

presque toute leur longueur ; mais cet aplatissement change de direction vers l'extrémité supérieure, il devient latéral dans l'étendue de 2 centimètres, afin de favoriser l'ouverture d'un trou transversal formant le chas des aiguilles.

En outre, l'aiguille la plus faible est percée d'un second trou sur son plat, vers ses trois quarts inférieurs ; et, pour cette raison, l'auteur l'appelle aiguille à double ouverture ; l'autre aiguille, destinée à porter le nœud autour du pédicule, prend le nom d'aiguille conductrice.

Le serre-nœud est fait sur le modèle de celui de Desault. Il consiste en une tige métallique de 30 centimètres de longueur, plus ou moins, selon le volume du polype ; large de 11 millimètres à son extrémité inférieure, sur une épaisseur de 2 millimètres, l'instrument va en s'aminçant vers son extrémité supérieure, qui se termine brusquement par une petite tête ronde, légèrement aplatie de haut en bas, de 7 millimètres de diamètre, et percée d'un trou vertical de 4 millimètres de diamètre. L'extrémité inférieure de la tige, en s'élargissant, se termine par une ouverture formant un carré oblong de un centimètre et demi de hauteur sur 7 millimètres de largeur. Le milieu de ce carré est traversé horizontalement par une tige offrant un œil dans son centre et terminée, d'un côté, par une roue dentée avec encliquetage, et, de l'autre, par une lame aplatie servant de poignée.

Ces instruments offrent une simplicité extrême ; point de canule, point de pince brisée, comme dans l'appareil de Desault ; ils sont d'un emploi beaucoup plus sûr que les porte-ligature de Sauter et qui se terminent par une simple fourchette à leur extrémité.

La possibilité de passer les aiguilles dans l'anneau du serre-nœud dispense de cette manœuvre difficile qui consiste à faire passer au-dessus du fil de la tige à pince brisée le fil que conduit la canule.

Quant à la modification que présente l'extrémité inférieure du serre-nœud, elle n'appartient pas à Hullin ; son mécanisme est plus compliqué que celui du serre-nœud de Desault, mais il nous semble plus efficace.

Il est assez difficile de décider lequel de ces divers instruments vaut le mieux. Chacun est préconisé et a été employé avec succès par des hommes d'une grande expérience : il est probable que le succès dépend bien plus de l'opérateur que de l'instrument. Il faut avoir grand soin de ne pas comprendre dans la ligature aucune portion de l'utérus, car cela produit souvent des douleurs très vives. Nous avons déjà fait remarquer que, dans beaucoup de cas, les fibres utérines se prolongeaient jusqu'à une certaine distance dans le pédicule, ce qui explique les douleurs très vives que la malade éprouve, alors même que l'orifice utérin est intact, et la nécessité où l'on est de relâcher la ligature, quitte à la resserrer ensuite graduellement.

Une fois l'instrument choisi et les fils introduits dans les tubes, la

malade doit être placée sur le dos ou sur le côté, et la ligature sera appliquée de la manière indiquée, suivant le genre de l'instrument qu'on aura choisi. On ne peut faire usage d'un spéculum ordinaire, à moins d'avoir affaire à de petits polypes glandulaires ; mais pour les polypes plus volumineux, quand ils ne remplissent pas tout le vagin, les écarteurs du docteur Sims sont très utiles ; ils mettent à même de voir la tumeur au lieu d'en être réduit au simple toucher. Une fois l'opération faite, il faut mettre la malade en garde contre les mouvements subits qui, en repoussant la canule fortement en arrière, pourraient être cause d'un dommage irréparable. Le mieux est de laisser cette canule en avant du polype, et, s'il le faut, de l'attacher à la cuisse avec un ruban. On serrera ensuite plus ou moins souvent la ligature (1), suivant le degré d'irritation des parties. S'il n'y en a pas du tout, on devra augmenter chaque jour le degré de constriction, attendu que plus tôt le polype sera enlevé, mieux cela vaudra. Mais s'il y a de la douleur locale ou des troubles généraux, on doit être très prudent ; il y a même des cas où il faut relâcher la ligature. A tout événement, ce sera souvent assez de serrer le nœud tous les deux ou trois jours. Après vingt-quatre heures, on devra faire dans le vagin une injection d'eau tiède ou d'infusion de camomille, chaque fois que l'on voudra serrer la ligature ; cette précaution fait disparaître les écoulements irritants et met la malade plus à son aise. Après un intervalle qui varie de six jours à trois semaines, la canule se trouve libre dans le vagin, et le pédicule du polype est sanctionné si la tumeur est peu volumineuse ; un doigt suffit pour la tirer hors du vagin. Si elle est plus volumineuse, on peut éprouver quelque peine, surtout chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, et on est quelquefois obligé de faire usage d'un crochet ou d'une paire de pinces.

