

nettement limité et il n'y a aucun signe d'infiltration ou d'inflammation autour de lui; la muqueuse n'est pas adhérente au corps fibreux comme au cancer (Spiegelberg<sup>1</sup>).

Polype muqueux.

Certains épithéliomas cylindriques du col présenteraient une apparence polypeuse qui pourrait les faire confondre avec certains **polypes muqueux** de nature bénigne<sup>2</sup>. Il peut s'agir, dans ces cas-là, de bourgeons cancéreux de la muqueuse du corps et du col, venant faire saillie à l'extérieur. On devra s'en assurer par la dilatation et le toucher intra-utérin, au besoin par un curetage explorateur.

Polype fibreux ulcéré.

Toutes ces considérations sont relatives au cancer à ses débuts. Plus tard l'envahissement des parties voisines, les progrès de l'ulcération, la fréquence des métrorrhagies et l'abondance d'une sécrétion fétide rendront le diagnostic facile. Il est cependant une affection avec laquelle on a pu le confondre, du moins à cette période: c'est un **corps fibreux du col**, ou un **polype du corps** arrêté par un étranglement ou des adhérences au niveau du museau de tanche dilaté et effacé, lorsque ce corps fibreux a été altéré par une décomposition spontanée ou par des applications intempestives de caustiques. Hémorrhagies, écoulement fétide, aspect fongueux et sphacélé du néoplasme, tout concourt alors à la confusion; la malade, épuisée par une anémie profonde, paraît même atteinte de cachexie cancéreuse. Il n'est qu'un symptôme qui puisse faire éviter l'erreur, mais il est pathognomonique: on doit toujours rechercher l'orifice externe du col; dans le cas de corps fibreux dégénéré, on le sent comme une collerette mince mais continue autour de la tumeur, et l'on peut introduire l'extrémité de l'index entre ce diaphragme et la masse morbide; fréquemment aussi cette dernière est, dans sa partie marginale, lisse, ferme et exempte d'ulcération. J'ai pu dans un cas de ce genre opérer et guérir, par l'énucléation d'un fibrome intra-cervical sphacélé, une malade qui m'avait été envoyée de province par un médecin distingué, comme atteinte de cancer inopérable.

Formes exceptionnelles.

A propos du diagnostic, je donnerai quelques indications sur certaines formes exceptionnelles de tumeur maligne du col.

Hypertrophie et cancer.

Hegar<sup>3</sup> a observé une forme très rare, chez une vieille femme; le col était **hypertrophié** et dépassait la vulve, sans présenter la moindre ulcération.

C. Th. Eckardt<sup>4</sup> a, chez une jeune fille de dix-neuf ans, constaté

<sup>1</sup> SPIEGELBERG. *Die Diagnose des ersten Stadium's des Carcinoma colli uteri* (Arch. f. Gyn., 1872, Bd. III, p. 233).

<sup>2</sup> MONTFUMAT. Thèse de doctorat, Paris, 1867. — A. RICHEL. *Gaz. des Hôp.*, 25 août 1885, p. 770.

<sup>3</sup> HEGAR. *Virchow's Arch.*, 1872, Bd LV, p. 245.

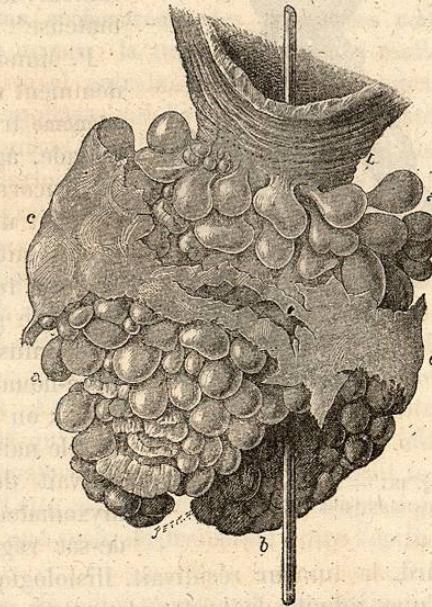
<sup>4</sup> ECKARDT. *Ein Fall von Cervixcarcinom bei einer 19 jährigen Jungfrau* (Arch. f. Gyn., 1887, Bd. XXX, Heft 5, p. 471).

une **hypertrophie** considérable du col paraissant, avoir été immédiatement précédée de la dégénérescence carcinomateuse.

