état cachectique particulier au cancer est bien difficile à distinguer de cette fatigue anémique et pâle qui succède aux hémorrhagies répétées.

Quant au toucher il induit d'autant plus facilement en erreur qu'il est loin de donner toujours les mêmes résultats dans les cas de cancer les mieux avérés.

Je ne veux pas revenir ici sur les formes ulcéreuses et les formes bourgeonnantes de l'épithélioma, ni sur la forme infiltrée.

Mais chacun sait que les difficultés sont loin d'être

applanies par l'inspection directe. Et les hommes les plus expérimentés souvent restent indécis après un examen au speculum.

Les ulcérations simples ou spécifiques — les fibrômes ulcérés, — les tumeurs vasculaires, — les indurations cicatricielles sont tout autant de lésions qui peuvent en imposer pour le cancer et seront souvent diagnostiquées épithélioma.

Nous ne devons pas oublier non plus ces excroissances saignantes sanieuses bourgeonnantes qui pendant la grossesse peuvent aussi bien se rencontrer sur le col de l'utérus qu'à l'orifice vulvaire.

Tantôt il s'agira de simples végétations, d'autres fois d'un état variqueux du col sur lequel M. Lucas-Championnière a bien voulu appeler notre attention.

Pendant la grossesse donc la circonspection dans le diagnostic doit être extrême. C'est en tenant compte de ces faits qu'on pourra se mettre à l'abri du découragement, éviter les pronostics trop sombres et surtout se garder d'interventions toujours fâcheuses quoi qu'en disent les savants d'Outre-Rhin.

Pendant l'accouchement, des erreurs grossières peuvent être commises.

Je citerai seulement un placenta prævia — des membranes épaisses — des petits membres fœtaux.

Il suffit d'être prévenu pour éviter l'erreur.

On ne portera jamais le diagnostic de cancer du col si les phénomènes généraux d'une part et de l'autre un examen histologique attentif ne sont venus confirmer cette opinion.

Certes nous savons que l'opinion de Lebert qui décrivait une cellule spécifique du cancer est une opinion erronée.

Mais il n'en est pas moins vrai que le groupement des éléments anatomiques peut fournir les renseignements les plus utiles sur la nature de la tumeur et cet examen ne doit jamais être négligé.

Il ne faut pas croire d'ailleurs qu'une portion volumineuse soit nécessaire. Non, le plus souvent un bourgeon excisé ou même une portion que l'on enlève par le raclage suffit amplement.

On sait qu'on trouve dans le col de l'utérus ou bien du carcinome ou bien de l'épithélioma.

Le carcimone utérin revêt l'aspect du cancer encéphaloïde. C'est surtout lui qui donne lieu à ces grosses tumeurs en champignons remplissant dans quelques cas la plus grande partie du vagin. C'est aussi le carcinome qui a le plus de tendance à détruire promptement tous les tissus ambiants et à se reproduire sur les organes éloignés. A l'examen histologique on trouve au milieu d'un stroma fibreux, des alvéoles remplis d'éléments polymorphes sans disposition régulière. (De Sinély).

L'épithélioma dans l'immense majorité des cas est pavimenteux, mais il est quelques fois cylindrique.

La forme pavimenteuse elle-même est ou lobulée ou tubulée.

La forme pavimenteuse lobulée avec globes épidermiques présente une surface de section sèche, couverte de

petits grumeaux incolores qu'on détache en grand nombre par le raclage et qui consistent en masses épithéliales au milieu desquels on rencontre des globes épidermiques.

Dans la forme tubulée, les tubes de dimensions variables, remplis de cellules pavimenteuses, sont séparés les uns des autres par le tissu fibro musculaire utérin.

(De Sinéty)

Si avec ces caractères histologiques on constate de l'amaigrissement, un écoulement fétide, des métrorrhagies, des douleurs vives dans le petit bassin et dans les membres inférieurs, si le toucher vient démontrer qu'il s'agit d'un cancer du col lorsque l'œdème malléolaire et la cachexie au teint jaune paille auront confirmé le diagnostic il restera un point encore à élucider.

Quel est l'état de l'utérus, est-il à l'état de vacuité, contient-il au contraire le produit de la conception ?

Il importe doublement de résoudre cette question.

Au point de vue du traitement d'abord et nous allons bientôt le démontrer.

Au point de vue du pronostic. En voilà les raisons.

1° Pour le traitement, s'il y a grossesse, la non intervention doit être la règle.

Si l'utérus est vide il y aura bénéfice à agir le plus promptement possible.

2° S'il y a grossesse le pronostic déjà si grave du carcinôme s'assombrit encore par l'exacerbation qu'il peut recevoir de la grossesse, par les dangers d'un avortement ou d'un accouchement prématuré, par les accidents d'une

pelvi péricarite si fréquente dans ce cas avec les dangers qui en peuvent être la conséquence.

Mais comment savoir si la femme est enceinte.

Les règles sont-elles supprimées ?

La femme répond que depuis plusieurs mois elle est très mal réglée, de temps à autre elle a des métrorrhagies plus ou moins abondantes.

Elle perd en blanc dans l'intervalle.

Les phénomènes du côté de l'utérus ont fort peu d'importance.

Il s'agit en effet dans l'immense majorité des cas de multipares, et par conséquent l'utérus augmenté de volume, la coloration des seins n'ont qu'une importance secondaire. Les troubles de la digestion nausées, vomissements, troubles de l'appétit, peuvent être mis avec vraisemblance sur le compte du cancer.

Aussi l'erreur a-t-elle été souvent commise. Et souvent en effet elle est inévitable. Mais à partir du 3^e mois l'augmentation progressive de l'utérus, puis un mois plus tard le ballotement, plus tard encore les mouvements actifs perçus par la mère puis par le médecin, les battements du cœur ne laissent plus de doute, et permettent d'affirmer la grossesse d'une façon certaine.

Pourtant une complication peut se présenter.

L'avortement et l'accouchement prématuré ne sont pas les seuls dangers du cancer.

Les cas de mort de fœtus ne sont pas rares, et voilà une nouvelle complication qui vient obscurcir encore un problème déjà plein de difficultés.

Mais alors le volume de l'utérus la sensation que donne

la palpation de deux parties distinctes l'une supérieure molle, fluctuante, l'autre inférieure, pâteuse et résistante fera songer à un enfant mort et macéré et là encore un diagnostic complet sera possible.

INFLUENCE RÉCIPROQUE DE LA GROSSESSE ET DU CANCER

Certes les observations dans lesquelles des femmes sont devenues enceintes dans le cours d'un cancer du col, ont mené leur grossesse à bonne fin, sont accouchées spontanément à terme d'enfants vivants et bien constitués ne sont pas rares.

J'en rapporte quelques exemples et le cas que j'ai observé moi-même rentre dans cette catégorie.

Est-ce à dire qu'indépendamment des dangers qu'il peut faire courir à la mère, le cancer du col n'assombrisse pas le pronostic de la grossesse et celui de l'accouchement.

Non assurément.

La femme qui est enceinte et présente en même temps un cancer du col est exposée : aux hémorrhagies, à l'avortement, à l'accouchement prématuré, à la pelvi-péritonite.

On a dit que la nature et le siège de la lésion devaient être pris en considération.

C'est là une opinion difficile à démontrer et qui se base plutôt sur des données théoriques que sur l'observation clinique pure.

C'est ainsi que nous voyons dans les classiques affirmer que le cancroïde donne plus souvent lieu aux hémorrhagies que le cancer vrai.

Mais d'abord quelle distinction fait-on entre le cancer vrai et le cancroïde.

Quant au siège il paraît naturel d'admettre que plus la lésion remonte haut plus la femme est exposée à un avortement ou à un accouchement avant terme.

Mais tout n'est pas dit quand on a fait le diagnostic de cancer compliquant une grossesse. Et les dangers que court la femme ne sont pas moins importants.

Quelle est en effet l'action de la grossesse sur le cancer.

Deux cas peuvent se présenter.

1° Le cancer existait avant la conception.

2° Le cancer s'est développé pendant le cours de la grossesse.

Si le cancer existait avant la grossesse, il n'est pas rare dans les trois premiers mois d'observer une véritable amélioration.

Les hémorrhagies sont moins abondantes.

L'écoulement fétide diminue.

L'état général s'améliore.

A partir du troisième mois une triple éventualité peut s'observer. L'état d'amélioration se maintient, et somme toute l'influence de la grossesse sur le cancer a été une influence bienfaisante. C'est très rare.

D'autres fois l'état du cancer est sensiblement le même à la fin qu'au commencement de la grossesse. Ce n'est pas fréquent.

Dans la plus part des cas la grossesse est un coup de fouet donné au cancer, et alors la lésion limitée à l'une des lèvres du col peut envahir le col tout entier.

Ce travail ne se fait pas lentement et silencieusement.

Le plus souvent il retentit sur les organes voisins : ligaments larges ou péritoine.

Enfin la progression peut être rapide et envahir la portion susvaginale du col, mais plus souvent elle se fait du côté du vagin et peut amener les désordres les plus graves en causant une perforation de la vessie, ou du rectum et même des deux à la fois.

Lorsque le cancer est postérieur à la grossesse, on se trouve en face d'une grosse difficulté diagnostique; on se gardera bien d'être affirmatif sur l'existence d'un cancer. Mais cette réserve faite, je suppose que le col de l'utérus devienne réellement cancéreux. Oh! alors le pronostic s'assombrit. La lésion marchera rapidement et si l'accouchement doit se faire à une époque éloignée, il est à craindre qu'il ne se trouve très gêné par la tumeur.

L'accouchement même lorsqu'il est naturel et se termine spontanément est toujours un traumatisme sérieux pour la tumeur et peut amener de graves complications.

Cependant lorsque la tumeur cancéreuse n'occupe qu'une partie du col, il est fréquent de voir la dilatation s'effectuer aux dépens de la partie saine. Mais comme l'élasticité de cette partie saine n'est pas toujours suffisante il peut arriver ou bien qu'elle se déchire comme cela s'est présenté dans le cas que j'ai observé, ou bien que ce soit la partie malade qui cède comme cela s'est produit dans l'observation que je dois à l'obligeance de M. Loviot.

Par contre, il arrive quelquefois comme cela s'est produit dans le cas célèbre de Menzies, que le col étant complètement envahi par un néoplasme à consistance squirreuse que la dilatation ne se fasse pas malgré les contractions énergiques du corps.

On assiste alors à un commencement de travail. Mais bientôt tout s'arrête pour reprendre avec moins d'énergie quelques heures plus tard.

La nuit se passe, le lendemain il n'y a pas encore de dilatation. C'est là ce qu'on désigne sous le nom de *travail manqué*, de *travail à répétition*.

Enfin si la tête, malgré la résistance de l'orifice finit par le franchir, elle arrache souvent des excroissances polypiformes et de là des hémorrhagies quelques fois très abondantes.

Cette grave complication a été signalée par Nagelé et Greser. Mais elle appartient surtout au cancer à forme végétante, elle est rare dans la forme squirreuse.

Lorsque l'accouchement est fait et la délivrance terminée. La femme est loin d'être à l'abri de tout danger. Les suites de couches sont souvent très pénibles. La déchirure du col est une porte d'entrée, à l'infection, à la septicémie, à la mort.

Les thromboses veineuses, la phlegmatia alba dolens, la cachexie, les lymphangites, les phlegmons du ligament large, la péritonite, les hémorrhagies, les accidents uréniques, les perforations peuvent surgir à chaque instant, et l'attention de l'accoucheur doit toujours être portée sur ces graves accidents.

Mais il faut reconnaître en terminant que fréquemment la grossesse, l'accouchement et les suites de couches se passent de la façon la plus normale malgré l'existence d'un cancer du col.

J'ai dit avec quelle prudence devait être porté le diagnostic de cancer du col pendant la grossesse.

La même réserve sera observée pour le pronostic et on aura bien soin de ne point effrayer la famille et encore moins la malade. Les faits viendraient souvent donner tort à un pronostic trop sombre.

Mais surtout il faut se garder de la propension trop naturelle qu'on peut avoir d'intervenir.

Je vais insister tout particulièrement sur ce point, et c'est pour cela que dans le chapitre suivant je vais étudier l'expectation.

J'aurai atteint mon but si j'arrive à persuader que dans l'immense majorité des cas on peut prendre comme règle de conduite le mot du grand Capuron. « Tout vient à point à qui sait attendre. »

Mais il faut reconnaître en terminant que fréquemment la grossesse, l'accouchement et les suites de couches se passent du la façon la plus normale, malgré l'existence d'un cancer du col, sans qu'il y ait eu de complications.

J'ai dit avec quelle prudence devait être faite la diagnostic de cancer du col pendant la grossesse. Les mêmes réserves sont observées pour la grossesse et on aura bien soin de ne point effrayer la famille et d'écarter toutes les maladies. Les faits viennent souvent donner tort à un pronostic trop sombre, qu'on se soit trompé.

Mais surtout il faut se garder de la préconception trop naturelle qu'on peut avoir d'abandonner le traitement.

Il faut insister tout particulièrement sur ce point, et c'est pour cela que dans chaque chapitre suivant je vais étudier l'expectation.

Il faut surtout bien se rappeler que dans l'immense majorité des cas on peut guérir, comme règle de conduite le mot du grand médecin : « Tout vient à point à qui sait attendre. »

Il faut aussi se rappeler que dans la majorité des cas on peut guérir, comme règle de conduite le mot du grand médecin : « Tout vient à point à qui sait attendre. »

Il faut aussi se rappeler que dans la majorité des cas on peut guérir, comme règle de conduite le mot du grand médecin : « Tout vient à point à qui sait attendre. »

OPERATIONS SANGLEANTES SUR LE COL PENDANT LA GROSSESSE

GROSSESSE

EXPECTATION

Il ne résulte pas de ce qu'on dit parfois de la non-
intervention pendant la grossesse, qu'on soit par là même
disposé à ne rien faire pendant l'accouchement.

Il y a là deux actions bien distinctes et je vais parler
d'abord de la conduite à tenir pendant la grossesse.

On ne craint pas d'ailleurs, quelle que soit l'opinion
qui prévaut, que l'on ne se livre à une intervention
pendant la grossesse.

Cependant il y a lieu de faire une distinction.

L'enfant est viable ou l'enfant n'est pas viable. Si l'enfant

GROSSE

OPÉRATIONS SANGLANTES SUR LE COL PENDANT LA GROSSESSE

Ablations, Sections, Extirpations, Amputations du col.

Leur inutilité, leurs dangers

EXPECTATION

Il ne résulte pas de ce qu'on est partisan de la non intervention pendant la grossesse, qu'on soit par là même disposé à ne rien faire pendant l'accouchement.

Il y a là deux actions bien distinctes et je vais parler d'abord de la conduite à tenir pendant la grossesse.

Or je ne crains pas d'affirmer, quelle que soit l'opinion des auteurs allemands, qu'on ne doit pas intervenir pendant la grossesse.

Cependant il y a lieu de faire une distinction.

L'enfant est viable, ou l'enfant n'est pas viable. S'il est

viable, l'intervention peut être discutée, car après tout, si l'intervention provoque l'accouchement, l'enfant ne sera pas fatalement sacrifié.

Et je crois qu'on doit poser comme règle absolue, dans un cas comme ceux dont nous nous occupons, qu'on nedoit jamais sacrifier l'enfant.

La vie de la mère est trop limitée et trop fatalement limitée pour que l'hésitation soit permise, surtout quand on songe que le cancer maternel n'est qu'exceptionnellement et tardivement héréditaire et que les enfants à naître peuvent avoir une santé parfaite.

Mais je vais plus loin et j'affirme que, même lorsque l'enfant est mort, une intervention est contre indiquée et j'ajoute contre indiquée de la façon la plus absolue.

Je n'ignore pas que cette opinion est en opposition formelle avec la pratique allemande et les doctrines d'outre-Rhin.

On cite les 6 observations de Benicke et on part de là pour montrer que toutes les interventions ne sont pas suivies d'accidents graves.

Qu'est-ce que cela prouve ? Absolument rien.

De ce qu'un individu est tombé d'un lieu élevé et en a été quitte pour quelques contusions, en irons-nous conclure, qu'on peut sans grand danger se précipiter d'un 6^e étage.

Evidemment non, et pourtant c'est le raisonnement qu'on nous propose.

L'intervention est donc chose bien utile en dehors de la grossesse ?

