Et, cependant, l'organisme complaisant vient encore à notre secours. L'intervention n'est pas toujours sans portée, quand nous arrivons un peu trop tard. Il y a des cancers à marche lente, où l'envahissement de proche en proche, l'infection par continuité de tissus l'emporte sur l'invasion des lymphatiques et le transport des cellules à distance. Il serait excessif de refuser toujours les avantages que peuvent nous donner les perfectionnements apportés à la technique de l'hystérectomie abdominale. Les cas sont rares et difficiles à juger; mais il est permis d'adopter la voie haute en présence d'un envahissement très discret, paraissant limité à la paroi vaginale, suffisant pour réduire l'autre méthode à l'impuissance, mais éloignant l'idée d'une réelle diffusion du cancer: en présence d'une tumeur à marche lente, quand on a pu suivre assez longtemps l'évolution du mal pour estimer que sa poursuite ne sera pas tout à fait illusoire. Voilà pourquoi j'ai fait bon accueil à l'hystérectomie abdominale, sans la croire souveraine et sans l'adopter exclusivement, parce qu'elle nous permet d'aller un peu plus loin dans la recherche des cas heureux. Mais il convient de marcher dans cette voie avec la plus grande réserve, sous peine d'avoir de nombreux mécomptes.

J'ai voulu montrer, dans l'exposé qui précède, comment l'hystérectomie vaginale obtient des guérisons qui paraissent définitives, quand elle est faite assez tôt pour prévenir l'envahissement; comment elle obtient des survies prolongées, sans l'avoir prévenu et sans le poursuivre; comment l'hystérectomie abdominale est une ressource de plus dans un petit nombre de cas triés sur le volet, mais comment, appliquée de parti pris aux cancers envahissants, elle est une imprudence, et aux cancers limités, une illsuion. C'est dire combien je me sépare de ceux qui voient dans la première une opération toujours incomplète, forcément palliative, et dans la seconde qui enlève tout, la seule qui soit logique et rationnelle. Je serais tenté de renverser la proposition, et de dire: l'opération vraiment curative est celle qui précède l'infiltration cancéreuse; celle qui prétend la poursuivre est l'opération palliative par définition. Cette formule est-elle trop absolue? Je le veux bien; c'est qu'il est difficile de trouver des mots pour exprimer toutes les nuances et toutes les possibilités cliniques.

Métrites cervicales, par S. Pozzi, Paris.

Conclusions.

1° L'inflammation aiguë ou chronique du col peut exister pendant longtemps isolée et sans envahir le corps de l'utérus.

2° Toutefois les lésions aiguës de la muqueuse cervicale se propagent facilement à la muqueuse du corps, et les lésions chroniques du parenchyme cervical d'origine inflammatoire (dégénérescence scléreuse et sclérokystique, partielle ou totale) réagissent promptement sur la nutrition et l'état anatomique du corps utérin tout entier.

3° L'opération de la trachélorraphie est inférieure à la résection bi-conique du col, plus ou moins modifiée selon les circonstances. Elle doit être abandonnée.

4° Il existe un grand nombre d'inflammations aiguës, subaiguës ou chroniques de la muqueuse cervicale, chez les nullipares, qui sont liées à l'étroitesse de l'orifice externe et à l'insuffisance du drainage qui en résulte. La partie la plus