Schröder a rencontré, dans une autopsie, un cancer de la **partie supérieure** du col, intra-cervical, que rien ne révélait à l'extérieur<sup>1</sup>.

Le **sarcome du col** a été si exceptionnellement observé qu'il ne peut être considéré comme constituant une entité clinique caractérisée. Ses manifestations, très variables quant à leur forme, pourraient parfois déconcerter le diagnostic.

Spiegelberg<sup>2</sup> a décrit, en 1878, un cas curieux, qu'il appelle **sarcoma colli hydropicum papillare**, chez une jeune fille de dix-sept ans. Il s'agissait d'une tumeur papillaire de la lèvre antérieure, ayant récidivé dix mois après l'ablation et rempli tout le vagin d'une masse semblable à une mole hydatiforme du chorion. Le microscope y décéla la structure du sarcome avec infiltration œdémateuse du stroma. Spiegelberg a de nouveau observé, en 1879, un cas semblable chez une femme de trenteet un ans. Winckler<sup>3</sup> cite un fait analogue de Säger<sup>4</sup>.



Sarcoma hydropicum papillare.

Fig. 184. — Myo-sarcome en grappe du col utérin. (Pernice.)

L, ligne où a porté l'excision. — aa, b, grains de la tumeur. — c, lambeaux d'une mince membrane enveloppante.

Ludwig Pernice<sup>5</sup> a donné la description et le dessin d'un **myosarcome strio-cellulaire** de l'utérus, en forme de grappe, observé sur une nullipare, sujette depuis six mois à des hémorrhagies (fig. 184). La tumeur, née du museau de tanche, avait le volume d'un poing et demi et ressemblait fort à une grappe de raisin à grains violacés, contenant un liquide gélatineux. On l'enleva par l'amputation du col au bistouri. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome entremêlé de fibres musculaires striées, ayant l'aspect embryonnaire. Deux mois après,

Myosarcome strio-cellulaire.

<sup>1</sup> SCHRÖDER, *loc. cit.*, p. 312.

<sup>2</sup> SPIEGELBERG. *Arch. f. Gyn.*, 1879, t. XIV, p. 178; 1880, t. XV, p. 437 et t. XVI, p. 124.

<sup>3</sup> F. M. WINCKLER. *Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXI, p. 515.

<sup>4</sup> KLEINSCHMIDT. (Ueber primäres Sarkom der Cervix uteri, in *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XXXIX, p. 7) vient de rapporter un nouvel exemple de cette lésion.

<sup>5</sup> L. PERNICE. *Virch. Archiv.*, 3 juill. 1888, Bd. CXIII, p. 46.

récidive; nouvelle ablation d'une tumeur du volume d'un œuf d'oie. Neuf mois plus tard, la malade revint avec une tumeur abdominale atteignant presque l'épigastre. La laparotomie dut demeurer simplement exploratrice. La malade en guérit, puis mourut de pneumonie;

le microscope révéla la nature sarcomateuse de la seconde et de la troisième tumeur, mais sans dégénérescence myxomateuse<sup>1</sup>.