Et les femmes en retirent donc de bien grands avan-

tages, pour qu'on ne craigne pas de la proposer, même dans l'état de gravidité?

La question vaut la peine d'être examinée.

Cette année même, M. Lucas-Championnière disait à la société de chirurgie, à propos de l'hystérectomie dans le cancer du col.

« Quant aux opérations partielles aux ablations du col en particulier, ce sont des opérations de médiocre valeur et qui ne sont pas aussi anodines que l'on pourrait le croire. »

Dans la même séance, M. Trélat s'exprimait de la façon suivante.

« J'ai fait des opérations partielles de toute nature contre le cancer utérin et je dois déclarer qu'elles ne m'ont jamais donné un succès de quelque durée. Par contre j'ai obtenu de grands avantages momentanés, au moyen d'opérations qui, par leur peu d'importance, méritent bien plutôt le nom de pansement..... L'opération partielle ne donne aucun résultat définitif.

Séance du 18 juin. M. Heurteloup, toujours à propos de l'hystérectomie :

« Si l'extirpation du col suffit pour enlever tout le mal, il va sans dire que l'on ne doit pas remonter plus haut. Malheureusement dans la pratique le mal est presque toujours trop avancé pour que l'ablation du col soit suffisante.

Séance du 16 juillet. M. Guéniot, dans une discussion sur le traumatisme et la grossesse veut, pour permettre une intervention chirurgicale quelconque que « l'utérus soit sain, l'œuf sain et la femme saine. »

C'est assez dire qu'il n'intervient pas dans le cancer du col pendant la grossesse.

Écoutons maintenant M. le professeur Verneuil

« Au congrès de Genève et dans diverses circonstances, j'ai toujours soutenu que les cas d'urgence devaient être mis de côté, quand il y a discussion sur l'opportunité opératoire..... Je me rapproche donc de l'opinion de M. Guéniot, en disant que les conditions opératoires sont bonnes, quand la femme est saine, que l'utérus et l'œuf sont sains ; mais il est bien difficile de le savoir avec certitude. De plus, même dans les meilleures conditions possibles, l'état de grossesse à lui seul et en dehors de tout état pathologique, expose les malades au développement de divers accidents, tout opératoires, comme la fièvre traumatique par exemple..... Il faut éviter à tout prix une fièvre traumatique forte qui deviendrait la cause d'un avortement. »

On sait avec quel soin M. Lucas Championnière pratique toutes ses opérations ; Eh bien, il dit ceci : « Je n'ai pas été heureux dans mes amputations du col utérin cancéreux.

Une fois je me suis servi de l'écraseur ; la récidiye a été pour ainsi dire immédiate,

Une autre fois je me suis servi des ciseaux, du thermo cautère, la malade est morte 5 à 6 mois après.

Je me rapproche de l'avis de M. Desprès au sujet de la difficulté qu'il y a de reconnaître le cancer du col utérin au début. Il est possible de rencontrer des ulcères du col, autour desquels il se forme des végétations qui ressemblent tellement à du cancer, que, même pièces en main, on a souvent du mal à porter un diagnostic.

Dans ces conditions, je crois que le nombre des malades considérées comme cancéreuses et qui ne l'étaient pas, est considérable, et c'est aux cas de ce genre qu'il faut attribuer les prétendues guérisons de cancer utérin.

J'ai vu une malade dont la mère et la sœur étaient mortes cancéreuses qui avait une ulcération de cette nature. Il était difficile de ne pas supposer l'existence d'un cancer, mais la guérison obtenue par de simples saignées du col dut faire rejeter le diagnostic.

Une autre femme atteinte d'un ulcère semblable était devenue cachectique à la suite d'un abondant écoulement ichoreux. On ne fit rien et cependant la malade guérit.

Les exemples de ce genre sont nombreux et c'est parce que j'en ai vu beaucoup que je crois pouvoir admettre que parmi les femmes opérées de cancer utérin qui ont une survie extraordinaire, il doit s'en trouver un certain nombre.

C'est pour cela et aussi en raison du danger de l'opération, que je ne conseillerai pas d'abuser des ablations partielles du col utérin. »

M. Terrier considère l'ablation du col comme une opération dangereuse.

M. Tillaux n'admet pas qu'on intervienne quand on n'est pas certain de tout enlever et bien souvent il faut reconnaître qu'il est bien difficile d'avoir cette certitude.

M. Terrier affirme que quelque soit le moyen d'exérèse employé les ablations du col ne sont pas sans danger.

M. Lucas Championnière partage cette opinion.

Il faut reconnaître, dit-il, que les résultats obtenus par cette opération sont bien peu encourageants.

De tout cela il résulte que l'intervention et par intervention j'entends surtout l'ablation du col quelle que soit la méthode employée, est une opération grave, même en dehors de l'état de grossesse. Elle ne procure bien souvent qu'un soulagement éphémère. Sauf des cas très rares elle ne revêt jamais les caractères d'une opération urgente, indispensable. Le pronostic déjà grave en dehors de la grossesse l'est-il donc moins lorsque la femme est enceinte.

Cette intervention est-elle donc moins grave pendant la grossesse.

Nous avons vu quels bénéfices douteux la femme peut retirer d'une telle opération et Benicke vient soutenir qu'en enlevant le col cancéreux pendant la grossesse on améliore le pronostic du cancer, le pronostic de la grossesse et enfin celui de l'accouchement.

Est-ce que par hasard la grossesse garantirait des hémorragies, de la fièvre, de la pelvi-péritonite? Est-ce que le cancer serait plus facile à enlever complètement sur le col d'un utérus gravide que sur le col d'un utérus en dehors de la gestation?

Est-ce que la récurrence est moins à craindre dans la grossesse que dans l'état de vacuité?

Est-ce que les organes voisins sont à l'abri de l'envahissement?

Enfin la grossesse garantit-elle des perforations de la vessie, du rectum, des uretères?

Voilà des hommes considérables comme MM. Verneuil et Guéniot qui viennent nous affirmer que chez une femme grosse dont la santé est mauvaise, dont l'utérus est malade,

une opération chirurgicale quelconque peut provoquer l'avortement.

Et là dessus la chirurgie allemande vient nous proposer un traumatisme énorme chez une femme atteinte de cancer utérin et ce traumatisme portera précisément sur l'utérus.

Mais alors de deux choses l'une, ou on enlèvera largement le cancer en taillant en pleines parties saines et alors la cavité utérine largement ouverte laissera libre une portion des membranes et dans ce cas je ne vois pas comment éviter l'avortement.

Ou bien on opérera timidement en laissant des tissus malades. Le danger d'avortement sera presque le même et je demande quel bénéfice on aura retiré de l'opération.

Oh ! je sais bien la réponse qu'on va me faire. On va me renvoyer aux observations, aux statistiques allemandes.

J'avoue que ça me laisse froid et je n'hésite pas à partager l'opinion de MM. Després et Lucas Championnière qui pensent que dans ces prétendus cas heureux on a commis de grossières erreurs de diagnostic et qu'on a pris pour du cancer de simples végétations du col.

Excusera-t-on l'intervention précoce en disant que dans les cas où l'on n'est pas intervenu, la grossesse n'est pas arrivée à terme, l'accouchement n'a pas été possible, l'enfant n'est pas né vivant, ce serait là une erreur grossière. Il suffit de prendre les statistiques de Cohnstein, les observations de Mme Boivin et Dugès.

Mais les documents débordent. Soutiendra-t-on que si la lésion est très étendue l'intervention est indispensable. Pour répondre à cette objection il suffit de citer les observations suivantes.

Les deux premières sont classiques.

La 3^e a été mise très obligeamment à ma disposition par M. le docteur Loviot que je suis heureux de remercier ici.

La 4^e a été recueillie par moi dans le service d'accouchements de la Charité service dont actuellement je suis encore interne.

Dans ces quatre observations malgré la gravité des pronostics portés, malgré une non intervention absolue pendant la grossesse les choses ont suivi le cours le plus normal et la nature presque abandonnée à ses propres forces a tout terminé de la façon la plus heureuse.

OBSERVATION DE M^{me} BOIVIN ET DUGÈS (IN THÈSE ROBERT)

On doit à Mme Boivin et Dugès l'observation suivante :

Une femme de 34 ans, mère de 4 enfants et qui depuis plusieurs années avait vu des troubles survenir dans la menstruation, vint réclamer les conseils de ces deux praticiens distingués.

Ils reconnurent sur la partie antérieure du col une tumeur du volume d'un citron. Cette femme devint enceinte quelques temps après et lorsque le terme de la grossesse fut arrivé, un accou-

cheur qui fut appelé près d'elle trouva le vagin rempli par une tumeur volumineuse qu'il prit pour la tête de l'enfant.

Un 2^e médecin appelé le 2^e jour reconnut le véritable état des choses. L'opération césarienne ayant paru nécessaire, la malade fut transportée à la maison de santé.

Là, elle fut examinée avec soin par Mme Boivin, qui constata que cette volumineuse tumeur offrait à son centre une ouverture qui laissait pénétrer la moitié du doigt indicateur.

Du reste la tumeur qui était inégale devenait dure pendant les contractions utérines, et se ramollissait dans leurs intervalles.

Cependant la tumeur qui laissait suinter un sang noir et fétide diminuait de volume et on put espérer que l'accouchement se terminerait par les seules forces de la nature, pourvu que les contractions utérines fussent suffisamment énergiques, et qu'il ne survint aucune autre complication ; c'est en effet ce qui arriva.

La tête en descendant poussa la tumeur jusqu'à la vulve, l'aplatit sur le côté gauche du bassin et se dégagait bientôt.

Quinze jours après cette femme était assez bien pour pouvoir quitter la maison de santé.

OBSERVATION DE CAZEAUX (IN TH. LEGOUPILS)

Cazeaux, dans son traité pratique et théorique d'accouchement cite un fait qui lui paraît remarquable :

« Une femme, âgée de 45 ans, ayant eu déjà plusieurs enfants, entra à la clinique au commencement du dernier mois de sa grossesse.

« En la touchant, on s'aperçut que la paroi postérieure du vagin était occupée dans toute sa hauteur par une tumeur allongée,

recourbée en serpent, et qui, naissant de la lèvre postérieure du col, s'étendait jusqu'à un travers de doigt de la vulve. La lèvre postérieure avait au moins 2 centimètres d'épaisseur dans toute son étendue transversale, qui était aussi plus considérable qu'à l'ordinaire. Elle avait contracté des adhérences par sa face postérieure, avec le vagin. La tumeur offrait à peu près la même épaisseur dans toute son étendue. Sa surface intérieure était inégale, bosselée, et ces inégalités et ces bosselures existaient aussi sur la lèvre postérieure du col. La surface postérieure adhérait, ou plutôt était confondue avec la cloison recto-vaginale. — Cette femme étant arrivée à son terme, le travail commença. La dilatation fut très lente, mais elle finit par s'opérer aux dépens de la lèvre antérieure.

« La tumeur, dont le volume paraissait devoir offrir un obstacle insurmontable au passage de la tête, rendit seulement la seconde partie du travail un peu plus lente: repoussée par la tête du fœtus elle devint presque transversale, et formait sur le périnée un bourrelet, une espèce de croissant dont la convexité était inférieure et la concavité dirigée en haut, arrêtait la tête; enfin sous l'influence de contractions violentes la tête repoussa la tumeur en arrière en déprimant fortement le périnée, passa au devant d'elle, et franchit bientôt les parties extérieures. »

OBSERVATION INÉDITE DE M. LE D^r LOVIOT

Je fus appelé une nuit du mois de janvier, Cité Gaillard, à Paris, pour assister M^{me} X... qui ne pouvait accoucher. N'ayant pas re-

cueilli par écrit les antécédents de cette dame, je ne puis fournir aucun renseignement à ce sujet.

M^{me} X... à terme, eaux écoulées, souffrait depuis de longues heures.

Présentation du sommet. O I G A.

Enfant mort. — Le toucher me fit reconnaître une rigidité pathologique du col. L'orifice utérin avait à peine la dimension d'une pièce de 5 fr. et sa lèvre postérieure épaisse, indurée, inégale, était manifestement le siège d'une production carcinomateuse. La lèvre antérieure était mince et saine.

L'état général de la parturiente était assez satisfaisant.

Je fais pratiquer des injections vaginales antiseptiques et j'attends.

La dilatation de l'orifice au bout de 2 heures reste stationnaire, ou n'augmente que d'une façon très peu sensible. — Nouvelle injection.

Comme l'utérus se distendait de plus en plus, que l'état général devenait moins bon, je donne mes instructions à la sage-femme présente, et vais chez moi chercher mes instruments, ne m'étant muni que d'un forceps.

Je me proposais à mon retour de pratiquer la perforation du crâne fœtal sans la faire suivre de céphalotripsie, l'orifice utérin n'étant, ni dilaté suffisamment, ni dilatable.

La perforation du crâne, suivie, bien entendu, d'injections antiseptiques, devait permettre à la tête amoindrie de se mouler sur l'orifice utérin, dont la portion saine aurait pu se dilater suffisamment pour laisser passer la région fœtale ainsi réduite.

Je me mettais aussi à l'abri d'une rupture utérine possible.

Quand je revins une heure après environ, je trouvai un confrère que la sage-femme avait fait mander en toute hâte pendant mon absence.

La tête fœtale à la suite de quelques contractions violentes et très douloureuses, avait été expulsée en très peu de temps, mais les épaules étaient retenues, et le confrère après la sage-femme opérait des tractions sur la tête dans le but de dégager le tronc du fœtus. Ces tractions étaient infructueuses.

Je fis mettre M^{me} X... dans la position obstétricale, je favorisai la rotation des épaules qui étaient placées transversalement, et pratiquant des tractions méthodiques je pus extraire un fœtus mort, dont le tronc était très volumineux en raison de l'emphysème caractéristique d'un certain degré de putréfaction.

Des gaz s'échappèrent de l'utérus avec bruit après l'extraction du fœtus.

Hémorrhagie notable. Je pratique assez facilement la délivrance artificielle. L'hémorrhagie cesse.

Avant d'intervenir pour la délivrance, je constate, faisant issue de quelques centimètres à la vulve, la présence d'un lambeau charnu du volume du petit doigt, d'une longueur de 7 à 8 centimètres environ, relié au col utérin par une mince base d'implantation. C'est à n'en pas douter une portion de ce col lui-même. C'est un fragment de la lèvre antérieure de l'orifice, de la portion saine de cet orifice, qui a été déchiré et séparé, ne se rattachant plus à l'utérus que par un mince pédicule.

La dilatation de l'orifice s'était faite au moyen de cette déchirure.

Je laissai les choses en l'état.

Je fis pratiquer des injections antiseptiques. — Je fis quelques injections hypodermiques d'éther ; j'administrai de l'alcool et du sulfate de quinine à l'intérieur.

Je ne la revis point, mais j'appris plus tard qu'elle avait succombé dans les premiers jours de ses couches.

Ayant introduit la main dans la cavité utérine pour pratiquer la délivrance, je puis affirmer que la lésion était limitée au col et que le corps de l'utérus était indemne.

L'autopsie malheureusement n'a pas été faite.

OBSERVATION PERSONNELLE RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M.
LE DOCTEUR BUDIN REMPLACÉ PAR M. CHAMPETIER DE RIBES.
HOP. DE LA CHARITÉ, JUIN 1884.

La nommée P..., âgée de 38 ans, profession de ménagère constitution faible, entrée le 25 juin 1884, salle Ste-Marie, ch. C.

Le 25 juin 1884, nous recevions à 10 heures du soir dans notre service une femme de 38 ans, ménagère, au teint pâle, maladif et fatigué. Elle était enceinte, arrivée au terme de sa grossesse, en travail depuis quelques instants seulement.

C'était sa 5^e grossesse mais 3 seulement de ses enfants étaient nés à terme. Un autre était venu à six mois. Et elle avait fait une fausse couche de 2 mois.

L'état général laissait beaucoup à désirer.

La figure pâle, les traits tirés, amaigris, indiquaient la souffrance. Cependant il n'y avait pas de fièvre pas d'œdème des jambes rien au cœur ni dans les autres viscères abdominaux.

Ce dont elle se plaignait c'étaient de flueurs blanches très abondantes, fétides, de malaises, d'amaigrissement. Tous ces troubles avaient commencés par une métrorrhagie survenant l'année dernière au mois de juin.