Il y a aussi des cas dans lesquels le polype résiste à toute espèce de ligature. Un fait de ce genre s'est présenté à l'hôpital de Meath : après un assez-long temps d'application, la ligature ne faisant aucun progrès, M. Porter fut obligé d'avoir recours au bistouri. Pendant que la ligature est en place, la malade doit garder le repos au lit ; la liberté du ventre doit être entretenue au moyen de lavements, et, s'il y a une douleur vive ou de l'insomnie, on administre de l'opium. Les jours qui suivent la chute du polype, on fait usage d'injections d'eau tiède, d'eau aluminée ou d'infusion de camomille. Le plus ordinairement, une fois la ligature en place, il ne s'écoule pas une seule goutte de sang, et, avec des soins, la malade se relève très vite de l'état anémique dans le-

(1) Nous croyons qu'il vaut mieux dans la même séance arriver lentement et graduellement au degré extrême de la constriction, et même à la séparation complète du polype. Il est évident que, pour atteindre ce but, il faudra employer des liens solides, et il faudra y mettre le temps. On évitera plus sûrement, de cette façon, un certain nombre des accidents signalés dans ce chapitre.

quel elle était tombée et échappe à toutes les complications qui étaient survenues.

Il y a cependant des exceptions malheureuses, et l'on a vu des femmes succomber de septicémie avant même la chute du polype, ou mourir de phlébite utérine après l'opération (1). Un fait de ce genre s'est passé à l'hôpital Saint-George, dans le service de M. Babington (2), et un deuxième tout à fait analogue a été observé par Blandin. Dupuytren a rencontré huit ou dix cas qui furent suivis d'infection purulente. Sur les dix femmes opérées par M'Clintock, trois moururent, et il rapporte que sur les cinquante-neuf cas de Robert Lee, il y en eut dix-neuf suivis de mort, tandis que dans les trente-cinq cas où le polype fut enlevé par torsion ou excision, il n'y a pas eu un seul cas de mort (3). M'Clintock tire les conclusions suivantes :

1° La mort peut survenir avant que la ligature ait sectionné le pédicule, et cela même dans des cas où les fils n'avaient pas été exagérément serrés et où aucune portion de l'utérus n'avait été comprise dans la ligature ; 2° dans quelques cas, la terminaison fatale a tenu à une inflammation du péritoine ; 3° dans d'autres cas, une phlébite utérine se terminant par la mort a succédé à l'application de la ligature ; 4° dans un grand nombre de cas, la mort a dû être attribuée à une sorte de fièvre putride lente ; 5° les abcès pelviens, avec les dangers qu'ils entraînent, peuvent aussi se produire à la suite de la ligature des polypes utérins ; 6° la *phlegmatia alba dolens* peut se produire dans une ou dans les deux jambes ; 7° la malade peut aussi être emportée par le tétanos (4).

Langenbeck dit qu'il a vu l'hémorrhagie cesser immédiatement après l'ablation du polype, mais que dans les dix dernières années, il a vu dix cas de pyoémie, et il conseille de n'appliquer de ligature que par mesure de précaution. Une fois le nœud fait, on doit exciser le polype (5).

III. *Ablation par excision.* — En face des inconvénients très-grands qui viennent de la présence d'un corps semi-putréfié dans le vagin, et d'autre part des difficultés que l'on rencontre parfois à sectionner les pédicules des polypes par la ligature, beaucoup de praticiens éminents ont conseillé de préférence l'excision avec les ciseaux, le bistouri ou l'écraseur. On a d'ailleurs reconnu que, dans le plus grand nombre des polypes, il n'y avait pas de vaisseaux volumineux. Parmi les auteurs qui se sont rangés à cet avis, nous citerons Osiander (6), Hervez de Ché-

(1) *British and foreign Review*, juillet 1837, p. 183.