P. Mundé<sup>2</sup> a observé une tumeur évidemment maligne qu'il qualifie de **myxo-adénome** transformé en **myxo-sarcome**. La malade, âgée de dix-neuf ans, souffrait de leucorrhée intense depuis deux ans et avait une aménorrhée complète. Le vagin était rempli et l'hymen repoussé par une tumeur friable, s'effritant sous forme de grains analogues à ceux d'un raisin muscat. La tumeur fut enlevée au serre-nœud, et l'on trouva le centre fibreux; on put constater après l'ablation qu'elle naissait du col utérin, mais qu'il y avait des traces de dégénérescence myxomateuse en certains points des culs-de-sac vaginaux. Un mois et demi plus

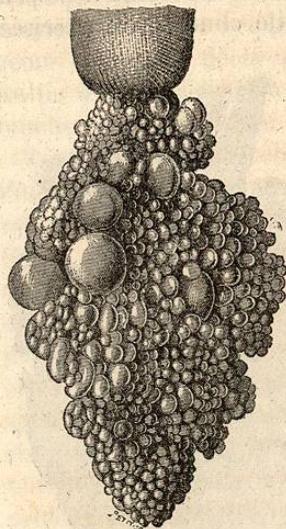


Fig. 185. — Fibro-adénome du col de l'utérus (Thomas).

tard, la tumeur récidivait. Histologiquement, elle était composée d'une infinité de kystes de nature myxomateuse dans le stroma desquels on voyait beaucoup de corpuscules lymphatiques et de cellules sarcomateuses. Il semble à Mundé qu'il y ait là un exemple de dégénérescence maligne d'un polype d'abord bénin.

<sup>1</sup> PFANNSTIEL (*Das traubige Sarcom des Cervix Uteri*, in *Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 42, p. 855) a récemment décrit un nouveau cas de sarcome en grappe du col, dont il fit l'ablation; une récurrence nécessita l'hystérectomie; 6 mois après, une nouvelle récurrence. A ce propos, l'auteur a relevé onze cas analogues.

<sup>2</sup> P. MUNDÉ. *A rare case of adeno-myxo-sarcoma of the cervix uteri* (*Amer. Journ. of Obstet.*, févr. 1889, p. 126). — G. THOMAS (*Diseases of Women*, 1880, p. 560) a publié une observation personnelle de *fibro-adénome en grappe* chez une jeune femme dont le vagin était entièrement obstrué par le néoplasme, qui prenait naissance à la partie interne du col. La figure que donne THOMAS montre combien ce néoplasme diffère par l'aspect d'un polype muqueux ordinaire; l'examen histologique n'y fit pourtant découvrir que des glandes et du tissu connectif. On n'a pas de renseignements sur ce que devint la malade, après qu'elle eut été opérée par l'écraseur. Je reproduis ci-dessus la figure de ce cas exceptionnel qui sera utilement rapprochée de celle de PERNICE; on voit ainsi comment deux tumeurs, l'une probablement bénigne (THOMAS), l'autre évidemment maligne (PERNICE), peuvent se ressembler par l'aspect extérieur. L'examen histologique et l'observation de la marche clinique sont les seuls éléments de diagnostic. MUNDÉ compare au sien le fait de THOMAS, pour l'apparence extérieure, mais on ne peut rien conclure, en l'absence de renseignements suffisants. Ceux que donne THOMAS ne peuvent faire supposer la nature

Adéno-  
myxo-sarcome.

Thiede<sup>1</sup> a décrit, sous le nom de **fibroma papillare cartilagineum**, une tumeur observée sur une femme de quarante ans, tumeur lobulée, d'apparence spongieuse, prenant naissance sur la muqueuse du col; l'ablation du néoplasme fut suivie de récurrence et de mort. A la coupe, dans un stroma fibreux riche en vaisseaux dilatés, on trouva des îlots de cartilage hyalin; il n'y avait aucun des caractères histologiques du sarcome. On peut rapprocher de cette observation curieuse un cas de Rein<sup>2</sup> qu'il a dénommé **myxoma enchondromatodes arborescens colli uteri**. La malade avait vingt et un ans; la tumeur lobulée et molle fut enlevée en totalité, récidiva et entraîna rapidement la mort. A la coupe, on voyait un tissu mollasse subdivisé, par des faisceaux fibreux, en îlots dont quelques-uns avaient l'aspect et la structure histologique de la gélatine de Wharton; au milieu, apparaissaient des portions constituées par du myxome où le microscope reconnaissait des nodules de cartilage hyalin.