La palpation nous permet de reconnaître un utérus de dimensions normales mais tellement dur que nous demandons à cette femme si en ville on ne lui a pas fait prendre quelques médicaments en poudre dans de l'eau ou du pain à chanter. En somme, nous pensons qu'on lui a peut-être donné du seigle ergoté.

Pas du tout ; elle n'a rien pris.

Elle avait eu ses dernières règles le 20 septembre 1883.

Elle était donc à terme.

L'auscultation permet d'entendre le maximum des bruits du cœur à gauche et en avant.

Le toucher vaginal nous mène sur une lèvre antérieure du col molle saignante, sanieuse et fongueuse.

Le doute n'est pas permis il s'agit d'un cancer du col.

Je ne trouve rien dans les antécédants, de famille ou personnels.

La poche des eaux n'est pas rompue, le col à peine entr'ouvert.

On sent la tête engagée, c'est une O. I. G. A. Je ne crois pas utile d'intervenir. Je laisse la femme absolument tranquille. Mlle R... sage-femme du service veut bien se charger de la veiller.

Le travail suit sa marche normale et à 7 h. 30 le lendemain matin c'est-à-dire le 26 juin la dilatation est complète. La poche des eaux se rompt.

La tête descend dans l'excavation.

Mais le travail s'arrête, l'utérus cesse de se contracter et à 10 h. 1/2 M. Champetier de Ribes chargé du service termine l'accouchement par une application de forceps.

La délivrance se fait spontanément à 11 h. 1/4, du matin. Le travail en tout a duré 12 heures.

L'enfant est du sexe masculin bien conformé, en très bon état il pèse 3.450 gr., il mesure 49 cent. sa tête présente des dimensions normales.

Tout paraît s'être bien passé mais en pratiquant le toucher on reconnaît en arrière une déchirure profonde du col.

La dilatation a dû se faire aux dépens de cette portion, mais au bout de son extensibilité la tête en passant a dû la rompre et elle a cédé presque jusqu'au péritoine.

La malade est placée dans une chambre d'isolement ch. C.

On lui fait des injections toutes les 2 heures.

3 jours après l'accouchement, la température est de 37°4. jamais ce chiffre n'a été dépassé.

Le poulx n'a jamais présenté une plus grande fréquence que 84.

L'écoulement lochial a eu très peu d'odeur pendant les suites de couches.

Enfin le 5 juillet, 10 jours après son accouchement, elle sortait du service dans un état aussi satisfaisant que peut l'être celui d'une femme atteinte d'épithélioma du col de l'utérus.

Le mérite de cette observation c'est d'être banale et de ne pas présenter un cas exceptionnel.

Voilà une femme qui est devenue enceinte dans le courant d'un cancer du col.

La grossesse a été normale.

L'accouchement presque spontané, car si l'on a pratiqué une application de forceps c'est seulement lorsque la tête a eu franchi le col et s'est trouvée dans l'excavation.

Par conséquent le col n'a pas été par le fait du forceps le siège d'un traumatisme.

Aussi la déchirure du col a-t-elle été en somme bien limitée. Et elle a guéri facilement et sans complications.

Il nous restait il est vrai du tissu sain et la dilatation semble s'être produite aux dépens de ce tissu sain. Mais les cas ne sont pas rares ou malgré que le col fût complètement envahi la dilatation a cependant eu lieu grâce à des déchirures multiples qu'on est toujours en droit d'espérer.

Et la conclusion qui ressort de ceci, c'est qu'il faut savoir attendre.

AVORTEMENT PROVOQUÉ

Que dire de l'avortement provoqué ?

J'avoue que rien ne me paraît plus illogique. — Je me demande quel bénéfice en pourra retirer la mère.

On va me répondre encore que la grossesse est un coup de fouet donné au cancer.

Qu'en supprimant la grossesse on va supprimer la cause qui active le cancer.

Que la femme revenue à son état de vacuité va pouvoir être traitée comme une malade ordinaire.

Que l'enfant a beaucoup de chances de succomber, car si l'avortement ne résulte pas d'une intervention, il peut être la conséquence même de la lésion.

Que viable l'enfant est encore exposé à mourir soit par hémorrhagies maternelle, soit par difficultés du travail, soit par rupture prématurée des membranes.

Eh bien, mais croyez-vous donc que votre traumatisme pour provoquer l'avortement n'est pas un coup de fouet bien plus efficace pour le cancer que la grossesse elle-même.

Cette pauvre femme déjà exposée du fait de sa grossesse ne va-t-elle pas se trouver grâce à votre intervention à la porte du tombeau.

L'avortement provoqué chez une femme bien portante est déjà chose grave.

Le danger est-il moindre parce qu'il y a un cancer ?

Si la femme survit son état sera tel qu'il serait insensé de songer à opérer son cancer.

Quant aux dangers que court l'enfant ils ne sont pas tels que sa vie ne puisse être mise en parallèle avec celle de sa mère.

Nous savons fort bien que quoi qu'on fasse en 18 mois 2 ans tout sera fini pour la mère.

L'enfant au contraire a des chances de survivre, il peut jouir même d'une bonne santé, il pourra rendre à la société plus de services que n'en aurait rendu sa mère.

Le sacrifier serait à la fois une faute thérapeutique et un crime que ne commettra jamais un médecin soucieux de sa dignité professionnelle.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL

J'arrive à l'accouchement prématuré artificiel et je serais presque tenté de répéter ce que je viens de dire.

Je cherche en vain quel bénéfice peut en retirer la mère, et quel avantage peut en résulter pour l'enfant et pourtant cette opération a été conseillée par Lee.

Il est évident que l'accouchement sera tout aussi difficile à 2 mois qu'à 9. L'obstacle n'est autre que le col. Eh bien, ou il se dilatera tout à fait ou il ne se dilatera pas du tout. On ne le verra pas se dilater à moitié ou en rester là. Certes la dilatation complète se fera bien souvent grâce à des déchirures portant tantôt sur la partie saine, tantôt sur la partie malade. Mais un accouchement provoqué loin de mettre à l'abri des déchirures nécessitera peut-être des incisions du col et j'avoue que je préfère ces déchirures spontanées aux incisions, quelque soit l'habileté de l'opérateur. Car il ne faut pas venir dire qu'on les fera de la profondeur qu'on voudra. J'admets qu'on ait eu soin de ne pas dépasser les limites du col, mais au moment du passage de la tête elles vont être agrandies, ou vont donc s'arrêter les lésions.

Quel moyen emploiera-t-on pour provoquer cet accouchement prématuré.

La dilatation artificielle du col.

On devine quel traumatisme énorme sur une partie déjà malade et tous les dangers qu'on va faire courir à la mère.

L'enfant au moins va-t-il en bénéficier ?

Les difficultés du travail vont être les mêmes que s'il était à terme.

Le forceps, la version vont peut-être devenir nécessaires.

Et on aura un nouveau-né chétif, malingre, dont le développement exigera des précautions infinies si toutefois il n'a pas succombé pendant le travail, accident auquel il est gravement exposé.

Donc l'accouchement prématuré artificiel doit être rejeté.

Mais il est un cas tout spécial sur lequel mon excellent maître M. le docteur Champetier de Ribes a bien voulu attirer mon attention. C'est celui d'une femme atteinte de cancer du col, et qui par le fait de sa lésion est menacée de succomber, supposons une hémorrhagie par exemple. Eh bien que faut-il faire, la femme va mourir, les jours de l'enfant sont menacés. Certes, on peut se demander s'il ne serait pas indiqué de provoquer l'accouchement.

Eh bien là encore je réponds par la négative.

La dilatation du col est chose trop longue et trop difficile.

La femme est expirante, mais elle va être morte avant que le col permette l'introduction du doigt.

La tête ne sera pas engagée encore que déjà l'enfant aura cessé de vivre.

La seule intervention utile, la seule logique, la seule à laquelle on doit penser, c'est l'opération césarienne. Et c'est dans l'habileté et la rapidité avec lesquelles on l'exécutera que résident les chances de survie de l'enfant.

AVORTEMENT SPONTANÉ

DE L'AVORTEMENT SPONTANÉ PENDANT LA GROSSESSE COMPLIQUÉE DE CANCER DU COL

Donc je ne provoquerai pas l'avortement dans le cancer du col.

Je ne pratiquerai pas davantage l'accouchement prématuré artificiel.

Mais la femme atteinte de cancer du col peut malgré toutes les précautions, tous les soins, tous les traitements accoucher avant terme ou même avorter. Quelle sera dans ce cas la conduite de l'accoucheur.

Commençons par l'avortement. Les deux observations suivantes sont à ce point de vue fort instructives. Dans les deux, l'accident s'est produit du 5^e au 6^e mois.

Dans les deux cas, le col était non seulement envahi dans tout son pourtour, mais encore la lésion remontait très haut.

Certes il n'est pas rare, je l'ai déjà dit et je le répète,

de voir une grossesse aller jusqu'à terme malgré des lésions très avancées, mais la lésion cancéreuse après avoir envahi la portion vaginale du col peut continuer à se développer du côté du vagin ou du côté de l'utérus. Dans le premier cas, le cours de la grossesse a chance de n'être pas interrompu. Dans le second, la femme court grand risque d'avorter.

Le col résiste. L'utérus se contracte, la lutte reste incertaine. Le col ne s'efface pas ou s'efface à peine. Les contractions du corps deviennent de plus en plus énergiques, la poche des eaux se rompt et alors l'avortement ne peut être évité.

Accident grave s'il en fut.

Car aux dangers de l'avortement ordinaire viennent s'ajouter ceux qui résultent d'une extraction extrêmement difficile et d'une lésion remontant si haut qu'elle restera toujours au-dessus des ressources de l'art, à moins d'une hystérectomie totale, d'une opération de Freund.

Est-ce à dire qu'il faille rester inactif?

Dans le cas de James Moncrief Arnott tout s'est passé sans intervention.

Mais les douleurs de la femme ont été considérables et longues.

Je pense qu'il y avait lieu de procurer un soulagement considérable en allant eu arrière avec l'index gauche recourbé chercher le col, le ramener dans l'axe et produire la dilatation artificielle.

Et je n'en veux pour preuve que l'exemple de M. Guéniot dans un cas presque semblable; il chloroformise sa malade, il introduit la main toute entière dans le vagin.

Il sent un pied à l'orifice utérin, le ramène, fixe un lacs, exerce quelques tractions, saisit l'autre pied, fait évoluer le fœtus et tout est terminé dans l'espace de vingt minutes.

Mais une portion de la tumeur grosse comme le poing et siégeant dans la lèvre antérieure a été extraite pendant l'opération. Malgré cela des incisions ont été nécessaires et M. Guéniot n'a pas hésité à les pratiquer.

J'avoue que je serais bien plus disposé à imiter la conduite de M. Guéniot que celle de James Moncrief Arnott.

Ai-je besoin d'ajouter qu'on doit dans de pareils cas redoubler de précautions antiseptiques.

La délivrance sera difficile, un morceau des membranes ou un cotylédon placentaire resteront dans l'utérus. Alors on aura recours aux injections intra-utérines de liqueur de Vanswieten dédoublée, comme on le fait à la maternité. Ces injections seront répétées toutes les heures dans la journée, toutes les deux heures la nuit.

S'il survient une hémorrhagie, injection d'eau très chaude, puis on introduira la main dans le vagin d'abord, dans l'utérus ensuite; si l'on peut on retirera les caillots avec les doigts lentement et progressivement. Tête basse, boissons froides, silence, isolement, température de 14 à 15° dans la chambre.

Enfin les soins ordinaires que l'on donne à une femme qui vient d'avorter.

2 OBSERVATIONS D'AVORTEMENT SPONTANÉ

*Avortement spontané à 6 mois 2 enfants, (In mémoire
Chântreuil.*

Cancer du col de la matrice.

Dégénérescence s'étendant à toute la circonférence au-dessus des parties accessibles au toucher.

Travail prématuré spontané.

Avortement à 6 mois de 2 enfants. — Par James Moncrief Arnott, chirurgien-major au Midlesex hôpital,

Considérant les difficultés et les dangers qui pouvaient se présenter pendant le travail, et la nécessité probable d'inciser les parties malades, il fut convenu qu'elle resterait dans la saleté des cancéreux.

Heureusement pour la mère, environ 15 jours après survint un travail prématuré. Durant toute la journée du 12 octobre, la malade éprouva beaucoup de douleurs utérines, le liquide amniotique s'écoula. La nuit les douleurs diminuèrent assez d'intensité pour permettre à la malade de prendre quelque repos.

Par le toucher vaginal on constate que le col est effacé; le tiers post de l'orifice est mince, dilatable, sain, les deux tiers antérieurs durs et résistants. On sent le coude droit; l'utérus se contracte énergiquement et descend à chaque douleur, son orifice qui

a la largeur d'une couronne est si rigide que le segment antérieur est projeté en avant et en bas au moment de chaque contraction et l'orifice dévie si loin en arrière qu'il peut être difficilement atteint par le doigt de la main gauche.

Le pouls s'élève à 120; la malade commence à accuser un sentiment prononcé de faiblesse avec de fréquentes envies de vomir. Un peu d'eau-de-vie releva les forces. Les contractions utérines devinrent plus violentes, mais ne parurent pas avoir grand effet sur l'orifice.

A 2 h. survint une violente douleur, j'entendis un son pareil à celui que donne quelque chose qui se rompt et un enfant mâle de près de 6 mois naquit.

Le bras droit et le côté droit de la poitrine étaient presque noirs par suite de la pression qu'ils avaient subie.

Immédiatement nous sentîmes les membranes d'un autre fœtus qui sortit en moins de cinq minutes et un fœtus femelle se présentant par les pieds fut expulsé.

Les placentas sentis à travers l'orifice utérin furent retirés après quelques tractions.

L'orifice utérin n'avait pas plus de *3 pouces de diamètre et n'était nullement déchiré.*

Le 15 novembre au soir survinrent quelques douleurs utérines et le pouls s'éleva au-dessus de 120; il tomba rapidement après l'application de quelques sangsues à 106 comme avant le travail et depuis il n'y a plus eu de symptômes alarmants.

Elisabeth Simpson vécut encore près de 6 mois. Elle garda le lit pendant ce temps et éprouva continuellement des douleurs dans la région iliaque droite, l'opium seul pouvait les calmer.

Deux mois avant son décès apparurent des douleurs dans la cuisse droite accompagnées d'une légère tuméfaction du fémur qui augmenta progressivement jusqu'à acquérir au moment de la mort le volume d'une noix de coco.

Trois semaines auparavant une exophtalmie de l'œil droit avec épiphora et perte complète de la vue fut constatée.

L'autopsie démontra l'existence d'une masse cancéreuse dé-

truisant largement l'utérus, s'étendant à l'os iliaque et même à la tête du femur.

Une tumeur d'un caractère analogue existait au fond de l'orbite droit.

OBSERVATION DE M. GUÉNIOT (IN MÉMOIRE DE CHANTREUIL)

Carcinome du col utérin. — Avortement à six mois et demi de grossesse. — Extraction de l'œuf

« M^{me} X..., demeurant à Passy, âgée de 27 ans, réglée à 14 ans, mariée à 15, mère pour la première fois à 16, et depuis lors ayant eu trois autres grossesses terminées comme la première à terme, par la naissance d'enfants vivants. Aujourd'hui, 18 août, enceinte pour la cinquième fois, arrivée à six mois et demi de grossesse, en travail depuis plus de trente-six heures, ayant perdu les eaux depuis hier matin (il était une heure de l'après-midi quand je vis cette dame).

« Le toucher vaginal révèle l'existence d'un cancer végétant du col utérin, qui forme une tumeur grosse comme le poing sur la lèvre antérieure et envahit tout le reste du col sous forme de tissu dur, résistant, fragile et anticipant même sur la vagin. Cette dame a des pertes répétées depuis quelque temps.

M. Gosselin la vit à trois mois de grossesse, appelé en consultation par le Dr Tenneson. Il fut convenu d'expecter, et en cas de perte inquiétante, d'arracher une portion de la tumeur et de cautériser au fer rouge.

Depuis le 15 août, M^{me} X... souffre de contractions utérines. Elle a perçu hier encore les mouvements de son enfant. Cette dame, d'une grande beauté passée, est anémiée, un peu jaune et porte les traces évidentes de son affection organique (cachexie avancée).