(2) Babington, *Cyclop. of pract. med.*, art. *Pathology of the uterus*, vol. IV.

(3) *Med. chir. Trans.*, vol. XLIV, p. 73.

(4) M'Clintock, *Clinical Memoirs on diseases of women*, p. 185.

(5) Langenbeck, *Deutsche Klinik*, 6 avril 1850.

(6) Jo. Fried. Osiander, *Ueber die Extirpation welcher polypöser Excrescenzen aus der Höhle der Gebärmutter* (*Hamburger Zeitschr. für gesc. Medizin*, 1838, t. VIII).

goïn (1), E. A. von Siebold (2), C. G. Mayer (3), Dupuytren, Dieffenbach, Max. Langenbeck (4), Arnott, Simpson, Brown (5), etc. Siebold et Mayer (de Berlin) conseillent seulement la ligature dans les deux cas suivants :

1° Quand dans le pédicule du polype on sent battre une artère ;

2° Quand le pédicule de la tumeur est très épais et contient probablement de larges vaisseaux.

En toute autre circonstance, ils préfèrent l'excision à cause des difficultés que l'on éprouve à appliquer une ligature, et aussi parce qu'une fois l'opération faite, les symptômes sont plus graves après la ligature qu'après l'excision. Ils opèrent avec des ciseaux en pinces à pointes arrondies, recourbés sur leurs lames et leurs manches en forme d'S romain, et ayant une longueur de 9 à 10 pouces et demi (fig. 137). La sec-

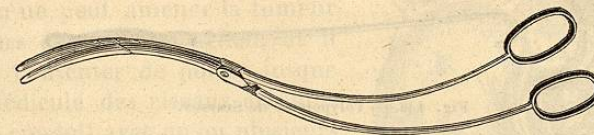


Fig. 137. — Pince à polypes de Siebold.

tion du col ne doit pas être faite en une seule fois, mais par une incision faite à petits coups. Mayer rapporte six cas de polypes utérins qui furent ainsi enlevés avec succès par Siebold et lui ; il cite, comme devant nécessiter l'excision plutôt que la ligature, les circonstances suivantes :

« 1° Quand le polype est sorti de l'utérus, ou quand il peut être amené au dehors avec des pinces, ou bien encore quand il est fixé sur l'orifice ou sur le col ; il faut encore que le pédicule soit mince et sans apparence de vascularité ;

« 2° Quand la ligature est appliquée depuis un certain temps et que le polype est suffisamment à la portée, on peut l'exciser au-dessous de la ligature ;

« 3° Quand le pédicule du polype ne s'isole pas, une fois l'application de la ligature faite ;

« 4° Quand le polype a amené une inversion de l'utérus. »

Dupuytren, dans le cours de sa pratique, a enlevé deux cents polypes et n'a vu que deux hémorrhagies. Velpeau (6) dit n'avoir jamais rencontré d'hémorrhagies. A. Bérard (7) a cité un exemple dans lequel les in-

(1) Hervez de Chégoïn, *Recherches sur la disposition anatomique des polypes de la matrice* (*Journ. gén. de méd.*, octobre 1827, t. CI, p. 3).

(2) A. E. von Siebold, *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. I, p. 710.

(3) C. G. Mayer, *De polypis uteri*. Berlin, 1821.

(4) Max. Langenbeck, *De totius uteri extirpatione*, diss. inaug. Göttingæ, 1842.

(5) Brown, *Dublin Journal*, janvier 1837, p. 360.

(6) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*. Paris, 1839, t. IV.

(7) A. Bérard, *Bulletins de l'Académie de médecine*. Paris, 1841-1842, t. VII, p. 44.

cisions du col étaient cicatrisées le douzième jour. Arnott et Brodie (1) ont été également heureux. Plusieurs des plus éminents chirurgiens de Dublin ont pratiqué l'excision; nous-mêmes l'avons faite dans beaucoup de cas et toujours avec un succès complet. Cependant l'hémorrhagie peut prendre des proportions alarmantes. Monfalcon en a cité plusieurs cas (2) en pareille circonstance.