Enfin, Winckel<sup>3</sup> a décrit et figuré un **adeno-myxoma cervicis**, enlevé de la lèvre antérieure du col, chez une femme de quarante ans; récurrence rapide envahissant les culs-de-sac vaginaux; la malade a été perdue de vue. A la coupe, on trouva la tumeur criblée d'alvéoles pleines de mucus transparent; l'analyse microscopique démontra l'existence d'une tumeur mixte qui probablement avait été un adénome au début, puis s'était transformée en sarcome, qui aurait lui-même dégénéré en myxome. Cette singulière hybridité néoplasique établirait, d'après cet auteur, une sorte de transition entre l'épithéliome et le sarcome.

Les faits rares que je viens de citer méritaient une indication spéciale au point de vue nosologique, mais leur distinction intéresse plutôt l'anatomo-pathologiste que le clinicien: toutes ces tumeurs malignes sont pour lui également des *cancers*.

Une partie très importante du diagnostic est le **diagnostic de la propagation**. La palpation bi-manuelle, le toucher vaginal et rectal combinés à l'abaissement méthodique de l'utérus, donneront des notions précises à ce sujet; on aura recours, au besoin, à l'anesthésie pour faire plus commodément cette exploration, capitale au point de vue de la décision opératoire.

**Pronostic.** — Le cancer, sous toutes ses formes, a une marche fatale.

maligne du néoplasme. Il me paraît plutôt devoir être rapproché du cas décrit par ACKERMANN (fig. 157) comme un *fibrome papillaire avec hypertrophie des glandes*. — Il est, par contre, bien certain qu'on avait affaire à un cancer dans le cas de tumeur polypoïde du col utérin publié par O. WEBER *Ueber die Bildung quergestreifter Muskel-fasern*. (*Virch. Arch.*, 1867, Bd. XXXIX, p. 216). Mais c'est abusivement que MUNDÉ le rapproche du sien.

<sup>1</sup> THIEDE. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1877, Bd. I, p. 450.

<sup>2</sup> REIN. *Arch. f. Gyn.*, 1870, Bd. XV, p. 187.

<sup>3</sup> WINCKEL. *Lehrb. der Frauenkr.*, 1886, p. 450.

*Fibroma  
papillare carti-  
laginescens.*

*Myxoma enchon-  
dromatodes  
arborescens.*

*Adeno-myxoma.*

Diagnostic  
de la propaga-  
tion.

Pronostic.

Mais certaines d'entre elles évoluent plus lentement, par exemple la variété dure ou squirrheuse de la forme cavitaire.

**Durée.** La durée moyenne de la maladie serait de 16 à 17 mois d'après Courty, de 12 mois selon Gusserow. Simpson donne une moyenne de 2 ans à deux ans et demi. Fardy O. Barker va jusqu'à 3 ans et 8 mois. Arnott, qui donne une statistique peu étendue, mais très étudiée (57 cas), assigne pour durée au carcinome (forme vicataire?) 53 à 54 semaines, et à l'épithélioma (forme papillaire?) 82 à 85 semaines. On a cité des cas exceptionnels par leur durée. Courty<sup>1</sup> parle des femmes, ayant survécu 7 à 8 ans. F. Barker a observé une femme vivant encore 11 ans après le début constaté du mal. Emmet<sup>2</sup> affirme avoir vu la vie se prolonger, cinq, six et huit ans. Ces cas peuvent être rapprochés de certains squirrhes atrophiques de la mamelle.

**Age.** L'âge des malades a une sérieuse importance; généralement le cancer des femmes de vingt à trente ans évolue beaucoup plus vite que celui des femmes atteintes vers l'époque de la ménopause; dans les cancers à marche galopante, où l'on a observé la récurrence rapide, même après l'hystérectomie faite dans les meilleures conditions, il s'agissait généralement de femmes très jeunes.