« Au toucher, orifice large comme une pièce de 5 fr., très en arrière à cause de la tumeur antérieure ; cette déviation de l'orifice est tellement prononcée, qu'il faut introduire la main pour l'atteindre. La matrice est animée de contractions qui reviennent fréquemment et la malade est extrêmement fatiguée, quoique très courageuse ; la langue est un peu saburrale, le pouls fréquent. La malade perd quelques gouttes de sang liquide et un caillot. Tout le pourtour de l'orifice étant dur, ferme, inextensible, l'accouchement ne se ferait pas sans intervention. La patiente étant chloroformisée, j'introduisis la main, jusqu'à l'orifice, sur lequel je trouvais les deux mains de l'enfant, la tête et un pied (le droit). Je ramenai ce pied et j'y fixai un lacs. Après quelques efforts de traction, je parvins à extraire l'autre pied et à faire évoluer le fœtus qui fut extrait mort après vingt minutes d'opération totale.

Pendant cette opération, je ramenai un fragment, gros comme une mandarine, de la tumeur cancéreuse qui forme dans la lèvre antérieure une tumeur grosse comme le poing. Je dus aussi débrider à gauche et un peu en arrière l'orifice utérin, pour extraire la tête fœtale arrêtée d'une manière invincible au dessus de ce cercle dégénéré qui ne cédait en aucun point d'une manière notable. Perte de caillots sanguins assez modérée. La malade n'a rien senti pendant l'opération.

Délivrance normale. Enfant pesant environ 2 kilogr. Fille morte depuis peu, car elle était encore fraîche.

Mais je ne perçus à aucun moment, pendant l'opération, de pulsations du cordon. C'est une enfant de six mois et demi environ.

Le lendemain de l'opération, 19 août, la malade va relativement bien ; elle n'a pas perdu d'une manière exagérée. Ventre plat, utérus dur ; pas de frisson.

Pouls à 128 comme avant l'accouchement. Cette dame s'est bien rétablie des suites de couches.

Douze à quinze jours après l'opération, elle a quitté Passy et plus tard s'est adressée à un guérisseur pour son affection cancéreuse.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ SPONTANÉ

L'accouchement prématuré spontané n'est pas rare dans le cancer du col.

Le plus souvent il survient chez les femmes affaiblies épuisées, alors que le cancer a pris une grande extension et que le vagin est envahi.

C'est assez dire que la vie de la mère est bien compromise et il me paraît indiqué de s'occuper principalement de celle de l'enfant.

Au point de vue qui nous occupe, les deux observations suivantes sont bien intéressantes.

J'ai trouvé la première dans le travail de Chantreuil sur le cancer du col pendant la grossesse et la seconde dans les annales de tocologie de 1877.

Dans les deux cas le vagin était envahi. Mais malgré cette grave complication l'accouchement se fait d'une façon normale chez la première femme. Elle a un enfant vivant, seulement elle succombe quelques jours après à des phénomènes d'infection.

Il est permis de penser que si des précautions antiseptiques avaient été rigoureusement appliquées comme dans le cas de M. Charpentier, la femme eût pu survivre quelque temps encore.

Mais si la malade de M. Charpentier a survécu, grâce aux injections de permanganate de potasse et aux soins dont elle a été

entourée, chez elle, le travail s'est tellement prolongé que l'enfant a succombé dans l'intérieur même de l'utérus.

Or il s'agissait d'un enfant de 7 mois $1/2$, par conséquent parfaitement viable.

La rupture de la poche des eaux à lieu le 29 octobre à dix heures du matin, pendant 24 heures, les contractions de l'utérus se succèdent sans désespérer et malgré leur continuité malgré leur énergie, elles restent sans résultat.

Les battements fœtaux se ralentissent et deviennent irréguliers.

Je crois que dans un cas pareil il y aurait lieu de dilater artificiellement le col et de terminer rapidement par une application de forceps.

Mais tout devrait être disposé pour une opération césarienne et il me semble qu'on ne devrait pas craindre d'avoir recours à l'hystérotomie, si la dilatation du col était impossible.

2 OBSERVATIONS D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ SPONTANÉ

Cas de la maternité de Vienne

Cancer envahissant le col, le vagin et le rectum. La malade accouche avant terme, d'un enfant vivant, c'était son 4^e, elle succombe à des phénomènes de pyhémie.

Cancer encéphaloïde du col et du vagin. Accouchement spontané à 7 mois et demie. Enfant mort. (Observation recueillie par Martel est publiée dans les archives de tocologie 1877, page 745.

Le 9 octobre 1877 est entré à l'hôpital des cliniques, la nommée L... femme L... âgée de 37 ans, blanchisseuse.

Elle n'a jamais été malade pendant sa jeunesse ; aucun antécédent de famille ; son père et sa mère sont en bonne santé et les grands parents sont morts à un âge avancé.

Réglée à 15 ans pour la première fois, la menstruation se faisait régulièrement et en assez grande abondance. Chaque mois pendant 2 jours et ne donnait lieu à aucun accident.

Pas de leucorrhée dans l'intervalle des règles.

Mariée à 21 ans, elle a eu un accouchement prématuré à 8 mois et quatre autres accouchements à terme et très faciles, malgré le volume notable des enfants.

Depuis 6 ans, époque où elle a accouché de son dernier enfant, la menstruation était difficile, précédée et accompagnée de très vives coliques et de douleurs lombaires. Cependant malgré cette dysménorrhée, l'état général restait excellent.

Il y a deux ans seulement que l'amaigrissement a commencé ; sa marche a d'abord été lente, mais cette grossesse paraît lui avoir rapidement fait atteindre le degré que nous pouvons constater.

La maigreur et l'affaiblissement sont en effet extrêmes, les téguments et les muqueuses sont décolorées, il y a un bruit de souffle cardiaque et carotidien intense, la malade ne peut qu'à grand peine rester assise, pendant une heure dans un fauteuil.

La peau du visage ridée, jaunâtre, les traits étirés, les yeux

un peu ternes, donnent à cette malade, l'aspect d'une femme très âgée.

Réglée pour la dernière fois, le 3 mars 1877, il n'y a pas eu d'écoulement, ni sanguin, ni leucorrhéique jusqu'au 3^e mois de la grossesse. A cette époque c'est-à-dire vers le milieu du mois de mai, à la suite d'un travail fatigant, première hémorrhagie peu abondante, qui persista pendant 3 jours.

Au bout d'une quinzaine de jours, nouvelle hémorrhagie qui fut remplacée au bout de 48 heures par un suintement sanguinolent non fétide. Cet écoulement dura pendant 3 semaines sans interruption, cessa, mais réapparaissait sous l'influence de la moindre fatigue.

La malade ne pouvant plus que difficilement vaquer à ses occupations, à cause de son état de faiblesse qu'étaient venu aggraver des douleurs lombaires très-violentes, se décida le 22 août 1877 à entrer à l'hôpital des cliniques, où M. Depaul, après avoir constaté cet état anémique extrême, reconnu par le palper et le toucher, les diverses particularités suivantes :

L'utérus normalement développé s'élève à 1 centimètre environ au-dessus de la cicatrice ombilicale comme dans une grossesse de 5 mois environ. On entend les battements du cœur en bas et à gauche de l'abdomen. Par le toucher que l'on doit pratiquer avec les plus grands ménagements, à cause de l'hémorrhagie qui survient très-facilement, le doigt est immédiatement arrêté dès son introduction dans le vagin par une masse inégale, mamelonnée, grenue, qui au premier abord paraît être le col très-hypertrophié et qui n'est que la paroi supérieure du vagin envahie par la lésion cancéreuse, très épaisse et comme séparée en deux par un sillon antéro-postérieur.

Tout le pourtour du vagin offre des saillies de tissu cancéreux plus ou moins longues qui bouchent le canal et ne laissent arriver au col qu'avec une certaine difficulté. Le museau de tanche est dégénéré dans toute sa périphérie; ses deux lèvres sont nettement séparées latéralement par une anfractuosité profonde; la lèvre antérieure tomenteuse, comme déchiquetée, plus dure que

la postérieure, est longue de 3 centimètres et demi à peu près, la postérieure est un peu plus lisse, plus courte et n'a que 2 centimètres de longueur. Le col a donc grossièrement la forme d'un bec de flûte. A ces caractères, le professeur porte ce diagnostic : cancer du col de nature encéphaloïde ayant envahi presque toute l'étendue de la muqueuse vaginale.

Après quinze jours de séjour à l'hôpital, la malade, trouvant que les douleurs lombaires avaient diminué, voulut s'en aller. Mais ces douleurs réapparurent de nouveau au bout de peu de temps, augmentèrent d'intensité et d'étendue en s'irradiant dans la partie abdominale et dans les parties supérieures des cuisses.

La malade rentra donc le 9 octobre 1877 à l'hôpital des Cliniques, où M. Charpentier, suppléant du professeur Depaul, reconnut que les lésions locales dont nous venons de parler étaient toujours dans le même état. Un léger suintement sanguinolent se faisait par les parties génitales, mais il n'avait pas d'odeur particulière. Le ventre était plus développé, la matrice remontait à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, l'enfant se présentait par le sommet en position latérale gauche variété antérieure. Cependant les douleurs lombaires et abdominales s'exaspérant par crises faisaient beaucoup souffrir la malade et l'empêchaient absolument de reposer. Des injections hypodermiques furent faites matin et soir avec une solution de morphine et amenèrent un soulagement notable. Constipation opiniâtre. Dysurie.

29 octobre. — La poche des eaux se rompt promptement à 10 heures du matin et amène ainsi l'écoulement d'une assez grande quantité de liquide amniotique, suivi d'un suintement de sang abondant qui continue pendant toute la journée. Malgré des contractions énergiques qui se sont renouvelées à courts intervalles depuis 11 heures du matin, on ne constate le soir, par le toucher, aucune modification dans la longueur ni dans la consistance du col.

30 octobre. — La nuit a été mauvaise. Les contractions utérines ont persisté avec la même intensité et n'ont amené aucun

résultat; le col est toujours long, dur et ferme. Du sang s'écoule toujours par les parties génitales, mais en très-petite quantité. La tête fœtale reste au-dessus du détroit supérieur; les battements cardiaques de l'enfant deviennent lents et irréguliers. Quoique fatiguée par ce travail d'accouchement pénible et déjà long, la malade n'est pas dans un état qui réclame une prompt intervention;

M. Charpentier croit devoir attendre encore, d'autant plus qu'il a vu d'une part ces accouchements se terminer tout seuls dans un certain nombre de cas, et d'autre part les mauvais effets du débridement dans le tissu cancéreux. P. 116. T. 48°.

Soir. — Les contractions utérines, de plus en plus fortes, ont fini par amener une légère dilatation de l'orifice externe, qui a le diamètre d'une pièce de 5 francs. Le col forme encore un canal de 2 centimètres de longueur et de la largeur de l'orifice externe. Quant à l'orifice interne, il est un peu moins dilaté. Ce canal cervical est inégal, bossué, comme formé par des brides de tissu dur alternant irrégulièrement avec un tissu bien moins résistant. La lèvre antérieure est toujours plus longue que la postérieure, dont elle est nettement séparée. Le vagin est inextensible. On n'entend plus les battements du cœur fœtal. P. 116, T. 39, 9.

31 octobre. — Les contractions utérines ont encore augmenté d'intensité pendant la nuit, et ce matin, à notre arrivée à l'hôpital, nous avons trouvé la tête à la vulve. Le dégagement s'est fait avec la plus grande rapidité, et un enfant mort a été expulsé prématurément à 8 heures et demi, après un travail qui a duré quarante-cinq heures et demi. Poids, 2.080 gr. Occipito-frontal, 11 cent.; occipito-mentonnier, 12 cent.; bipariétal, 8 cent. et demi; sous-occipito-bregmatique, 8 cent. et demi. — Délivrance naturelle. Pas d'hémorrhagie, ni après l'expulsion de l'enfant ni après la délivrance. L'utérus se rétracte bien. Potion de Todd Potages.

Soir. — Tranchées utérines à intervalles éloignés. Écoulement lochial peu abondant. Les douleurs lombaires qui faisaient tant souffrir la malade ont complètement disparu. P. 120. T. 40°

1^{er} novembre. — Etat général relativement bon. La malade, qui a passé une bonne nuit, est plus tranquille. L'utérus a diminué de 1 centimètre dans son diamètre vertical. Parties génitales externes un peu tuméfiées. L'écoulement lochial devient fétide. P. 96. T. 38,6.

2 novembre. — L'utérus a encore diminué. L'écoulement lochial devient si fétide que l'on est obligé de faire évacuer la salle dans laquelle se trouve cette malade. Injection avec la solution au 1/1000 de permanganate de potasse. T. 38,7.

3 novembre. — Malgré de nombreuses injections faites dans la journée d'hier, la fétidité des lochies n'a pas diminué. T. 38,5.

4 novembre. — Les lochies répandent toujours une odeur nauséabonde; la malade en est très-incommodée. Les douleurs lombaires qui avaient cessé depuis l'accouchement la font de nouveau souffrir, surtout dans la soirée. T. 38,8.

5 novembre. — Une hémorrhagie, que l'on peut évaluer à 500 grammes environ, s'est produite ce matin sans cause apparente et a beaucoup affaibli la femme L... Les douleurs lombaires ont été aussitôt calmées après cette perte. P. 120. T. 38, 9. On fait deux injections avec une solution de perchlorure de fer étendue, et on place dans le vagin un petit tampon imbibé de cette solution un peu concentrée.

6 novembre. — M. Depaul enlève le tampon placé la veille, un putrillage brúnâtre entièrement fétide s'écoule des parties génitales. La malade est toujours très-faible et ne veut prendre aucune nourriture. Deux ou trois vomissements bilieux pendant la journée. Pas de diarrhée. Pas de douleurs lombaires. T. 39,2.

7 novembre. — L'écoulement sanieux, qui durait depuis six jours, est à peu près arrêté; la malade ne fait que tacher son linge, cependant elle répand toujours une odeur repoussante. L'état général est un peu meilleur, quoique les douleurs lombaires aient reparu, elles sont supportables. On est obligé de combattre la constipation opiniâtre par une cuillerée à bouche d'huile de ricin tous les deux jours ou par des lavements émollients. T. 38,8.

8 novembre. — Douleurs lombaires plus fortes qu'hier. Pas d'écoulement fétide. L'inappétence continue. Pas de sommeil à cause de la violence des douleurs lombaires. Injections morphinées. T. 38,7.

9 novembre. — Douleurs encore plus aiguës. On est obligé d'augmenter le nombre des gouttes de l'injection hypodermique. Pas d'écoulement. T. 38, 8.

10 novembre. — Même état. T. 38,6

11 novembre. — Les douleurs abdominales sont moins violentes, mais les douleurs lombaires persistent toujours. L'utérus déborde encore d'un travers de doigt le bord supérieure de la symphyse pubienne.

A partir de ce jour jusqu'au 28 novembre, jour où la malade a obtenu sa sortie, l'état général s'est légèrement amélioré, les douleurs lombaires se sont amendées, mais l'affaiblissement est toujours très-grand. Nous constatons, le jour de son départ, que l'état du col et du vagin est le même qu'avant l'accouchement, cependant les lambeaux cancéreux qui obstruent le vagin sont en plus grand nombre, le pourtour du col est fendu en plusieurs endroits : il est évident que le passage de la tête a provoqué de profondes déchirures dans ce tissu dégénéré.

J. MARTEL.

TRAITEMENT PALIATIF

Nous avons dit en étudiant le pronostic de la grossesse chez une femme atteinte de cancer du col à combien d'accidents cette malheureuse était exposée.

Il est consolant de penser que nous ne restons pas absolument désarmés et que nous pouvons souvent alors intervenir d'une façon utile.

HÉMORRHAGIES

Ce qui effraie le plus la malade et son entourage et avec juste raison ce sont les hémorrhagies.

Graves pour la mère, elles le sont également pour l'enfant il faut les arrêter rapidement et même les prévenir si c'est possible.

Un bon moyen et qui réussit presque toujours c'est une injection très chaude aussi chaude qu'elle puisse être supportée. Si l'on pouvait choisir le liquide on ferait usage d'un liquide antiseptique solution de sublimé, d'acide phénique ou d'acide borique.

Il serait dangereux et le plus souvent inutile d'introduire le speculum pour placer une pince à force de pression.

En effet dans l'immense majorité des cas on n'arriverait pas à se rendre compte de l'artère qui donne et si par hasard on la voyait, la pince que l'on aurait fixée ne tarderait pas à tomber car on est là en plein tissus sinueux friables, sans résistance.

