

malade atteinte d'un assez volumineux fibrome utérin et en même temps d'une lésion cancéreuse bien limitée du col.

Il est certain que, pour une extirpation complète, la voie vaginale reste insuffisante en présence d'une volumineuse tumeur du corps utérin. Seule la voie abdominale est possible. Mais d'autres questions pour ce cas exceptionnel devraient être discutées, celle en particulier d'une opération limitée sur le col. Je veux m'attacher à vous montrer combien l'hystérectomie abdominale est rarement indiqué.

Il nous reste à examiner l'hystérectomie vaginale. Fournit-elle des résultats meilleurs, immédiatement et dans l'avenir, que les opérations qui précèdent?

Pour nous occuper tout d'abord des résultats immédiats, je vous dirai qu'ils sont bien meilleurs que dans le procédé dont je viens de vous entretenir en dernier lieu. La mortalité aujourd'hui s'élève seulement à 28 0/0, grâce aux progrès accomplis par la médecine opératoire et l'antisepsie chaque jour plus parfaite. Ces chiffres valent presque une démonstration et rendent séduisante une opération qui semblait ne devoir rencontrer que peu de crédit parmi les chirurgiens prudents. Mais si bons que soient ses résultats, ils sont encore inférieurs à ceux que donne pour la survie l'amputation simple du col, même quand elle est faite au centre du néoplasme, car elle donne à peine une mortalité de 10 0/0 sur 120 ou 140 cas comme l'a dé-

montré Pauly. Cette statistique n'est pas comparable à celle que je vous citais il n'y a qu'un instant.

L'amputation du col est et restera une excellente opération quand on est sûr de dépasser les limites du mal.

Cependant n'est-il pas plus logique de faire, quand on le peut, l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale? N'y aura-t-il pas une plus grande chance de survie quand vous supprimerez l'organe dont une seule partie, et une partie limitée, se trouve envahie? Cette pratique, basée sur les opérations larges, ne reculant pas devant l'étendue des plaies et le sacrifice légitime de parties saines autour de la lésion, se trouve depuis longtemps confirmée par les beaux résultats que nous obtenons dans la chirurgie des tumeurs: nous amputons largement les tumeurs du sein et nous vidons l'aisselle pour être bien sûrs de ne pas y laisser de ganglions. Nos opérées guérissent vite et plusieurs d'entre elles gardent pendant des mois et des années le bénéfice d'une telle intervention. Dans les régions autres que le sein, nous suivons la même conduite et tous, sans exception, nous savons à quels mécomptes nous sommes exposés si nous nous en écartons un instant.

Il semble donc, Messieurs, que l'hystérectomie doive être la méthode de choix? Les faits, le raisonnement gagneraient facilement sa cause si, je vous le répète encore, nous ne trouvions pas dans l'amputa-

tion du col une opération qui s'impose par l'excellence relative de ses résultats.

Considérez sans parti pris ce qu'a jusqu'à présent donné l'hystérectomie : quand on a choisi ses cas, les statistiques nous démontrent que les opérées en ont retiré dans la suite fort peu d'avantages.

Une lésion bien limitée, une opération habilement et sagement faite n'ont presque jamais mis à l'abri de promptes récidives ; quelques semaines, quelques mois à peine ont suffi pour qu'il se développât sur place et dans les ganglions des tumeurs secondaires. Les survies de dix-huit mois, deux ans sont de rares exceptions.

Je vous citais une statistique de 160 cas recueillis par Pauly. Après deux ans à dater de l'opération, il n'y avait pas 15 0/0 des malades guéries qui vivaient encore et si nous comparons ces résultats à ceux qu'à toujours fourni l'amputation partielle même en pleine tumeur, ils ne sont pas comparables : tout l'avantage reste à l'amputation qui toujours a donné une survie plus considérable.

Je voudrais, Messieurs, pouvoir porter devant vous un jugement définitif sur la valeur comparative de ces deux opérations, mais les observations publiées sont encore trop peu nombreuses et bien que j'aie depuis un certain temps pratiqué quatre fois l'hystérectomie vaginale, je ne peux vous donner de conclusions certaines : mon devoir est de vous laisser juges, et de vous

faire connaître la question telle qu'elle est aujourd'hui pour que vous puissiez la juger plus tard.

Je serais presque découragé si je m'en rapportais à ces quatre faits personnels d'hystérectomie vaginale. Les malades ont guéri, c'est vrai, mais l'une d'elles a présenté un accident sérieux après l'opération et trois sont déjà mortes comme si l'intervention n'avait pas arrêté les progrès du mal ou en avait activé la généralisation. Je suis cependant certain d'avoir toujours dépassé les limites de la tumeur et de m'être tenu dans la rigueur des indications tracées par ceux qui se sont occupés déjà de l'hystérectomie.

Ma première malade opérée en avril dernier n'était atteinte que depuis trois mois et l'épithélioma du col très limité n'avait pas encore remonté du côté du corps ni vers les culs-de-sac. Pendant trois mois, elle a bénéficié d'une guérison rapidement obtenue ; elle a repris sa santé, son embonpoint. Mais, bientôt la ventre est devenu douloureux ; la vessie, le vagin, le rectum ont été le siège d'une récurrence qui, foudroyante dans sa marche, a transformé tous ces organes en un vaste cloaque où des anses intestinales n'ont pas tardé à se montrer, et la mort est venue après trois mois de cruelles souffrances.