**Forme.** La forme du cancer doit être également considérée pour le pronostic. Il y a des cancers peu saignants, peu végétants (de la forme cavitaire, variété dure), qui peuvent mettre plusieurs années à évoluer, surtout si la malade est déjà d'un certain âge.

**Étiologie.** — Les femmes sont plus sujettes au cancer que l'homme, et c'est l'utérus qui est le plus souvent atteint. Ce fait est mis hors de doute par l'importante statistique dressée par T.-Y. Simpson, d'après les *Annual Reports of the registrar general for England* de 1847 à 1861. C'est pendant la période de ce qu'on pourrait appeler la vie utérine chez la femme, de la puberté à la ménopause (où elle atteint son maximum) que cette fréquence du cancer se manifeste. Après l'utérus, c'est le sein qu'attaque surtout le cancer.

La race, l'hérédité, l'âge et la misère physiologique sont trois causes générales prédisposantes dont l'action ne peut être niée.

**Race.** L'influence de la race, qu'on peut facilement étudier aux États-Unis, est au profit des négresses, chez lesquelles le cancer de l'utérus est très rare, tandis que les corps fibreux sont très fréquents chez elles. Du reste, d'après les statistiques de Chisolm, presque 1 sur 100 blancs, hommes et femmes, meurt de cancer, et seulement 1 sur 300 nègres des deux sexes y succombe.

**Hérédité.** L'hérédité a été contestée. En réunissant les statistiques publiées

<sup>1</sup> COURTY, *loc. cit.*, p. 1160.

<sup>2</sup> EMMET, *loc. cit.*, p. 515.

antérieurement, Schröder trouve que sur 948 cas cette cause a été constatée 78 fois. J'en ai vu plusieurs exemples indéniables.

L'âge le plus favorable est de quarante à cinquante ans<sup>1</sup>. Les principales statistiques sont résumées dans le tableau suivant par Gusserow<sup>2</sup>, qui a ajouté, pour cela, à ses propres résultats ceux de Lever, Kiwisch, Chiari, Scanzoni, Säxinger (de la clinique de Seyfert), Tanner, Hough, Blau, Dittrich, Lothar Meyer, Lebert, Glatter, Beigel, Schröder, Schatz, Winckel, Champneys, total 3385 cas.

17 ans. . . . .	1 cas (Glatter).
19 — . . . . .	1 cas (Beigel).
20 à 30 — . . . . .	414
30 à 40 — . . . . .	770
40 à 50 — . . . . .	1169
50 à 60 — . . . . .	856
60 à 70 — . . . . .	540
Au-dessus de 70 — . . . . .	193

La misère physiologique, les privations, favorisent indubitablement le développement du cancer; aussi est-ce surtout dans les classes inférieures de la société qu'on l'observe fréquemment. C'est le contraire pour les myomes.

Schröder a, d'après sa propre expérience, établi une petite statistique comparative très intéressante des cas observés par lui à l'hôpital et dans sa clientèle.

	Myomes.	Cancers.
Sur 14 000 consultations à l'hôpital. . .	285 (2,3 pour 100) <sup>3</sup>	—
16 800 — — — — —	—	603 (3,6 pour 100)
9 400 de la clientèle privée. . . . .	537 (5,7 pour 100)	209 (2,2 pour 100)

Martin a fait un travail analogue, et a trouvé à sa consultation d'hôpital 3 pour 100 de malades atteintes de carcinome, et un peu plus pour le myome; les résultats de sa clientèle privée sont analogues à ceux de Schröder.