Dans un cas pareil il serait préférable de se servir du thermocautère. Mais je le répète on évitera soigneusement de faire usage du speculum. Et comme la même remarque peut être faite aux caustiques quels qu'ils soient, chlorure de zinc, acide chromique, acide nitrique, acétate de plomb mieux vaut ne pas y avoir recours.

Dans les grandes hémorrhagies on devra recourir au tamponnement du vagin.

C'est un moyen à la fois héroïque et dangereux.

Il doit être fait avec grand soin et le plus antiseptiquement possible.

Grâce à lui on peut arrêter des pertes qui ne céderaient à aucun autre moyen. Mais il ne faut y recourir que s'il y a urgence absolue.

Lorsqu'il s'agit de petites hémorrhagies on peut se contenter d'injections astringentes avec des solutions de tannin, d'acide acétique, de perchlorure de fer, etc.

En tous cas le vagin sera toujours débarrassé soigneusement des caillots qu'il pourrait contenir. La vulve sera lavée avec soin. Les draps de lit et les draps de corps complètement changés.

La malade gardera l'immobilité. On évitera de faire du bruit autour d'elle. Son bassin restera un peu élevé, la

tête basse, boissons froides, comme tisane, Champagne frappé si possible.

DOULEUR

La douleur dans le cancer du col est un des phénomènes pour lesquels on est le plus souvent consulté. Elle est souvent très violente et suffit quelquefois pour rendre tout sommeil impossible.

Tantôt limitée dans le petit bassin.

Tantôt irradiant vers les lombes ou au contraire dans les membres inférieurs.

Capuron dans ce cas prescrivait des injections vaginales opiacées.

Maintenant on prescrit souvent des lavements avec 15 ou 20 gouttes de laudanum.

Mais les injections hypodermiques de morphine surtout seront d'un grand secours.

Follin et Ch. Bernard ont préconisé les douches d'acide carbonique.

Il existe beaucoup d'autres moyens encore tels qu'injections de chloral. Injections de camomille et chloroforme. Pansement à la poudre de pepsine.

Mais il faut reconnaître malheureusement que si la douleur est due à l'envahissement du vagin elle reste presque toujours rebelle à tout traitement.

FÉTIDITÉ ET SEPTICÉMIE

Il est probable que la liqueur de Vanswielen dédoublée donnerait dans ce cas si on l'employait en injections vaginales les résultats les plus satisfaisants.

Ses propriétés antiseptiques ne sont plus à démontrer ; mais il ne faut pas perdre de vue que les lavages devant être faits très fréquemment et pendant longtemps, on ne devrait pas cesser de surveiller la malade et cesser toute préparation hydrargyrique s'il survenait de la salivation ou tout autre accident mercuriel.

Demarquay recommandait le permanganate de potasse.

Je trouve encore dans la thèse d'agrégation de M. Lucien Picqué 1880 les injections détersives avec le coaltar saponiné.

L'eau de labaraque.

L'acide phénique.

Les liquides aromatiques.

La chlorure de chaux.

Les tampons d'ouate alcoolisée.

Enfin je crois qu'on pourrait sans aucun danger avoir recours aux solutions d'acide borique à 3 %.

Un grand bain tous les deux jours.

Faire porter un bandage en T comme celui dont les femmes font usage pendant leurs règles, on le changera tous les jours et même plusieurs fois par jour si c'est

nécessaire. On recommandera la propreté du linge, des vêtements et du lit.

On pourra pour plus de précaution placer sur la vulve une compresse trempée dans le sublimé.

Enfin, s'il survenait des excoriations du vagin ou de la vulve on les panserait avec de la vaseline boriquée à 10 0/0.

ENVAHISSEMENTS DES ORGANES VOISINS

PHÉNOMÈNES DE COMPRESSION

Fistules uréthrales vésicales et rectales

Il ne faut pas se dissimuler qu'en présence de ces accidents, la thérapeutique restera le plus souvent impuissante.

Les résolutifs tels que sels de plomb, chlorate de potasse carbonate de fer, n'ont là qu'une action très douteuse et ne me paraissent pas indiqués.

Je préférerais recourir à la cautérisation superficielle avec le perchlorure de fer, le Tannin, le nitrate d'argent, la teinture d'iode.

L'écrasement de bourgeons exubérants et le grattage ne sont pas des moyens à conseiller, ils exposent trop à l'avortement.

PHLEGMASIES DE VOISINAGE

Lymphangite - Phlegmon du ligament large - Pelvipéritonite

On traitera ces complications comme on le fait lorsqu'elles surviennent dans une grossesse ordinaire.

REPOS. — Ventouses scarifiées.

Frictions mercurielles sur la région hypogastrique.

Cataplasmes avec onguent napolitain, belladone.

Lavements laudanisés.

CACHEXIE

Le mal peut faire des progrès tels, que l'économie s'épuise, la femme maigrit, ses jambes enflent.

Si la cachexie est assez peu prononcée on aura recours aux toniques, aux reconstituants fer. vin de quinquina.

Mais si la cachexie est très-avancée et que tout espoir de prolonger la mère soit perdu, toute l'attention se portera sur le fœtus et s'il est viable on sera en droit non-seulement de provoquer l'accouchement mais encore de pratiquer l'opération césarienne.

EXPECTATION

ACCOUCHEMENT

Pour en être convaincu il suffit de se reporter aux observations que j'ai données à la fin du chapitre des interventions à l'égard des interventions pendant la grossesse.

Malheureusement encore le 27 septembre, Madame Henry âgée femme en chef de la clinique, avait l'habitude de me faire prévoir qu'une femme atteinte de lésions du col était en danger de perdre le fœtus.

Je me souviens que de cette femme, je connaissais une lésion du col, qui à droite et en apparence sur la face postérieure était une grande ulcération tout à fait profonde.

Voici d'ailleurs l'observation :

La femme B... 43 ans, catholique est entrée à la Maternité le 25 septembre à 2 h. du soir, service de M. le Prof. Tarnier.

SYMPTÔMES DE L'ACCOUCHEMENT

Lymphangite - Phlegmon du ligament large - Pilon péri-utérin

On trouve ces complications comme on le voit dans
les observations qui sont insérées dans ce

Recueil - Voyez les observations - 1000

Observations de la région hypogastrique

Observations de la région hypogastrique

ACCOUCHEMENT

SYMPTÔMES

On trouve ces complications comme on le voit dans

les observations qui sont insérées dans ce

Recueil - Voyez les observations - 1000

Observations de la région hypogastrique

Observations de la région hypogastrique

On trouve ces complications comme on le voit dans

les observations qui sont insérées dans ce

Recueil - Voyez les observations - 1000

Observations de la région hypogastrique

EXPECTATION

Lorsqu'une femme atteinte de cancer du col a mené sa grossesse à terme, certes elle n'est pas à l'abri de tout danger, mais les observations dans lesquelles l'accouchement s'est fait d'une façon normale sont si nombreuses que vraiment on commettrait une faute en portant un pronostic trop grave.

Pour en être convaincu il suffit de se reporter aux observations que j'ai données à la fin du chapitre des interventions facultatives pendant la grossesse.

Mais dernièrement encore le 27 septembre, Madame Henry sage-femme en chef de la maternité, avait l'obligeance de me faire prévenir qu'une femme atteinte de cancer du col était accouchée dans le service de M. le Professeur Tarnier.

Je me rendis près de cette femme, je constatai une légère déchirure du col à droite et un épithélioma sur la lèvre postérieure. C'était une grande multipare tout s'est passé sans qu'il ait été nécessaire d'intervenir.

Voici d'ailleurs l'observation :

La nommée Ba... 43 ans, culottière est entrée à la Maternité le 25 septembre à 2 h. du soir, service de M. le Prof. Tarnier.

Elle paraît être d'une bonne constitution son bassin est normal. Elle a été réglée pour la 1^{re} fois à 13 ans, et ses menstruations ont toujours été normales jusqu'au mois d'avril 1883. A partir de ce moment elle a eu des pertes rouges irrégulières et des flueurs blanches très fétides. Elle a eu 6 grossesses, toutes se sont terminées spontanément et à terme, 3 garçons et 3 filles, tous ses enfants se sont présentés par le sommet.

Elle a été réglée pour la dernière fois du 25 au 30 octobre 1883, et depuis elle n'a plus perdu franchement en rouge mais un liquide fétide couleur chocolat et dans les intervalles des flueurs blanches très abondantes.

Sa grossesse n'a été troublée par aucun accident grave, mais elle a eu souvent des coliques intestinales et des crampes dans les jambes.

Les premières douleurs l'ont prise le 26 à 10 h. 30, à 11 h. elle entrait à la salle d'accouchements et presque immédiatement elle perdait abondamment son liquide amniotique, la poche des eaux en effet venait de se rompre.

C'était une O. I. D. A.

Quelques heures plus tard c'est-à-dire à 1 h. du matin. La dilatation était complète et à 1 h. 20 l'accouchement se terminait seul. Le travail en tout avait duré 3 h. 20.

La délivrance s'est faite à 1 h. 35.

Or cette femme avait sur la lèvre postérieure du col un épithélioma facile à sentir par le toucher et de plus il existait à droite dans la partie saine une déchirure produite par le passage de la tête.

L'état général est très satisfaisant et il est fort probable que cette femme pourra bientôt sortir de l'hôpital et reprendre ses occupations.

RIGIDITÉ DU COL ET RUPTURES UTÉRINES

Mais même dans les cas où la lésion est bien plus étendue, l'accouchement peut encore se faire spontanément et je n'en veux pour preuve que l'observation maintenant classique de M^{me} Boivin et Dugès.

A côté de ces terminaisons heureuses il en est d'autres qui peuvent présenter des difficultés telles qu'une intervention devienne nécessaire.

Par exemple certains cols squaireux complètement envahis opposent la plus grande résistance à la dilatation. L'utérus s'épuise en contractions infructueuses. Ces contractions cessent puis reprennent mais avec une énergie moins considérable. C'est ce qu'on a appelé le travail manqué. Le travail à répétition. C'est dans cette catégorie qu'il faut classer l'observation classique de Menzies où l'accouchement n'eut pas lieu et la grossesse se prolongea 17 mois.

Il me paraît absolument indiqué dans de pareils cas de faire l'opération césarienne.

Et j'avoue que je ne comprends pas les raisons qui ont pu déterminer Menzies à ne pas intervenir.

Dans les cas les plus heureux lorsque l'accouchement se fait spontanément il arrive souvent que le col est déchiré soit dans la partie malade, soit dans la partie saine.

Nous avons eu un exemple du premier cas dans l'observation de M. le D^r Loviot et un exemple du second dans les deux observations que j'ai recueillies moi-même l'une à la charité, l'autre à la maternité.

Malheureusement le tissu utérin une fois entamé peut continuer de se déchirer, et chose plus grave, peut être plus fréquente la rupture utérine peut se faire sans lésion du col.

Un bel exemple de cet accident est cité dans la mémoire de Chantreuil.

Il est tiré des observations de Knoblochius et se trouve dans le sepulcretum de Théophile Bonnet (Genève 1679) et dans Thomas Bartholin de *insolitis partus viis* 1664.

Il s'agit d'une femme atteinte de cancer du col qui reste 3 jours en douleurs, et finit par succomber, l'autopsie démontre une rupture utérine.

Knoblochius fut appelé trop tard. Mais s'il eut vu la malade plus tôt il eut fait l'opération césarienne. Il se préparait à la commencer lorsque la femme rendit le dernier soupir.

Knoblochius avait raison mais il eut mieux valu encore en voyant l'inefficacité des contractions utérines sur la dilatation du col se décider immédiatement à faire l'opération césarienne et ne pas attendre qu'on ait la main forcée par une rupture utérine.

Enfin Nœgele et Grenser insistent beaucoup sur l'arrachement possible des végétations carcinomateuses par la tête du fœtus ou une autre de ses parties au moment où elle franchit l'orifice.

Il en peut résulter des hémorrhagies assez graves pour

rendre nécessaire une délivrance rapide et artificielle suivie d'un tamponnement.

Revenons sur quelques-uns de ces accidents.

Et d'abord la rigidité du col.

La femme est en travail depuis 24 ou même 48 h. L'utérus s'épuise.

DILATATION ARTIFICIELLE DU COL

On se trouve en face d'un de ces cas qui ont été désignés sous le nom de travail à répétition, travail manqué.

Malgré le danger que court le fœtus, il faut bien reconnaître qu'on aura quelque peine à se décider immédiatement à pratiquer une opération césarienne.

On essaiera d'abord de dilater le col.

On commencera par l'introduction du doigt.

Si on ne réussit pas on aura recours à la laminaire à l'éponge préparée, enfin au dilatateur de Barnes ou à tout autre du même système.

Mais il faut bien reconnaître que ces moyens resteront souvent sans résultat.

C'est alors que ne sachant quoi faire et n'osant pas proposer une opération grave ou même n'osant pas l'exécuter, l'accoucheur ne craint pas de prescrire du seigle ergoté.

Or il est de règle absolue de ne jamais donner de seigle ergoté tant qu'il reste dans l'utérus un fœtus ou un placenta à expulser.

Les accidents les plus graves peuvent résulter de cette méthode chez les femmes qui paraissent bien portantes et bien constituées, à plus forte raison quand il y a une lésion du col.

Et pourtant cela a été fait.

En voici un exemple que je trouve dans le mémoire de Chantreuil.

OBSERVATION XXVIII PAGE 86 DU MÉMOIRE DE CHANTREUIL

Ergot de seigle. — Forceps. — Incisions

Observation publiée par le Dr Löwenhardt, de Prenzlau

« La femme qui fait le sujet de cette observation m'était inconnue jusqu'au 17 octobre 1835. A cette époque, je fus appelé pour l'accoucher.

A mon entrée, je fus frappé par l'aspect cachectique de la parturiente, qui se trouvait dans un état grave.

F... âgée de 38 ans, ayant déjà eu 7 enfants vivants; assez bien portante autrefois; seulement, depuis le dernier accouchement difficile, qui eut lieu il y a 4 ans, elle avait été plus souvent malade; elle ressentait particulièrement beaucoup de douleurs autour des hanches; des écoulements vaginaux sanieuse et fœti-

des... Quand je pratiquai le toucher vaginal chez cette femme, je trouvai l'orifice de la matrice gonflé en forme de bourrelet et induré dans tout son pourtour, douloureux au toucher et seulement assez ouvert pour permettre à peine l'introduction de la pointe de l'index.

Je prescrivis toutes les heures un scrupule d'ergot de seigle. Les douleurs augmentèrent 2 heures après, mais sans agrandir en aucune façon l'orifice. Vers 7 h. du soir, je me décidai à l'inciser. Je conduisis un bistouri boutonné le long de l'index gauche jusque dans l'intérieur de l'orifice, et, une fois en dedans de cet orifice, j'appuyai sur la circonférence avec le tranchant de l'instrument et j'incisai avec précaution tant que le tissu me parut induré. Il ne se produisit ni douleur, ni hémorrhagie à la suite de cette opération.

Comme les douleurs cessèrent de nouveau et que la parturiente était très faible, je fis une application de forceps qui me permit d'amener au monde un enfant vivant après quelques tractions. Une hémorrhagie étant survenue après l'accouchement, la délivrance fut faite artificiellement. Suites de couches normales; la femme mourut l'année suivante à cause des progrès de la cachexie cancéreuse.

Ainsi voilà un cas où une prise d'ergot de seigle a été prescrite toutes les heures. Les contractions sont devenues plus fortes et cependant le col n'a pas cédé.

Je m'empresse d'ajouter qu'il n'eut pas cédé davantage dans le cas d'un utérus sain.

J'ai pu observer en effet une femme à laquelle on avait fait prendre de l'ergot de seigle en ville avant qu'elle fut accouchée.

L'utérus était tétanisé aussi bien dans son corps que dans son col. Et l'embryotomie fut rendue nécessaire par cette résistance artificielle du col.

INCISIONS DU COL

Donc l'ergot de seigle ne servira en aucune façon, et s'il agit énergiquement ce sera pour apporter un nouvel obstacle à un accouchement déjà difficile.

On ne prescrira pas, par conséquent, d'ergot de seigle.

Mais aura-t-on recours aux incisions du col?