L'hémorrhagie est la seule objection que l'on ait faite à l'excision. Ainsi que nous l'avons dit, elle est fort peu à craindre avec les polypes volumineux, les pédicules ne renfermant que très rarement des vaisseaux d'un certain calibre. Sans aucun doute, si l'on perçoit des pulsations, il sera plus sage d'avoir recours à la ligature, ou tout au moins de combiner les deux procédés, c'est-à-dire de lier le pédicule, et, après



Fig. 138. — Polypotome de SIMPSON.

doize ou vingt-quatre heures, d'exciser le polype au-dessous de la ligature, qu'on laissera par précaution pendant plusieurs jours. Il y a d'autres circonstances dans lesquelles l'excision serait impossible ou très hasardee; ainsi, par exemple, quand le polype vient seulement de passer à travers l'orifice utérin, si l'on a quelques doutes, il faut employer la ligature.

Le procédé opératoire est très simple. La malade est placée sur le dos ou sur le côté, on saisit le polype avec les doigts, avec un crochet ou avec de petites pinces, et on l'attire au dehors. Quelquefois, bien que rarement, la tumeur descend d'elle-même. Quand elle est hors de la vulve, l'opérateur la saisit et en coupe d'un seul coup la racine tout près des grandes lèvres, soit avec un bistouri, soit avec des ciseaux.

Simpson a inventé un instrument spécial qu'il appelle *polypotome* (fig. 138). On peut facilement le glisser autour du col de la tumeur, et l'on ne court aucun risque de blesser les parties voisines (3).

Il suffit de tirer légèrement la tumeur, soit avec le doigt, soit avec une pince de Museux. Une fois le crochet passé autour du pédicule, en faisant mouvoir un bouton placé dans le manche de l'instrument, on fait saillir une lame tranchante qui se trouve renfermée dans la courbure du crochet, et on opère peu à peu la section.

(1) Arnott et Brodie, *British and foreign Review*, juillet 1837, p. 183.

(2) Monfalcon, *Dictionnaire des sciences médicales*, art. POLYPE. Paris, 1820, t. XLIV, p. 245.

(3) Simpson, *Edinburgh monthly Journal*, janv. 1850. — *Obstetric works*, vol. I, p. 150. — *Clinique obstétricale et gynécologique*, trad. par Chantreuil, Paris, 1874, p. 686.

Le polypotome de Simpson, suivant l'auteur, est surtout applicable dans les cas de polypes très volumineux. On peut toujours, avec le doigt, porter un instrument fixe jusque sur le pédicule d'une tumeur, et l'on ne peut pas toujours porter une ligature. Dans un cas, entre autres, le polype représenté dans la figure 139, diminué des deux tiers, remplissait tellement le vagin qu'il semblait moulé sur ce canal. Le polype, qui était très allongé, n'avait certainement pris cette forme que depuis qu'il était tombé dans le vagin. On put facilement saisir et couper le pédicule avec le polypotome, et il aurait été certainement très difficile de passer une ligature.

Cependant, quand l'utérus est très haut, on ne peut amener la tumeur en dehors de l'orifice vaginal, et il faut se contenter de porter jusque sur le pédicule des ciseaux arrondis que l'on conduit avec un ou plusieurs doigts et de placer le polype entre les lames de manière à le couper en travers. En pareil cas, le spéculum rend quelquefois de grands services, il sera surtout utile avec des ciseaux courbés à leur extrémité. Une fois l'opération faite, s'il y a lieu de craindre une hémorrhagie, on fait dans le vagin une injection astringente ou l'on introduit un tampon de charpie. Bien entendu la malade doit garder le repos pendant plusieurs jours.

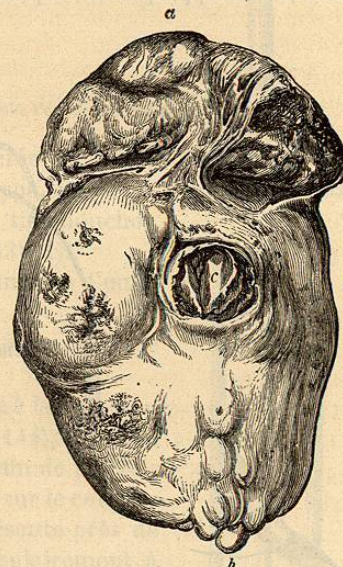


Fig. 139. — Polype de l'utérus (\*).

Pour les petits polypes placés à l'entrée du col et dont on peut sentir nettement le pédicule, Mikschik (1) a proposé l'instrument (fig. 140). Nous en parlons surtout pour mémoire, car les cas où on devra faire usage de cet instrument sont rares.