Les causes locales prédisposantes qu'on a invoquées sont surtout la déchirure du col, et la métrite cervicale qu'elle entretient (Emmet, Breisky); Mangin<sup>4</sup> a fait, sur ce point, des recherches histologiques

<sup>1</sup> On connaît des exemples de développement très précoce du cancer du col. Je citerai parmi ces cas exceptionnels celui qui a été récemment publié par GANGHOFNER (*Zeitsch. f. Heilk.*, 1888, Bd. IX, p. 337) chez une fillette de neuf ans. L'enfant depuis deux ans avait des pertes sanguines; une tumeur papillaire distendait le vagin; elle était ulcérée: excision et cautérisation; l'enfant meurt, peu de jours après, de la variole. L'examen histologique fait par le professeur Chiari montra qu'il s'agissait d'un carcinome médullaire né probablement des glandes du col.

Je mentionne plus haut, à propos des formes rares, les cas de SPIEGELBERG chez une jeune fille de dix-sept ans, et de C. TH. ECKARDT chez une jeune fille de dix-neuf ans.

<sup>2</sup> GUSSELOW. *Die Neubildungen des Uterus*, Stuttgart, 1886.

<sup>3</sup> C'est probablement par erreur de calcul que l'auteur indique 1,9 pour 100.

<sup>4</sup> MANGIN. *Marseille méd.*, sept. 1888, p. 515.

Age.

Misère physiologique.

Déchirures du col. Métrite.

Accouchements  
répétés.

de beaucoup d'intérêt. On a aussi incriminé les accouchements répétés (Gusserow), mais il est possible que les parturitions fréquentes agissent seulement par les déchirures et les inflammations du col qui en sont souvent la conséquence.

## CHAPITRE II

### TRAITEMENT DU CANCER DU COL

Cancer limité au museau de tanche, n'arrivant pas aux culs-de-sac vaginaux. Amputation infra-vaginale du col : procédé de Verneuil. — Cancer de la totalité du museau de tanche. Amputation élevée ou supra-vaginale du col : procédé de Schröder. — Cancer du col avec envahissement du corps, mais sans propagation aux tissus voisins. Hystérectomie vaginale. Technique opératoire. Soins consécutifs. Modifications diverses de la technique opératoire. Forceps des ligaments larges. Accidents opératoires. Gravité de l'hystérectomie vaginale pour cancer du col. Gravité comparative de l'hystérectomie et des amputations du col. Causes de mort : hémorragie; choc opératoire; altération des reins; septicémie. Survie des opérées d'hystérectomie et d'amputation du col. Hystérectomie par la voie périnéale et par la voie sacrée. — Cancer propagé aux tissus voisins. Traitement palliatif. Curage et cautérisation. Traitement symptomatique de la leucorrhée; des hémorragies; de l'érythème de la vulve; des troubles gastriques; des douleurs. Prétendus spécifiques. — Cancer compliqué de grossesse; de corps fibreux utérins; de kystes de l'ovaire.

On doit diviser la thérapeutique du cancer utérin en deux paragraphes, selon qu'une cure radicale peut être tentée ou qu'on doit s'en tenir à un traitement palliatif.

La cure radicale n'est possible que dans les cas de cancers limités à l'organe, sans envahissement voisin. Le traitement palliatif s'adresse aux cancers propagés au delà des frontières utérines, dans lesquels l'ablation totale serait impossible, trop dangereuse, ou inutile. Pour plus de clarté, je suivrai cette division maîtresse, en passant en revue les divers degrés du mal et les opinions diverses qu'a soulevées leur traitement.

Cancer limité  
au museau  
de tanche, am-  
putation.

1° Cancer limité au museau de tanche, n'arrivant pas aux culs-de-sac vaginaux. — Jusqu'à ces dernières années on ne tentait la cure radicale du cancer de l'utérus que pour les cas nettement limités, au-

dessous des insertions vaginales, et l'on pratiquait l'amputation sous-ou intra-vaginale du col. Cette opération a donné de très bons résultats au professeur Verneuil qui préconise l'emploi de l'écraseur, à Ch. Braun qui emploie l'anse galvano-caustique, à J. Byrne qui conseille le galvano-cautère, etc.