Les meilleures conditions se trouvaient cependant réunies ; l'opération, bien conduite, n'avait rien laissé à désirer. Pourquoi six mois seulement ont-ils suffi au développement d'aussi terribles accidents ? L'au-

topsie nous a montré que le ventre était plein de ganglions indurés, et que tous les organes pelviens se trouvaient envahis. Six mois de survie dans de misérables conditions ! Croyez-vous, Messieurs, que si j'avais abandonné cette femme au sort que lui réservait sa tumeur, elle n'aurait pas vécu plus longtemps ?

Ma seconde malade, dont je n'ai pu faire la nécropsie, ne paraît pas avoir succombé à une récurrence, mais à une complication grave : une fistule urétéro-vaginale. Il m'arriva, en effet, pendant l'opération, de serrer entre les mors d'une pince à forcipressure l'extrémité de l'urètre gauche ; et, vers le septième jour après l'opération, une escharre se détacha dans le fond du vagin, laissant après elle une fistule de l'urètre. M. J. Beckel, de Strasbourg, nous a fait connaître une observation analogue ; de telle sorte qu'il est juste de compter la blessure de l'urètre parmi les accidents possibles de l'hystérectomie vaginale dont elle peut, jusqu'à un certain point, assombrir le pronostic. Cette fistule, grave par elle-même, peut encore, par altération des voies urinaires et du rein, entraîner de sérieux accidents et même la mort. Je crois que la malade dont il est maintenant question est morte d'accidents pyélo-néphrétiques.

La troisième malade était une robuste femme de trente-deux ans, qui faisait remonter à deux mois seulement les débuts de son mal. L'opération fut des plus difficiles ; je pouvais à peine abaisser l'utérus, et

pour le faire basculer après l'incision large du cul-de-sac antérieur, je dus employer une force assez considérable. Cependant il ne survint aucun accident, et la guérison s'accomplit dans les meilleures conditions. J'espérais tenir un véritable succès, lorsque, deux mois après, la tumeur récidiva sur place. Peu de jours après des ganglions énormes se développaient dans le ventre, et bientôt la mort arrivait au milieu d'une dépression générale des forces et d'un amaigrissement extrême.

M'est-il prouvé que, si je n'étais pas intervenu, cette femme n'aurait pas vécu encore deux ans ?

Ma quatrième malade a été opérée il y a huit mois. Il n'y a pas encore eu de récurrence. Serais-je sur le point d'obtenir une longue survie et d'aborder enfin une série de ces cas heureux qui peuvent modifier les idées personnelles, et accréditer une opération qu'on avait jusqu'alors sévèrement jugée ? Je ne le sais ; mais j'ai la conviction qu'il serait léger ou téméraire de proscrire déjà l'hystérectomie vaginale. Les statistiques dressées jusqu'à ce jour n'ont, à mon avis, aucune valeur sérieuse, puisqu'elles représentent les premiers essais tentés dans la voie du progrès. Maintenant, chaque jour amène dans cette opération d'heureuses modifications : la médecine opératoire arrive à la perfection, et la mortalité diminue.

D'où vient, en effet, qu'au début, nous entendions si souvent parler de morts rapides, d'hémorrhagies

ou d'accidents inflammatoires? Il n'en est plus question, et nous pouvons aujourd'hui déjà pressentir le jour où l'hystérectomie deviendra une très bonne opération.

Retenez cependant, Messieurs, qu'en formulant cette espérance je n'affirme rien : je crois que l'extirpation de l'utérus, par la voie vaginale, est toujours une opération incertaine dans ses résultats; je crois seulement qu'après les progrès accomplis dans ces derniers temps, elle pourra peut-être, dans l'avenir, être la méthode de choix qui laissera loin derrière elle toutes les autres opérations radicales ou palliatives.



### TRENTE-NEUVIÈME LEÇON

#### Fibrome de l'ovaire.

Observation détaillée d'une malade atteinte d'une tumeur volumineuse dont l'apparition fut précédée de divers troubles locaux et généraux de nature à compliquer le diagnostic.

Diagnostic du siège de cette tumeur. — L'ovaire seul peut être mis en cause.

Diagnostic de sa nature. — Tumeurs sanguines, hématocele. — Phlegmons chroniques. — Tumeurs liquides. — Tumeurs solides.

Cette tumeur absolument solide n'offre aucun des caractères d'une tumeur maligne : il s'agit bien d'une fibrome de l'ovaire.

Le fibrome est une tumeur bénigne qui peut revêtir des caractères graves.

MESSIEURS,

Dans les deux conférences qui vont suivre, je veux, devant vous, établir un parallèle entre deux malades que le hasard a conduit dans nos salles et qui présentent chacune des lésions différentes, mais bien dignes d'être comparées au point de vue clinique. Ces deux observations ont des points de contact tellement précis et doivent encore se terminer par des conclusions thérapeutiques tellement semblables que vous trou-