Toutes les fois qu'on pourra faire usage de l'écraseur, il y a un grand avantage à le faire, parce qu'on prévient ainsi les chances d'hémorrhagie. On pourra employer, soit l'instrument de Chassaignac (2) (fig. 141), soit celui de Maisonneuve, avec la chaîne ou bien le fil de fer tortillé ou un simple fil métallique.

Braxton Hicks a fait subir à l'écraseur quelques modifications : il

(1) Mikschik, *Instrument zur Excision grosser fibröser Polypen des Uterus* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 1854, n° 37).

(2) Chassaignac, *Traité de l'écrasement linéaire*. Paris, 1856.

(\*) a, partie supérieure; b, partie inférieure; c, place et épaisseur du pédicule. (SIMPSON, fig. 12.)

remplace la chaîne par un fil métallique enroulé. Ce changement peut être bon, il a été très préconisé par Oldham (1).

O'Grady (de Malahide) a essayé des pinces dont les extrémités ressemblent à une plume d'oie divisée en deux parties égales. Quand elles sont rapprochées, elles forment une sorte de cylindre court, à l'intérieur duquel on peut placer une petite quantité de caustique. Les bords de chaque demi-cylindre sont tranchants, en sorte qu'une fois l'instrument appliqué sur le pédicule du polype, on a les efforts combi-

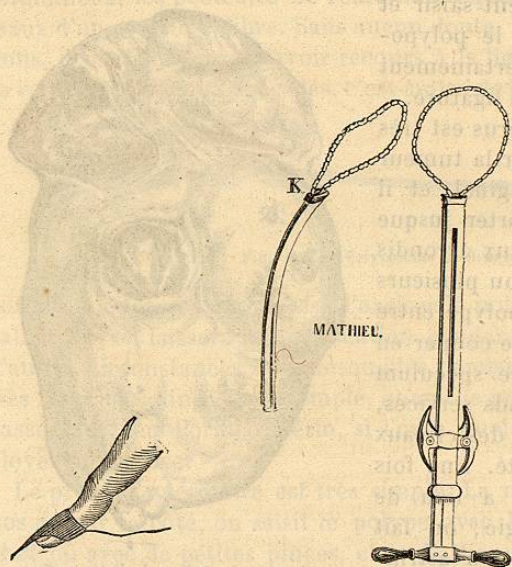


Fig. 140. — Instrument de Miskoch pour l'incision des polypes utérins.

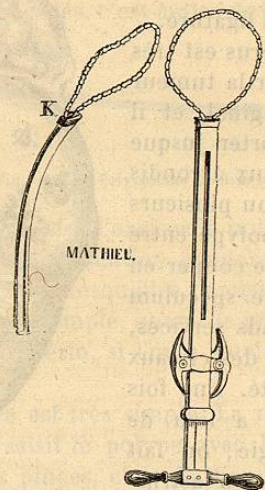


Fig. 141. — Écraseur linéaire de M. Chassaignac (\*).

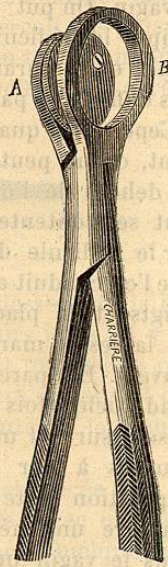


Fig. 142. — Pince emporte-pièce de M. Nélaton.

nés de pression et de cautérisation, sous l'influence desquels la vitalité est rapidement détruite (2).

Pour enlever les polypes intra-utérins, après avoir dilaté suffisamment l'orifice, Simpson a eu recours à un instrument (une sorte de forceps très puissant ou de lithotriteur) avec lequel il écrase et broie la tumeur. C'est dans le même but que Nélaton a fait construire une pince emporte-pièce (fig. 142). D'autres fois Simpson a divisé le pédicule avec un fil d'argent ou une ligature agissant d'après le principe de la scie à chaîne ; d'autres fois encore il les a enlevés avec des ciseaux arrondis et très recourbés. Dans les cas de petits polypes vésiculaires du col, il pense que non seulement il vaut mieux les enlever avec l'on-

(1) Oldham, *Trans. of London obstetrical Society*, vol. III, p. 346.

(2) O'Grady, *Dublin medical Press*, 20 août 1851.