Schröder<sup>1</sup> conseille l'instrument tranchant. Je le crois à la fois plus expéditif et plus sûr que l'écraseur et l'anse galvano-caustique qui exposent à des rétrécissements ultérieurs du col, avec toutes ses conséquences. Schröder préconise l'excision conoïde, ou, de préférence, l'excision en coin des tissus malades de chacune des lèvres prises séparément, après avoir largement fendu le col<sup>2</sup>.

Je considère l'emploi du bistouri comme très supérieur aux autres procédés d'exérèse. Il met bien mieux à l'abri de l'ouverture accidentelle du péritoine; seul, il permet de faire, à tous les moments de l'opération, une œuvre tout à fait intelligente et non mécanique, et de pousser l'ablation plus ou moins haut, selon le besoin. Je pratiquerais donc, de préférence, l'amputation à l'instrument tranchant, si je la croyais indiquée, en suivant les règles que j'ai données à propos du traitement des métrites (p. 226). Mais, comme je le dirai plus loin, il suffit que la lésion soit cancéreuse pour que je pratique l'hystérectomie totale, quelque minime que soit son étendue<sup>3</sup>. Toutefois, la grande autorité de mon illustre maître, le pro-

<sup>1</sup> SCHRÖDER, *loc. cit.*, trad. franç., p. 514.

<sup>2</sup> De très brillants résultats obtenus par ces divers procédés ont été publiés : le point délicat pour beaucoup de ces faits anciens est la sûreté du diagnostic histologique. La statistique de Pawlik, recueillie dans la clinique de C. BRAUN, donne les résultats d'une période d'environ 20 ans : sur 156 opérées d'amputation infra-vaginale du col à l'anse galvano-caustique, 9 moururent de l'opération, soit 6,6 pour 100 de mortalité. La survie fut de plus de 1 an pour 55, soit 26 pour 100, de plus de 2 ans pour 26, soit 20 pour 100. Deux étaient encore exemptes de récurrence, au bout de douze ans, une après dix-neuf ans et demi. KARL PAWLIK. *Wien. Klin.*, déc. 1882, Bd. VIII, p. 405. — VERNEUIL, dans une discussion à la Société de chirurgie (octobre 1888), a rapporté 22 amputations sous-vaginales du col, par son procédé, avec 1 mort. POLAILLON, qui a employé l'anse galvanique, a constaté 1 mort (par chloroforme) sur 200 opérées. MARCHAND, sur 12 cas (dont 4 avec l'écraseur et 8 avec l'anse galvanique), a perdu une malade par une ouverture du péritoine et péritonite consécutive. TERRILLON compte 7 opérées guéries (galvano-cautère ou thermo-cautère). En y ajoutant 1 cas de SCHWARTZ, on relève 60 amputations sous-vaginales du col avec 2 morts opératoires, soit 3,33 pour 100. Dans cette série, VERNEUIL, compte 1 cas de guérison datant de 7 ans; 1, de 5 ans; 1, de 5 ans. 2, datant de 6 ans et de 5 ans, ont présenté, à cette époque tardive, une récurrence dans les ganglions pelviens. POLAILLON observe 1 cas de guérison depuis 7 ans; 1 depuis 5 ans. MARCHAND, 1 depuis 7 ans; 1 depuis 5 ans; et SCHWARTZ, 1 cas depuis 4 ans (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1888, p. 717 et suiv., et M. BARRAUD, *Hystérectomie vaginale totale ou partielle*, Thèse de Paris, 1889, p. 65 et 85).

<sup>3</sup> Cette opinion, dont j'ai été l'un des rares défenseurs dans la discussion qui a eu lieu à ce sujet à la Société de chirurgie (*Bull. et Mém.*, oct. 1888, p. 770), compte aujourd'hui un nombre croissant de partisans. — Voir : L. LANDAU. *Zur Diagnose und Therapie des Gebärmutterkrebses* (*Samml. klin. Vortr.*, 1889, n° 358, p. 2419). — DMITRI DE ORT. *Extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale* (*Annal. de gyn.*, oct. 1889, t. XXXII, p. 267).