J'avoue que pour s'excuser de recourir à une telle pratique on peut se couvrir des noms les plus considérables et les plus autorisés : Baudeloque, Malgaigne, Otto, Spiegelberg, et récemment encore M. Guéniot. Et, en effet, puisque souvent on observe des déchirures spontanées du col dans le cas de dégénérescence carcinomateuse, le médecin est dans son rôle, ou plutôt paraît être dans son rôle, en imitant la nature. *Medicus naturæ minister et interpretæ.*

Je me trouve, par conséquent, un peu gêné pour dire que c'est une opération détestable, et pourtant je le pense.

Il faut, en effet, supposer une main bien habile pour admettre qu'on n'ira pas plus loin que le col et qu'on n'arrivera pas dans le péritoine.

Et puis cette incision, une fois faite, et je la suppose bien faite, ne va-t-elle pas s'agrandir lors du passage de la tête et devenir le point de départ d'une rupture utérine.

Si les choses n'en vont pas jusque-là, il pourra toujours se produire une hémorrhagie grave, dont on aura grand peine à se rendre maître.

Enfin, c'est un traumatisme fatalement septique, grâce au milieu dans lequel il est fait. C'est une porte d'entrée à l'infection, à la septicémie, à la mort.

Je ne nie pas que, malgré tout, cette pratique n'ait donné de temps à autre de bons résultats, mais je prends au hasard dans le mémoire de Chantreuil deux ou trois observations où des incisions ont été pratiquées.

J'en trouve une de Dieterich, dans laquelle on fit des incisions; la femme mourut cinq jours après. Mais comme on avait fait préalablement la section du col avec l'anse galvanique, je passe (obs. 34).

L'observation de Malgaigne (obs. 25), est plus intéressante. Cet illustre chirurgien fait avec un bistouri boutonné deux incisions latérales. La dilatation ne se produit pas, les contractions cessent, et la nuit suivante surviennent des vomissements bilieux.

On donne du seigle ergoté et, nouvel exemple du danger de ce médicament, la tête ne franchit pas le col. L'enfant meurt. Et l'accouchement ne se fait qu'au bout de 72 heures, C. A. D. longtemps après que le seigle ergoté avait cessé d'agir. Qui sait même s'il ne se fût pas terminé plus tôt si l'on n'eût pas eu recours à ce médicament.

La lecture de l'observation permettra d'en juger.

Enfin, dans une observation de Lowenhardt, l'administration du seigle ergoté n'arrêta pas l'hémorrhagie et ne dispensa pas d'une application de forceps.

OBSERVATION XXV, DU MEMOIRE DE CHANTREUIL

PAGE 75

Incisions. — Malgaigne

Adèle Privé, âgée de 30 ans, entra à l'hôpital St-Louis, croyant être sur le point d'accoucher, bien que, d'après son propre calcul, elle ne fut enceinte que de 6 mois et demi. Elle avait déjà eu 2 enfants qui étaient parfaitement venus après un travail d'une heure au plus.

L'interne de garde la touchat et se convainquit que le col n'était pas dilaté, mais qu'il était le siège de tumeurs inégales, dures, dont trois du volume d'une aveline, occupaient la lèvre antérieure ; la lèvre postérieure en portait de plus nombreuses, mais plus petites, séparées entre elles par des sillons profonds. — Nul écoulement par le vagin, dont la muqueuse était indurée à son point d'insertion au col, surtout à droite. La malade n'avait jamais ressenti de douleurs dans cette partie, et ne se doutait point de la dégénérescence qui y existait ; elle jouissait pour tout le reste d'une bonne santé, exécutant régulièrement toutes ses fonctions.

La seule incommodité qu'elle eût ressentie dans ses grossesses

précédentes, c'étaient des varices aux membres, inférieurs et sur la grande lèvre gauche.

Du 29 septembre au 8 octobre, la malade alla assez bien ; dans la nuit du 8 au 9, les douleurs commencèrent, peu intenses d'abord, mais bientôt elles allèrent en augmentant. Cependant le lendemain se passa sans que le col parût dilaté ; l'indicateur seul pouvait y pénétrer, et arrivait jusqu'à la tête du fœtus, où il rencontrait les fontanelles antérieure et postérieure.

Enfin, la poche des eaux se rompit le 10 octobre, dans la matinée, et les douleurs continuant sans que le col s'ouvrit d'avantage, M. Malgaigne se décida à pratiquer, avec un bistouri boutonné, deux incisions latérales, qui ne furent suivies ni d'hémorragies, ni de douleurs bien vives.

Dans la journée, les contractions cessent : insomnie, vomissements bilieux répétés.

Le 11. — Malgré les incisions d'hier, le col s'est à peine dilaté et n'admet que 2 doigts ; les contractions utérines ne se réveillant point, on donne une décoction de 2 gr. de seigle ergoté, administré à petites doses, de manière à dilater peu à peu l'orifice. La tête du fœtus est descendue un peu, mais elle est violemment comprimée entre les lèvres du col. On perçoit encore les battements du cœur du fœtus.

Le 12. — La malade est examinée par plusieurs chirurgiens, MM. Huguier, Monod, Morel-Lavalée, qui sont d'avis de s'en fier désormais à la nature. — M. Monod, en introduisant le doigt dans le vagin, donne issue à une quantité notable d'un liquide infect, rougeâtre, mêlé de pus et de matières fétides, rappelant l'odeur des matières fécales.

D'où venait ce liquide et quelle était sa nature ? Le doigt, introduit dans le rectum, ne constata aucune perforation de la cloison recto-vaginale, et les explorations antérieures n'avaient fait reconnaître l'existence d'aucun abcès.

M. Monod pensa qu'il avait pénétré avec le doigt dans un foyer siègeant à l'entrée et à droite du vagin. La malade était si fatiguée qu'on ne voulut pas pousser plus loin l'investigation. — Point

d'écoulement sanguin, mais seulement d'un liquide séro-muqueux, d'une odeur nauséabonde. — On n'entendit plus les battements du cœur de l'enfant, et la mère ne le sentait plus remuer.

Vers le soir, le col se dilata peu à peu, et il fut jusqu'à présenter une ouverture d'un diamètre supérieur à celui d'une pièce de 5 fr.

Le 13, à 4 h. du matin, la femme accoucha d'un enfant mort. Il n'y eut point d'hémorrhagie après l'accouchement. Le placenta sortit 2 heures après, sans qu'on eût exercé aucune traction sur le cordon.

L'enfant, du sexe féminin, avait tout l'aspect d'un fœtus à terme.

La malade passa assez bien la journée, et dormit même parfaitement la nuit suivante; mais un écoulement abondant et infect se faisait par le vagin; la peau prit une teinte ictérique, les forces allèrent en déclinant rapidement et enfin la mort arriva le 17 à 10 h. du soir.

Autopsie, 36 h. après la mort.

L'abdomen était flasque; l'utérus encore très-développé, offrait 16 centimètres de large sur 20 de hauteur, et les parois de 2 centimètres 1/2 d'épaisseur. Le col était déchiré; on remarquait, aux commissures, les deux incisions faites par M. Malgaigne, qui se trouvaient dirigés latéralement, sans avoir entamé le vagin, et sans arriver dans la cavité pelvienne.

Les tumeurs squirrheuses du col avaient été ramollies et déchirées par le travail de l'accouchement. — La cloison recto-vaginale était intacte; mais au point où M. Monod avait rencontré un abcès, on trouva un foyer vide à loges multiples, creusé dans l'épaisseur de la nymphé droite, et qui était caché par la saillie de la grande lèvre tuméfiée.

Point de lésions dans le péritoine, dans la vessie, dans le rectum; pas de pus dans les veines utérines, hypogastriques, ovariennes.

Epanchement purulent dans la plèvre gauche, bien que la malade

n'y eût jamais accusé de douleurs, et quelques petits points gangréneux dans le poumon gauche.

Le seul cas qui paraisse avoir donné un résultat satisfaisant est celui d'Otto Spiegelbert (toujours dans le mémoire de Chantreuil) obs. 26) et encore les incisions seules n'eussent pas suffi. Elle ont permis de faire une application de forceps qui sans elles eut été impossible. Mais n'est-on pas effrayé en songeant aux dangers qu'on faisait alors courir à la mère et n'est-il pas permis de craindre qu'appliqué par une main moins habile le forceps ne produise une déchirure de l'utérus et du péritoine.

OBSERV. XXVI, PAGE 78

Forceps. — Incisions. — Otto Spiegelberg

La femme P..., âgée de 44 ans, a déjà mis au monde huit enfants naturellement, le dernier il y a 5 ans. Il y a 2 ans, fausse couche. Depuis cette époque, menstruation plus abondante; dans l'intervalle des règles, écoulement fetide. Conservation des forces.

La dixième grossesse se passa régulièrement. Dans le dernier mois, apparurent des métrorrhagies peu abondante, du reste, mais répétées. C'est à cette époque que cette femme vint réclamer mes soins. Je la vis pour la 1^{re} fois le 24 mai, et trouvai l'utérus ayant le développement qui correspond aux derniers mois de la grossesse.

Maximum d'intensité des battements du cœur à gauche. On ne sent pas, par le toucher, de parties fœtales à travers le segment inférieur de l'utérus. Portion vaginale du col longue et dure ; la lèvre antérieure large, d'une dureté cartilagineuse, avec nodosités la lèvre postérieure plus molle, comme abcédée et en voie de destruction. Col ouvert permettant l'introduction du doigt jusqu'à 1/2 pouce de profondeur, où il est arrêté par un anneau ferme, dur.

La lèvre antérieure a subi une inversion, de sorte que son bord regarde en dehors, et sa face interne en bas. Dans le vagin quelques caillots ; rien d'autre à signaler. Il n'était pas douteux que nous avions affaire à un carcinome encore limité du col. Comme l'écoulement du sang était faible, je me bornai à des remèdes anodins. Il ne revint pas avant le 1^{er} Juin, époque à laquelle se déclarèrent les premières douleurs vers le soir.

Celles-ci dilatèrent l'orifice interne dans le cours de la nuit, effacèrent le col en partie.

Le matin du 2 juin, je trouvai la tête fixée dans le bassin, au niveau du détroit supérieur. La lèvre postérieure déviée en arrière, pouvait à peine être atteinte. La lèvre antérieure était à peu près dans le même état qu'au 24 mai. Les contractions régulières, mais faibles, produisirent vers minuit la rupture de la poche des eaux, à la suite de laquelle la tête s'engagea plus profondément. — La position, d'après le maximum d'intensité des battements du cœur, était O, I, G, A. Ralentissement, pendant la nuit, des douleurs, qui redeviennent fortes vers le matin. — Le 4, les douleurs devinrent si violentes, et l'orifice se dilatait si peu que je crus nécessaire d'intervenir, dans la crainte de voir survenir une rupture de l'utérus.

Cette intervention ne pouvait consister que dans l'*incision* du col dégénéré, car il ne pouvait être question d'autre moyen.

Après avoir eu une consultation avec le Dr Lohmeyer, je fis avec son aide 3 incisions sur le col, deux latérales et une sur la lèvre antérieure, jusqu'à l'insertion du vagin sur le col, avec un bistouri boutonné. Comme l'ouverture qui en résulta était encore

trop résistante, une quatrième incision fut encore faite dans le plus grand lambeau de la lèvre antérieure — Une faible hémorrhagie se produisit. Les douleurs engagèrent la tête à travers l'orifice de l'utérus moins résistant ; mais celui-ci ne fut pas franchi. Craignant que l'expulsion spontanée du fœtus n'amènât la prolongation des incisions jusqu'au corps de l'utérus, ou la déchirure des lambeaux taillés dans la lèvre antérieure, nous nous décidâmes, vers 8 h. du soir à appliquer le forceps.

Après les tractions pénibles qui durèrent près d'une demi-heure, un enfant vivant et robuste fut extrait. Le placenta fut expulsé spontanément. — Pas d'hémorrhagie après la délivrance. — Les suites de couches furent heureuses. — La malade mourut de cachexie cancéreuse le 11 avril 1857, dix mois 1/2 après l'accouchement.

FORCEPS

APPLICATION DE FORCEPS

Lorsque le col est dilaté ou tout au moins dilatable, l'utérus souvent est épuisé, tout travail s'arrête, et la tête, si c'est la tête qui se présente, ne peut franchir l'orifice utérin. Il faut terminer l'accouchement par une application de forceps. J'en ai déjà cité des exemples. Je rappelle l'observation de M. Loviot, celle que j'ai prise

moi-même à la Charité. Enfin, tout à l'heure, je vais en rapporter une de M. le professeur Tarnier; elle est inédite. Elle a été trouvée dans les registres de la Maternité par Mlle Reis, élève sage-femme de 2^e année, qui a mis la plus grande patience à faire ces recherches ingrates, ce dont je lui suis très reconnaissant, et elle m'a été communiquée par M^{me} Henry de la façon la plus gracieuse.

Voici cette observation :

OBSERVATION INÉDITE DE M. TARNIER

Entrée le 1^{er} février 1873, n^o 129 du registre de madame Callé.

La nommée Brisset, célibataire, âgée de 25 ans, a le bassin régulièrement conformé.

Elle est de moyenne taille.

Le teint est pâle. Elle est très amaigrie.

C'est une multipare. Elle a eu deux grossesses terminées chacune par un accouchement à terme. Ses deux enfants (deux filles) sont nées bien conformées et vivent encore actuellement toutes les deux.

Elle a été menstruée pour la première fois à 11 ans. Et ses règles ont été normales pendant 13 ans, c'est-à-dire jusqu'en 1872.

A partir de cette époque elle perdit en rouge d'une façon presque continuelle.

Le sang était décoloré et présentait même au dire de la malade une odeur forte et extrêmement désagréable.

A chaque époque menstruelle l'écoulement devenait plus abondant.

Justement inquiète elle consulte un médecin qui après examen lui dit qu'elle est atteinte d'une ulcération du col, mais ajoute pour la rassurer qu'elle guérira complètement.

Il lui prescrit des injections de feuilles de noyer, des pilules ferrugineuses et pratique deux fois par semaine du mois de mai au mois de novembre 1872 des cautérisations avec le nitrate d'argent.

L'affection restait indolore.

Au commencement de novembre elle perçoit à sa grande stupéfaction les mouvements actifs d'un fœtus dont l'existence était aussi peu soupçonnée du médecin que de la femme.

On cesse tout traitement.

Les dernières règles se sont montrées du 5 au 8 juin.

Elle eut des nausées des palpitations, des douleurs lombaires et de légères pertes sanguines résultant de son cancer du col.

Le 26 janvier, à 11 heures du matin, les membranes se rompirent spontanément, avant l'apparition des douleurs. C'est ce qui décida la malade à se présenter à l'hôpital de la Maternité. A son arrivée on constate :

Un utérus développé comme à 7 mois.

Le maximum des bruits du cœur en bas à gauche et en avant.

Le col ouvert et encore long est envahi par un tissu induré, d'une consistance presque cartilagineuse occupant toute la circonférence et remontant à une hauteur telle que le doigt n'arrive pas jusqu'au tissu sain. — La tuméfaction est plus considérable en avant qu'en arrière. Elle descend presque jusqu'à l'orifice vulvaire.

Les culs de sac antérieur et postérieur semblent être assez sains ; mais à droite il y a une induration notable, les lèvres sont dures, résistantes et l'orifice externe large comme une pièce de 1 fr. est obstrué par des fongosités.

Jusqu'alors malgré un écoulement de liquide assez abondant, la malade n'a éprouvé aucune douleur. On la place salle S^{te}-Adélaïde. On porte le diagnostic de cancer du col.

Le 27 janvier, dans la matinée, M. Tarnier l'examine et confirme le diagnostic porté.

Les premières contractions apparaissent le 28 janvier.

La malade perd dans la journée un liquide très odorant, d'apparence sanguinolente et mélangé de caillots à plusieurs reprises.

Les battements du cœur du fœtus étaient normaux et réguliers.

Même état le 29.

Le 30 le pouls monte à 116. Les contractions utérines se rapprochent et deviennent plus énergiques (toutes les 12 à 15 minutes environ).

Les bruits fœtaux du cœur faiblissent d'une façon sensible.

L'écoulement devient plus fœtide encore.

La malade accuse une douleur dans la fosse iliaque gauche.

L'état général est mauvais.

Le pouls à 132.

La nuit se passe sans sommeil.

Le 31. L'état général s'aggrave encore. Le pouls arrive à 104. Les traits sont altérés.

M. le Professeur Tarnier l'examine vers 10 heures du matin.

Il trouve une dilatation grande comme une pièce de 2 fr. Elle paraissait due à un agrandissement de toutes les parties de l'orifice.