(\* K, écraseur courbe.

gle, avec des pinces ou des ciseaux, mais encore que, pour compléter la guérison, il faut faire usage de caustiques, et il recommande surtout



Fig. 143. — Instrument de M'Clintock pour l'extraction des polypes.

la potasse, dont l'action peut être modérée par l'acide acétique. Pour fixer ou amener au dehors un large polype, nous ne connaissons pas de meilleur instrument que l'espèce de tire-bouchon qui a été inventé par M' Clintock (fig. 143) (1).

La section peut encore être opérée au moyen d'un fil de platine rougi par l'électricité.

M. Byrne (de Brooklyn) (2) conseille dans ce cas le procédé suivant :

Quand la tumeur ne peut être abaissée à la vulve, on prend une tige de caoutchouc durci (fig. 144), arrondie à son extrémité et légèrement courbe afin de pouvoir se mouler sur la concavité du sacrum et sur le contour postérieur de la tumeur. Cette tige présente près de son extrémité un trou percé perpendiculairement à son axe et dans lequel on fait passer le fil de platine. Les extrémités libres du fil traversent deux tubes de cuivre légèrement courbes, supportés par des manches que l'on enlève à un moment donné afin de fixer les tubes sur le manche d'un galvano-cautère disposé de façon à les recevoir.

Pour appliquer le fil de platine autour du pédicule, on porte la tige de caoutchouc durci et les deux tubes placés de chaque côté de cette tige vers la partie postérieure de la tumeur, aussi haut que possible. On confie alors la tige de caoutchouc à un aide qui la maintient solidement en place. Chaque tube de cuivre est ensuite porté de chaque côté de la tumeur, puis ramené en avant derrière le pubis : lorsque le fil de platine entoure la tumeur, on enlève les manches qui supportent les tubes et on fixe ces der-



Fig. 144. — Section des polypes par la galvano-caustique thermique. (Procédé de BYRNE.)

(1) Encore faudra-t-il que le tissu du polype offre une consistance suffisante.

(2) Byrne, *Electro-cautery in uterine surgery*. New-York, 1873.

niers sur le manche d'un galvano-cautère disposé de façon à maintenir les tubes isolés, puis l'on enroule l'extrémité des fils de platine sur un treuil destiné à rétrécir l'anse de platine à mesure que la section se produit. Tout étant ainsi disposé, on fait passer le courant d'une pile au bichromate de potasse qui fait rougir le fil de platine. Ce dernier fond l'extrémité de la tige de caoutchouc et devient libre. La section est ensuite opérée en rétrécissant le fil lentement au moyen du treuil. Ordinairement la section se produit sans écoulement de sang.

En somme, il est à propos de récapituler les avantages de chaque méthode :

Par la *ligature*, dit-on : 1° on évite le danger des hémorrhagies ; 2° on détruit les polypes plus efficacement.

Par l'*incision* : 1° on évite cet ennuyeux procédé de séparation du polype par mortification ; 2° il y a moins de chance d'inflammation générale ou locale ; 3° le danger de l'hémorrhagie est faible, et, y en eût-il, on arrêtera le sang avec des astringents, le tamponnement ou le cautère actuel.

Si, après l'accouchement, on peut s'assurer que l'hémorrhagie tient à la présence d'un polype dans l'utérus, ce qu'il y a de mieux à faire est de porter la main dans cet organe et d'enlever la tumeur par torsion. Si le polype a entraîné l'utérus, il peut être nécessaire, une fois la tumeur enlevée, de maintenir l'organe en place avec un pessaire. A tout événement, il faut faire fréquemment usage d'injections astringentes. Mais si l'utérus est tombé en inversion par suite du poids du polype, comme il y a peu d'espérance de réduire cette inversion et qu'elle est en elle-même une maladie sérieuse, il peut être à propos d'enlever le tout. Le polype serait d'abord séparé, puis une ligature appliquée autour du col de l'utérus, et l'on attendra ensuite la mortification, ou bien l'on ampute immédiatement au-dessous de la ligature.