Nulle part, cependant on ne sentait de tissu sain et pourtant en arrière il y avait un amincissement très marqué.

Les battements du cœur s'entendaient encore mais ils étaient faibles.

Vers deux heures éclate un grand frisson qui dure jusqu'à 4 h. et après cela fièvre, céphalalgie, palpitations, sueurs profuses, pouls à 152.

Contractions fréquentes, mais faible à 8 heures du soir, la malade veut se lever pour uriner, elle perd 250 à 300 gr. de sang.

On ausculte. Les bruits du cœur fœtal ont disparu. L'enfant a cessé de vivre.

Le 1^{er} février 2^e accès de fièvre.

A 6 heures les douleurs deviennent un peu plus intenses, — la dilatation progresse légèrement. La tête est en O. I. G. A.

Écoulement très-fétide. On croit y reconnaître du mœconium.

Troubles intellectuels.

M. le docteur Tarnier décide d'intervenir par une application de forceps.

L'application de la première branche présente quelques difficultés, mais une fois appliquée des gaz fétides contenus dans l'utérus font issue par le vagin.

La seconde branche est d'une application plus facile, mais lorsqu'on vient à les articuler il se produit une double déchirure l'une en haut dirigée de droite à gauche et l'autre en bas directement sur la ligne médiane.

A 8 h. 15 on extrait un enfant mort depuis 24 h. environ et du poids de 1620 gr.

Délivrance spontanée, mais après éclate un frisson qui dure 45 minutes.

La malade est transportée en médecine.

Le 7 février survient une métrorrhagie abondante et la malade succombe le 11 à 6 heures du matin.

Autopsie. — Pas trace de péritonite, le cancer avait envahi non seulement les deux lèvres du col en entier, mais encore la face inférieure de la vessie d'où déchirure presque complète de la paroi vagino vésicale.

Phlebite suppurée des veines utérines.

Dilatation de l'uretère droit par le fait de la compression.

Comme on le voit, l'application de forceps n'est pas toujours chose facile.

Elle expose à des déchirures et, dans le cas que je viens de citer, on peut penser que si l'instrument eût été

tenu par des mains moins habiles que celles de M. le professeur Tarnier, les lésions eussent été beaucoup plus graves. Et l'application fût peut-être restée sans résultat au point de vue de l'extraction fœtale.

Nous pouvons rapprocher cette observation de l'observation 29 du travail de Chantreuil. Obs. du D^r Natale, de Naples. Là, ce fut l'introduction de la seconde branche qui présenta le plus de difficultés.

Remarquons, en passant, les piètres résultats donnés par les incisions et l'emploi de l'éponge préparée.

OBSERV. XXIX, DU MÉMOIRE DE CHANTREUIL, PAGE 87

Éponge préparée, forceps

Marie S. de Farmiola, province de Naples, réglée pour la première fois à 18 ans ; depuis, toujours régulièrement. 8 grossesses à terme et 5 fausses couches. Dernière apparition des règles dans les derniers jours de février, quand elle entre à la clinique on constate qu'elle est enceinte de 9 mois environ.

Maximum d'intensité des battements du cœur à droite et en arrière. Par le toucher vaginal on constate que le col de l'utérus a perdu sa forme ordinaire ; il est converti en une masse dure, bosselée, sanglante, qui envahit le vagin au niveau de sa paroi postérieure. En pressant cette tumeur, on détermine une douleur vive qui s'irradie dans les aines et le pubis.

Diagnostic. Grossesse à terme. Présentation : sommet ; posi-

tion O. I. D. P. Cancer couvrant tout le col de l'utérus dans toute sa périphérie et une partie du segment inférieur, apportant un obstacle sérieux à la dilatation. Pendant trois jours on tient la malade au lit; le quatrième elle se lève. Le 5^e les douleurs se manifestent à 4 heures du matin. Onctions d'extrait de belladone sur le col: le soir douches d'eau tiède. 6^e jour, douleurs énergiques; état général de la femme un peu altéré. Battements du cœur réguliers; bains de siège. Frictions de laudanum sur l'abdomen. Nuit calme. Le lendemain les douleurs reprennent avec énergie; la malade est très-fatiguée. Le directeur de la clinique appelle en consultation les autres professeurs de l'hôpital et il est convenu qu'on ferait d'abord des débridements sur le col. C'est le professeur Capuano qui pratique les incisions, puis il introduisit une *éponge préparée* qu'il enleva 4 heures après. La dilatation était encore petite; les membranes s'étaient rompues. Les battements du cœur de l'enfant étaient un peu plus faibles. Alors M. Capuano se décida à faire la *dilatation forcée*, puis il fit une application de forceps. La première branche fut introduite sans difficulté, mais la seconde rencontra des obstacles dans les brides du col et du segment inférieur de l'utérus, cependant elle fut introduite et on put extraire un fœtus vivant, à terme, bien développé. Les suites de couches furent normales; la malade mourut six mois après son accouchement; l'enfant était bien portant à cette époque.

Je ne voudrais pas abuser d'observations qui ne me sont pas personnelles et j'ai déjà fait au mémoire de Chantreuil de si nombreux emprunts que j'aurais quelque pudeur à reproduire ici l'observation de Sophie Odin par Depaul.

Mais je dois parler de ce cas célèbre parce qu'il donne un appui considérable à l'opinion que je soutiens, à savoir que l'application de forceps dans le cancer du col est une opération grave, difficile et dangereuse.

Voilà en effet une malade qui est prise de contractions utérines le 15 avril. Elle est enceinte de 8 mois $1/2$. Le 20 elle a une métrorrhagie qui nécessite une injection avec du perchlorure de fer.

Le fœtus meurt le 24.

Le 2 mai contractions. très-énergiques.

Troubles intellectuels coma, en somme accidents urémiques du 2 au 10 mai.

Le 17 mai M. le professeur Depaul pratique des incisions sur le col et ces incisions permettent une application de forceps. Mais cette opération eut seulement pour résultat de donner issue à de la matière cérébrale et la tête aplatie glissa entre les branches du forceps. M. Depaul ne jugea pas à propos de recommencer, vu l'état de très grande faiblesse dans lequel se trouvait la femme. Les incisions en déterminant l'écoulement d'une certaine quantité de sérosité sanguinolente avaient suffi pour amener une syncope qui termina la vie de la malade 10 minutes après l'opération.

Ainsi voilà le résultat d'une application de forceps faite par l'un des praticiens les plus habiles qu'il soit possible de citer.

Il résulte de cette discussion qu'entre une application de forceps et une opération grave comme l'opération césarienne, il n'y a pas pour le cas qui nous occupe une différence immense.

Certes on devra recourir au forceps toutes les fois qu'on croira pouvoir en obtenir de bons résultats.

Mais si le col n'est ni dilaté ni dilatable une intervention qui aurait pour résultat sa déchirure devra être rejetée impitoyablement.

EMBRYOTOMIE

Mais avant de se déterminer à intervenir par la voie abdominale, c'est-à-dire par la section césarienne, on songe surtout quand le fœtus est mort à l'embryotomie.

Je crois que dans le cas contraire, c'est-à-dire quand le fœtus est vivant, il n'y a pas même lieu de discuter ce genre d'intervention.

Mais hélas, quand on a fait l'embryotomie, ou la craniotomie, ou la céphalotripsie, les résultats ont été loin d'être satisfaisants, et la mère a bien souvent succombé.

Cependant l'exemple heureux de Oldham, obs. 35, nous montre que cette intervention peut quelquefois donner un résultat satisfaisant, mais immédiatement après nous lisons un cas de craniotomie emprunté à Dieterich, 1868, dans lequel la mère mourut le lendemain même de l'opération.

Aussi même lorsqu'il s'agit d'un fœtus mort, doit-on agiter la question de l'ablation de la position cancéreuse, soit par l'excision, soit par l'anse galvanique, soit autrement, et autant cette opération me paraît condamnable dans le courant de la grossesse, autant il me semble logique d'y avoir recours au moment de l'accouchement quand l'extraction ne peut se faire naturellement.

Un bel exemple de ce genre c'est l'obs. 33 du mémoire de Chantreuil

Elle est de J. Moncrief Arnott. Le travail avait duré deux jours. Il fait l'excision du col, extrait un enfant vivant, et la mère survit 16 mois à cette opération.

VERSION

La version doit être réservée aux présentations de l'épaule. C'est une mauvaise opération par le traumatisme qu'elle occasionne, et les conditions nécessaires pour qu'elle donne un bon résultat se rencontrent bien rarement chez une femme atteinte de cancer du col de l'utérus.

Il ne faudra pas craindre, je l'ai répété maintes fois déjà, d'avoir recours à l'opération césarienne. Et pour cela, lorsqu'on se trouvera en présence d'un cas de la nature de ceux dont je m'occupe, tout devra être disposé pour la pratiquer rapidement, quand bien même on espérerait encore voir la nature opérer sans le secours de l'art.

OPÉRATION CÉSARIENNE

A ce propos, voici une observation inédite que M. le docteur Marchant, chirurgien de l'hôpital Cochin et de la Maternité a eu l'extrême obligeance de me communiquer.

La conduite de cet habile chirurgien devrait être imitée plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

Mais il nous reste, pour terminer, à dire quelques mots de l'opération de Porro et de celle de Freund.

Elles n'ont pas été pratiquées en France, mais je trouve sur elles des détails circonstanciés dans une thèse soutenue récemment à la Faculté de Lille par M. le docteur Coroënne sur le sujet que je traite. Bien que mes conclusions soient absolument opposées à celles de M. le docteur Coroënne, je me plais à reconnaître que ses recherches ont été faites de la façon la plus consciencieuse et ce qu'il dit de l'opération de Freund est très bien étudié, et c'est à sa thèse que j'emprunte ce qui va suivre.

OPÉRATION CÉSARIENNE

OBSERVATION INÉDITE DE M. MARCHANT

Le 6 juillet 82 entre dans mon service à l'hôpital Cochin, une femme enceinte et au voisinage du terme de sa grossesse comme l'indiquait le développement de l'utérus. Cette femme avait eu quatre accouchements antérieurs tous spontanément et heureusement terminés, le dernier remontait à 1878, sa santé, sans jamais avoir été très brillante n'avait jamais eu qu'un trouble très sérieux, une fièvre typhoïde qu'elle avait eu en 1876.

Les fonctions utérines n'avaient jamais présenté rien de bien particulier. Réglée pour la 1^{re} fois à 11 ans 1/2 elle avait toujours perdu assez abondamment, pendant trois jours environ à chaque époque. Elle avait de la leucorrhée, mais ne s'en était jamais inquiétée et en faisait remonter l'origine à son premier accouchement. Depuis 1878 elle aurait eu à diverses reprises des douleurs lombaires et suspubiennes. Un médecin consulté vers 1878, aurait constaté une antéversion et conseillé de porter une ceinture abdominale. Les dernières règles ont eu lieu au mois d'octobre 1881 et furent très abondantes et très prolongées puisque qu'elles durèrent dix jours au dire de la malade. Un écoulement assez abondant blanchâtre et de mauvaise odeur s'établit aussitôt et dura tout le temps de la grossesse qui fut traversée par deux accidents, ce fut d'abord au mois de février 1883, une très légère perte de sang et au mois d'avril une véritable hémorrhagie avec caillots très abondants. La grossesse ne fut point interrompue cependant; mais à partir de ce moment survinrent des douleurs utérines lancinantes qui fatiguèrent beaucoup la malade.

Dès le début de la grossesse la malade à maigri rapidement sous l'influence des pertes ichoreuses et des troubles digestifs très accentués, (nausées, anorexie complète avec dégoût absolu des aliments). La miction et la défécation se sont toujours accomplies régulièrement ; depuis un mois environ il est survenu l'œdème des malléoles d'abord, qui actuellement envahit les jambes, les cuisses, vers la racine des membres abdominaux.

L'amaigrissement est aujourd'hui considérable, la teinte est cachectique, jaune paille. L'urine ne contient pas d'albumine, les fonctions pulmonaire et cardiaque n'ont point ressenti encore le contre coup du fâcheux état dans lequel se trouve la malade.

Le ventre présentait du reste un développement normal, la présentation que faisait très facilement déterminer le palper était un sommet en O. I. D. P.

Les battements du cœur fœtal étaient absolument normaux avec leur maximum d'intensité classique.

Le toucher conduisait sur un col et un fond du vagin qu'une riche végétation épithéliomateuse rendait absolument méconnaissable ; le col, les culs de sacs du vagin et la portion du segment inférieurs de l'utérus accessible, puis cette région ne formait plus qu'une masse dure mamelonnée friable saignante au moindre atouchement bien que d'une extrême fétidité et dans laquelle l'examen le plus attentif ne permettait plus de reconnaître trace des lèvres ou de l'orifice du col utérin.

Le diagnostic était donc d'une extrême facilité, mais je me trouvais en présence d'un cas d'une extrême gravité et d'une pratique quelque peu litigieuse. Qu'arriverait-il en effet, lorsque la grossesse aurait atteint son terme ? Quelles modifications imprévues ou inespérées se montreraient du côté du col ? A quelle détermination les accidents nous conduiraient-ils ? Dans l'espèce je me bornai provisoirement à remonter la malade autant que possible par une hygiène convenable (alimentation, tonique injections ou mieux lavages antiseptiques.

Le 15 juillet apparition de quelques douleurs qui s'arrêtèrent.

Le 17 à cinq heures du matin début sérieux du travail, vers 10 heures, écoulement partiel du liquide amniotique.

Cinq heures après le début des douleurs, le fœtus est parfaitement vivant et ayant des battements cardiaques absolument normaux. J'examinai avec le plus grand soin les modifications qui s'étaient produites du côté du col je ne trouvai absolument rien de changé à l'état dont j'avais à cinq ou six reprises différentes pendant le séjour de la malade à l'hôpital constaté l'existence. Malgré cinq heures de contractions énergiques on ne trouvait non-seulement aucune trace de dilatation mais il était de toute impossibilité de reconnaître l'orifice même de l'utérus. On patiente encore quelques heures puisque rien n'indiquait que le fœtus fût menacé à deux heures de l'après midi rien n'était changé la malade s'affaiblissait visiblement, les contractions perdaient de leur intensité et de leur fréquence les battements cardiaques du fœtus étaient un peu ralentis et moins bien frappés. Il devenait urgent de prendre une décision autrement les deux existences celle de la mère et celle de son fruit allaient en même temps se trouver compromises.

Je dois avouer que je m'arrêtai au parti qui sauvegardait le mieux l'existence du fœtus puisque celle de la mère était inévitablement perdue. Je savais de plus que la version tentée dans quelques cas de ce genre avait été suivie du plus mauvais résultat puisque le fœtus et la mère avaient succombé en même temps presque pendant l'opération, l'expérience était d'accord avec ce que les connaissances anatomo-pathologiques permettaient de prévoir. Qu'attendre en effet à priori d'une opération pour l'exécution de laquelle la main de l'accoucheur se fraie une voie avec effraction. Au milieu de tissus peu consistants, faibles, il est vrai mais très-vasculaires et se continuant par une ligne de démarcation insensible avec le tissu utérin resté sain. Quel danger d'hémorragie subitement mortelle de déchirures par propagation du vagin et de l'utérus ne doit-on pas redouter? Quelles difficultés d'autre part à faire franchir au fœtus le canal sanglant, étroit irrégulier, la fausse route on pourrait dire.

Je me décidai donc pour l'opération césarienne que j'exécutai aussitôt. Je passe sur les détails communs de l'opération pour ne mentionner que les particularités qui semblent offrir quelque intérêt.

L'incision de l'utérus fut pratiquée avec le thermo-cautère et je pus me convaincre une fois de plus que cet instrument excellent pour diviser sans hémorrhagie les vaisseaux capillaires ou de petit calibre est absolument insuffisant lorsqu'il s'attaque à des vaisseaux de quelque importance, quelques veines un peu volumineuses. L'hémorrhagie qu'ils produiront doit les faire repousser.

Je dois ajouter que je ne commençai l'incision de l'utérus qu'après avoir fait saillir ce dernier presque complètement au dehors de l'incision abdominale. Les mains d'un aide prenaient les lèvres de cette dernière et veillait à ce qu'il ne s'interpose rien entre elle et le globe utérin. Elles devaient de plus suivre le retrait de l'utérus après sa déplétion, cette manœuvre fut si fidèlement exécutée que l'utérus après l'extraction du fœtus et des annexes se trouvait complètement au-dehors de l'abdomen.

L'extraction fut du reste très-facile, le fœtus naquit parfaitement vivant et pesait 2.700 gr.

Le décollement du placenta amena une hémorrhagie véritable. La contractilité du muscle utérin fut ramenée par des fragments de glace introduit dans la cavité-utérine et je devins ainsi maître d'un écoulement sanguin, la minceur et la molesse relative des lèvres de l'incision utérine invitèrent à pratiquer la suture de la plaie je la fis avec du catgut et suivant le procédé que Lambert a recommandé pour l'intestin.

Je passai ainsi 7 ou 8 points, dont les uns furent parfaitement exécutés et quelques autres un peu moins parfaits entraînèrent vers l'extrémité inférieure de l'incision une difficulté extrême à adosser les lèvres par suite de la rigidité du tissu. Il n'y eut aucune toilette du péritoine à faire puisqu'il n'était pas tombé une seule goutte de sang ou d'un autre liquide dans sa cavité. Je rapprochai les lèvres de la plaie abdominale par la suture usitée

dans l'ovariotomie et les laparatomies en général. Pansement de Lister. L'opération avait duré en tout une heure $1/2$, la malade se réveilla lentement et se remit très bien des suites immédiates de l'opération. Catheterisme vésical toutes les quatre heures. Deux centigrammes d'extrait thebaïque toutes les trois heures.

Champagne frappé.

Quelque peu de bouillon froid.

Le lendemain l'état général était très bon. La température normale.

L'écoulement lochiale s'est produit sanglant hier soir et une partie de la nuit; actuellement l'écoulement est très abondant et très fétide.

Le 19, premier pansement. L'état général est le même qu'hier, rien de particulier. Dans la soirée la malade éprouve du malaise, des vomissements, des douleurs vives dans l'abdomen.

Les accidents s'aggravent très rapidement et elle succombe à 11 h. du soir 5 h. après l'opération.

A l'autopsie on trouve la paroi abdominale agglutinée dans toute sa hauteur. Les lèvres de la plaie utérine sont parfaitement agglutinées dans les $2/3$ inférieurs, en haut trois sutures ont cédé, la plaie utérine est devenue béante dans l'étendue de deux à trois centimètres environ et par là les liquides utérins sanglants et ichoreux très fétides se sont écoulés dans le petit bassin. Ils ont déterminé une péritonite suraigue généralisée à laquelle a succombé en quelques heures la malade comme cela arrive à la suite de perforations intestinales ou de certains foyers septiques dans le péritoine (septicémie péritonéale suraigue).

La dégénérescence épithéliale avait envahi tout le col et la partie avoisinante du corps; le $1/3$ supérieur du vagin a subi le même sort. Le ligament large droit présente dans son épaisseur des noyaux secondaires qui gagnent la fosse iliaque du même côté et le suivent jusqu'à l'arcade crurale.

De chaque côté de la colonne lombaire, on trouve deux masses ganglionnaires du volume du poing chacune de consistance encéphaloïde et à moitié ramollie à son centre. Je crois en terminant

devoir appeler l'attention sur la cause efficiente de la péritonite suraigue qui a déterminé la mort. C'est bien la plaie utérine qu'il faut incriminer, c'est bien elle seule qui a produit ce brusque dénouement.

Ce fait démontre la cause de la supériorité de l'opération de Porro. L'opération césarienne reprendrait tous ses droits le jour ou un ingénieux chirurgien trouvera le moyen de rendre cette opération absolument antiseptique.

OPÉRATION DE FREUND

Et d'abord, toutes les fois que l'opération césarienne est indiquée il faut, si possible, ne pas s'arrêter à l'hystérotomie, on doit enlever complètement l'utérus, c'est-à-dire faire une opération de Freund.

Grâce à cette opération, on supprime complètement ces douleurs épouvantables qui tourmentent si cruellement les malheureuses dont les culs de sacs vaginaux commencent à être envahis.

On voit disparaître, pour quelque temps au moins, les hémorrhagies et les écoulements fétides.

M. Coroënne affirme qu'on peut opérer une guérison radicale. Je ne puis partager cette opinion.

Mais, par contre, il a parfaitement raison en disant qu'on se met à l'abri de l'écoulement des lochies et du pus dans l'abdomen.

Je n'ai pas à faire ici la description du procédé de Freund.

Je crois inutile aussi d'insister sur les précautions antiseptiques dont on doit s'entourer. Là plus que partout ailleurs elles sont indispensables.

On préférera l'hysterotomie dans les cas de cachexie notable de la femme. Dans le cas d'envahissement et d'adhérences des organes du petit bassin. Vessie rectum uretère.

L'opération de Freund a été faite avec succès en octobre 1881, par Spencer Wels.

Le résumé de l'observation se trouve dans la thèse de M. Coroenne page 121.

Spencer Wels affirme que ce n'est pas lui qui le premier a pratiqué l'oblation d'un utérus gravide et cancéreux. Mais il pense être le premier qui ait obtenu une guérison par cette méthode.

Bischoff de Bale l'avait employée en effet en décembre 1879. Mais la mère était morte 94 jours après l'opération. Par contre l'enfant avait été sauvé.

Si l'on se décide à enlever l'utérus; il faut l'enlever complètement. Mais on peut faire par l'abdomen une opération partielle, car une opération de Porro et terminer en enlevant le col par le vagin comme le fait Bilioth.

Je n'ai pas d'observations à citer et j'avoue mon incompetence pour trancher cette question de pratique chirurgicale, qui me paraît mériter une sérieuse attention.

SUITES DE COUCHES

Est-il nécessaire d'insister sur les soins à donner à une femme atteinte de cancer du col et qui est accouchée même sans intervention.

On commencera par la mettre dans une chambre d'isolement.

On la surveillera ou on la fera surveiller constamment pour s'assurer qu'elle n'a pas d'hémorrhagies.

On lui fera des injections vaginales et des injections intra-utérines de Vase-
waten dédoublée.

Large cataplasme sur la vulve avec l'onguent napolé-
lain belladonné.

Lavements avec xx gouttes de laudanum matin et soir.
Opium à l'intérieur. Extrait thébaïque 0.03 centigram-
mes. Au besoin piqûre de morphine.

Et dès que l'utérus a subi son mouvement d'inversion
on prescrit des bains.

Mais on aura grand soin d'observer le état
des voies et de surveiller le développement du cancer.
On s'assurera qu'elle ne contracte aucune infection
qu'elle ne soit atteinte d'aucune complication
phlegmatisée ou purpurée.

Je n'ai pas à faire ici la description de l'opération de Freund.

Je crois inutile aussi d'insister sur les précautions antiseptiques dont on doit s'entourer. La plus que j'aie vue ailleurs est celle de l'usage du mercure.

On préférera l'ovariotomie dans les cas de cachexie notable de la femme. Dans le cas d'envahissement et d'adhérences des organes du petit bassin, Vessie, rectum, urètre.

L'opération de Freund a été faite avec succès en octobre 1881, par Spencer Weis.

Le résumé de l'observation se trouve dans la thèse de M. Coronne page 121.

Spencer Weis a pratiqué l'ablation d'un utérus gravide et cancéreux. Mais il paraît être le premier qui ait obtenu une guérison par cette méthode.

Marchal de Balle l'avait employée en effet en décembre 1879. Mais la mère était morte six jours après l'opération. Par conséquent l'enfant avait été sauvé.

Si l'on se décide à enlever l'utérus, il faut l'enlever complètement. Mais on peut faire par l'abdomen une opération partielle, car une opération de Freund et la terminaison de la vie de la femme ne sont pas incompatibles.

Je n'ai pas d'observations à citer et j'avoue mon incompetence pour trancher cette question de pratique chirurgicale, qui ne paraît mériter une sérieuse attention.

SUITES DE COUCHES

Est-il nécessaire d'insister sur les soins à donner à une femme atteinte de cancer du col et qui est accouchée même sans intervention.

On commencera par la mettre dans une chambre d'isolement.

On la surveillera ou on la fera surveiller constamment pour s'assurer qu'elle n'a pas d'hémorrhagies.

On lui fera des injections vaginales et des injections intra-utérines toutes les heures avec la liqueur de Vanswieten dédoublée.

Larges cataplasmes sur le ventre avec l'onguent napolitain belladonné.

Lavements avec xx gouttes de laudanum matin et soir. Opium à l'intérieur. Extrait thébaïque 0,05 centigrammes. Au besoin pique de morphine.

Et dès que l'utérus a subi son mouvement d'involution on prescrira des bains.

Mais on aura grand soin auparavant de vérifier l'état des veines des membres inférieurs et du bassin. On s'assurera qu'elles ne contiennent ni embolies ni thrombus qu'elles ne sont atteintes ni de thrombus-cachectique ni de phlegmatie puerpérale.

SUITES DE COUCHES

CONCLUSIONS

1° Pendant la grossesse :

A. — On se gardera des opérations dites curatives, ablations du col, sections, etc.

B. — On ne pratiquera ni l'avortement ni l'accouchement prématuré.

C. — On n'interviendra que si l'on y est forcé par un avortement ou par un accouchement prématuré, spontané ou tout autre accident. Et quelque soit l'intervention elle aura toujours pour but de sauvegarder la vie de l'enfant.

D. — Traitement palliatif du cancer, douleurs, hémorrhagie, fétidité, cachexie, urémie.

2° Pendant l'accouchement. Trombose urenus.

A. Savoir attendre.

B. — Si la dilatation ne se fait pas, pratiquer la dilatation artificielle.

C. — Si elle est impossible faire l'excision du col.

D. Se défier des incisions.

E. — Employer rarement le forceps.

F. Ne jamais faire la version.

G. — Jamais de craniotomie de cephalotripsie d'embryotomie.

H. — Recourir à l'opération césarienne si l'accouche-

ment est impossible. Et dans ce cas enlever complètement l'utérus si l'état de la femme le permet;

3^o — Pendant les suites de couches.

A. — Précautions antiseptiques.

B. — Surveiller les thromboses veineuses.

C. — Isoler les malades.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Le Président,
DUPLAY.

ment est impossible. Et dans ce cas enlever complètement l'utérus si l'état de la femme le permet;

3° — Pendant les suites de couches.

A. — Précautions antiseptiques.

B. — Surveiller les thromboses veineuses.

C. — Isoler les malades.

1° — Pendant la grossesse.

Le médecin doit surveiller les suites de couches.

Il faut éviter l'immobilité et les efforts.

Le médecin doit surveiller les suites de couches.

Il faut éviter l'immobilité et les efforts.

Le médecin doit surveiller les suites de couches.

Il faut éviter l'immobilité et les efforts.

Le médecin doit surveiller les suites de couches.

Il faut éviter l'immobilité et les efforts.

Le médecin doit surveiller les suites de couches.

Il faut éviter l'immobilité et les efforts.

Le médecin doit surveiller les suites de couches.

Il faut éviter l'immobilité et les efforts.

Le médecin doit surveiller les suites de couches.

Il faut éviter l'immobilité et les efforts.

Le médecin doit surveiller les suites de couches.

Il faut éviter l'immobilité et les efforts.

Le médecin doit surveiller les suites de couches.

Il faut éviter l'immobilité et les efforts.

Le médecin doit surveiller les suites de couches.

Il faut éviter l'immobilité et les efforts.

Le médecin doit surveiller les suites de couches.

Il faut éviter l'immobilité et les efforts.

Le médecin doit surveiller les suites de couches.

Il faut éviter l'immobilité et les efforts.

TABLE

	Pages.
PRÉLIMINAIRES.....	9
— Historique.....	9
— Bibliographie.....	14
— Symptômes du cancer du col de l'utérus.....	15
— Influence réciproque de la grossesse et du cancer.....	21
GROSSESSE.....	27
— Opérations sanglantes sur le col pendant la grossesse....	29
— Observation de M ^{me} Boivin et Dugès.....	36
— Observation de M. Cazeaux.....	37
— Observation inédite de M. Loviot.....	38
— Observation personnelle.....	44
— Avortement provoqué.....	44
— Accouchement prématuré artificiel.....	46
— Avortement spontané.....	49
— Observation de Mencrief Arnott.....	52
— Observation de M. Guéniot.....	54
— Accouchement prématuré spontané.....	57
— Obstacle de la maternité de Vienne.....	58
— Obstacle de M. Depaul.....	59
— Traitement Palliatif.....	65
Hémorrhagie.....	65
Douleur.....	67
Fétidité et septicémie.....	68
Envahissement des organes voisins. — Phénomènes de compression. — Fistules urétérales. — Vésicales et rectales.....	69
Phlegmasies de voisinage :	
Lymphangite ; Phlegmon du ligament large ; Pelvi-péri- tonite.....	70
Cachexie.....	70
ACCOUCHEMENT.....	71
— Expectation.....	73
— Observation personnelle.....	73
— Rigidité du col et ruptures utérines.....	75
— Dilatation artificielle.....	77
— Dangers du seigle ergoté.....	78
— Observation de Lowenhardt de Preuzlau.....	78
— Incisions du col.....	80
— Observation de Malgaigne.....	82
— Observation d'Otto Spiegelberg.....	83
— Forceps.....	87
— Observation inédite de M. le professeur Tarnier.....	88
— Observation 29 du mémoire de Chantreuil.....	92
— Embryotomie.....	93
— Version.....	96
— Opération césarienne.....	97
— Observation inédite de M. Marchaut.....	98
— Opération de Freune.....	103
SUITES DE COUCHES.....	105
CONCLUSIONS.....	108
TABLE.....	111

TABLE

111	.....	.....	.....
109	.....	.....	.....
107	.....	.....	.....
106	.....	.....	.....
105	.....	.....	.....
104	.....	.....	.....
103	.....	.....	.....
102	.....	.....	.....
101	.....	.....	.....
100	.....	.....	.....
99	.....	.....	.....
98	.....	.....	.....
97	.....	.....	.....
96	.....	.....	.....
95	.....	.....	.....
94	.....	.....	.....
93	.....	.....	.....
92	.....	.....	.....
91	.....	.....	.....
90	.....	.....	.....
89	.....	.....	.....
88	.....	.....	.....
87	.....	.....	.....
86	.....	.....	.....
85	.....	.....	.....
84	.....	.....	.....
83	.....	.....	.....
82	.....	.....	.....
81	.....	.....	.....
80	.....	.....	.....
79	.....	.....	.....
78	.....	.....	.....
77	.....	.....	.....
76	.....	.....	.....
75	.....	.....	.....
74	.....	.....	.....
73	.....	.....	.....
72	.....	.....	.....
71	.....	.....	.....
70	.....	.....	.....
69	.....	.....	.....
68	.....	.....	.....
67	.....	.....	.....
66	.....	.....	.....
65	.....	.....	.....
64	.....	.....	.....
63	.....	.....	.....
62	.....	.....	.....
61	.....	.....	.....
60	.....	.....	.....
59	.....	.....	.....
58	.....	.....	.....
57	.....	.....	.....
56	.....	.....	.....
55	.....	.....	.....
54	.....	.....	.....
53	.....	.....	.....
52	.....	.....	.....
51	.....	.....	.....
50	.....	.....	.....
49	.....	.....	.....
48	.....	.....	.....
47	.....	.....	.....
46	.....	.....	.....
45	.....	.....	.....
44	.....	.....	.....
43	.....	.....	.....
42	.....	.....	.....
41	.....	.....	.....
40	.....	.....	.....
39	.....	.....	.....
38	.....	.....	.....
37	.....	.....	.....
36	.....	.....	.....
35	.....	.....	.....
34	.....	.....	.....
33	.....	.....	.....
32	.....	.....	.....
31	.....	.....	.....
30	.....	.....	.....
29	.....	.....	.....
28	.....	.....	.....
27	.....	.....	.....
26	.....	.....	.....
25	.....	.....	.....
24	.....	.....	.....
23	.....	.....	.....
22	.....	.....	.....
21	.....	.....	.....
20	.....	.....	.....
19	.....	.....	.....
18	.....	.....	.....
17	.....	.....	.....
16	.....	.....	.....
15	.....	.....	.....
14	.....	.....	.....
13	.....	.....	.....
12	.....	.....	.....
11	.....	.....	.....
10	.....	.....	.....
9	.....	.....	.....
8	.....	.....	.....
7	.....	.....	.....
6	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....
1	.....	.....	.....