Une fois le polype enlevé, l'écoulement muqueux cesse aussi bien que l'hémorrhagie, et si, comme il arrive dans la plupart des cas, l'hémorrhagie n'a pas été trop abondante, la malade recouvre promptement la santé. Il sera nécessaire de surveiller l'érosion qui existe en général et de toucher les parties avec un caustique, ce sera le devoir du praticien de s'occuper ensuite avec grand soin des accidents secondaires qui ont pu être produits par l'hémorrhagie. Il faut soutenir les forces générales avec du bouillon, des gelées, ou par une nourriture animale qui puisse être supportée par l'estomac ; on devra faire prendre aussi du vin et quelques toniques végétaux et minéraux. S'il y a de la diarrhée, comme cela est très fréquent, on administrera un mélange de poudre de craie avec du kino et du cachou, ou bien l'on donnera de l'opium seul. Après quelques semaines, un exercice modéré, au grand air et en voiture, sera très avantageux.

## CHAPITRE XVIII

## CANCER DE L'UTÉRUS (1)

Le cancer utérin est la maladie la plus terrible et la plus constamment fatale qui puisse atteindre l'utérus : c'est l'affection dont on peut le moins enrayer les progrès et dans laquelle le traitement est le plus inefficace. C'est en même temps une maladie très fréquente, et, comme elle est toujours fatale, on a eu des occasions très nombreuses d'en étudier l'anatomie pathologique. Si l'on compare cependant les écrits des divers auteurs, on trouve une divergence d'opinions constante et de continuelles controverses.

## Définition.

Le sens du mot *cancer* est d'ailleurs tellement vague pour beaucoup de médecins, que, leurs descriptions en main, on ne peut toujours reconnaître la maladie.

Sous le nom de *cancer de l'utérus*, on doit comprendre aujourd'hui avec M. Courty et la plupart des auteurs, qui ont écrit récemment sur ce sujet, « toute maladie caractérisée par la double tendance : 1° à détruire le tissu de l'organe ; 2° à se reproduire sur place ou à s'étendre aux organes voisins, avec plus ou moins de rapidité, quelles que soient d'ailleurs les affections qui président au développement de cette maladie ou les formes anatomiques qui la représentent (2). »

(1) BIBLIOGRAPHIE: Bayle et Cayol, *Dict. des sciences médicales*, art. CANCER. Paris, 1812, t. III. — E. G. Patix, *Traité sur le cancer de la matrice*. Paris, 1820. — Ashwell, *Treatise on the diseases of women*. London, 1828 ; 3<sup>e</sup> édition, 1848. — Maurice Treille, *Considérations et observations sur le cancer (Annales physiologiques, tome I, janv. 1822) ; Mémoire sur les maladies cancéreuses de la matrice*. Paris, 1838, in-8. — J. A. Récamier, *Recherches sur le traitement du cancer*. Paris, 1829. — W. F. Montgomery, *Cases of cancer uteri with observations (Dublin Hospital reports, 1830, t. V, p. 412 ; sur la première période du cancer de l'utérus [Dublin Journal of medical Sciences, janvier 1842, t. V, p. 412 et Arch. gén., 3<sup>e</sup> série, t. XIII, p. 487 ; Dublin med. Press, 1858])*. — Clarke, *Diseases of females*, 1831, t. I, p. 207. — Carswell, *The cyclopaedia of pract. med.*, art. SCHIRRUS, 1834. — Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1832, t. II, p. 9. — Copland, *Dict. of pract. medicine*, art. CANCER, p. 282. — Bayle, *Traité des maladies cancéreuses*. Paris, 1834. — P. J. S. Teallier, *Du cancer de la matrice, de ses causes, de son diagnostic et de son traitement*. Paris, 1836. — Colombat, *Maladies des femmes*. Paris, 1839, t. II. — W. H. Waslke, *The nature and treatment of cancer*. London, 1846. — Kiwisch, *Krankheiten der Gebärmutter*. Prag, 1857. — John Hughes Bennett, *On cancerous and canceroid Growths*. Edinburgh, 1849. — Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses*. Paris, 1851. — Robert Lee, *Cyclop. of pract. med.*, t. IV, p. 395. — Paget, *Lectures on tumours*, 1842. — C. Mayer, *Fälle von Kankroid der Gebärmutter und der Scheide (Verhandl. der Gesc. für Gebtsk., t. IV, p. 111)*. — Discussion sur le diagnostic et la curabilité du cancer, discours de MM. Velpeau, A. Robert, Malgaigne, Bouillaud, Delafond, Barth, Leblanc, Larrey, etc. (*Bulletin de l'Académie de médecine, 1854-55, t. XX, passim*).

(2) Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1872, 2<sup>e</sup> édition, p. 993.