

Les végétations en forme de chou-fleur, quoique plus communes que l'ulcère rongé, ne se rencontrent cependant pas fréquemment. Ce sont des tumeurs fongueuses, de volume variable, s'élevant à la surface du col; cette surface est tantôt unie, tantôt lobulée et formant des amas arrondis de papilles, ayant l'aspect de choux-fleurs. « Ces tumeurs, dit le professeur Bennett, sont presque « toujours composées de cellules épithéliales qui se sont allongées « ou qui ont pris une forme anguleuse : les noyaux sont presque « toujours très-distincts. La surface externe est ainsi composée « dans les grosses tumeurs; mais à l'intérieur on trouve du tissu « fibreux dans lequel se prolonge le réseau capillaire du derme. »

Ces tumeurs ne peuvent pas être confondues avec les affections inflammatoires de l'utérus ou de son col. J'ajouterai que, si elles sont bien circonscrites, on fera bien de les extirper avec le bistouri en enlevant également tout à l'entour une certaine quantité de tissu sain. L'opération est indiquée par la nature épithéliale, car les épithélioma ont moins de tendance à se reproduire que les autres formes de cancer. Malheureusement il est très-difficile d'aller jusqu'au tissu sain, même lorsqu'on fait l'amputation complète du col. J'ai plusieurs fois amputé le col en pareil cas, mais sans succès; il existait des cellules cancéreuses au delà de la partie excisée. Dans un cas, j'enlevai la tumeur avec le bistouri et je cautérisai aussi profondément que possible la plaie avec le cautère actuel. Au bout de quelques mois il y avait une cicatrice de bonne apparence. Le col paraissait complètement sain, et cet état dura plusieurs mois, au bout desquels le mal reparut et fit des progrès rapides. Lorsque je revis la malade, le col était en partie détruit par le cancer, qui s'étendait aussi au corps de l'utérus; il n'y avait par conséquent plus rien à faire, et la mort eut lieu comme il arrive ordinairement. Bien que je n'aie pas eu de succès, je dois dire cependant que des médecins ont enlevé ces tumeurs sans qu'il y ait eu de récurrence.

## APPENDICE

### DE L'EXAMEN PHYSIQUE DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

Les faits que je viens de rapporter ont été surtout mis en lumière par l'application des méthodes d'investigation au diagnostic des maladies utérines. Comme il est indispensable que les médecins se servent de ces moyens, s'ils veulent arriver aux mêmes résultats que les miens, je vais entrer dans quelques détails sur l'examen physique de l'utérus et de ses annexes.

On peut s'assurer physiquement de l'état dans lequel se trouve l'utérus, soit par le toucher, soit par le spéculum ou la sonde utérine.

On a depuis un temps immémorial employé le toucher pour l'étude des maladies de l'utérus et de ses annexes. Ce moyen n'a fourni que très-peu de renseignements sur l'état du col, seule région que l'on puisse atteindre et qui est d'ailleurs le siège le plus fréquent des maladies de l'organe. Cela vient surtout de ce que le toucher n'était pas instruit, pour ainsi dire, par la vue, qui, seule peut apprendre à reconnaître les modifications amenées par la maladie. Ainsi, bien qu'on se soit servi du toucher comme moyen de diagnostic, dès la plus haute antiquité, c'est le spéculum qui révéla plus tard la fréquence de l'inflammation, de l'ulcération et de l'hypertrophie inflammatoire du col, qui n'était pas même soupçonnée. Quand une fois l'œil a reconnu l'existence de ces états morbides, le toucher arrive, avec son aide, à distinguer les plus légères modifications pathologiques. Le médecin est alors tout étonné d'avoir pu méconnaître des modifications importantes qui lui avaient échappé jusque-là.

J'observe constamment des exemples de ce fait, ainsi je vois continuellement des malades qui ont été examinées au moyen du toucher quelques jours avant de s'adresser à moi. On les avait déclarées indemnes de toute affection, et cependant elles ont une maladie très-évidente, que je reconnais par le toucher, qui a pour ainsi dire reçu l'éducation de l'œil. Je pourrais rapporter beaucoup d'exemples singuliers de cette inhabileté de médecins même habitués à traiter beaucoup de maladies utérines, mais dont

le toucher n'a pas reçu cette *éducation* de l'œil. Je me bornerai à rapporter l'exemple suivant :

Je fus appelé en consultation avec une célébrité chirurgicale, qui avait une grande réputation pour les maladies utérines. C'était pour une dame de trente-neuf ans, qui, malgré tous les soins médicaux, était dans un déplorable état de santé depuis une fausse couche qui avait eu lieu sept ans auparavant. Je pratiquai le toucher et je trouvai le col hypertrophié et en rétroversion ; le col était si ouvert, que l'on y faisait pénétrer facilement les premières phalanges de deux doigts. On sentait parfaitement dans cette ouverture et tout à l'entour une ulcération : le doigt retiré était couvert de pus et de sang. Je dis au médecin en question qu'il y avait une ulcération inflammatoire très-étendue : que si la dame n'avait pas recouvré la santé à la suite du traitement qu'elle avait suivi, traitement prescrit par des médecins d'une grande expérience, cela tenait à ce que l'on ne s'était pas servi du spéculum, et qu'on avait ainsi méconnu la vraie nature de la maladie. A ma grande surprise, il me dit qu'il ne trouvait pas trace d'ulcération, qu'il ne se servait jamais du spéculum, que le toucher lui suffisait pour faire son diagnostic, et qu'il ne sanctionnerait pas par sa présence l'emploi d'aucun instrument. Je refusai alors de donner mon opinion, et la consultation fut brusquement interrompue. L'influence de l'âge, de l'autorité médicale du médecin prévalut ; il assura devant moi d'ailleurs qu'il pouvait guérir la malade sans aucune opération douloureuse, et la dame resta confiée à ses soins.

Quelques mois après je fus appelé en consultation chez une dame avec son médecin habituel. Elle avait été soignée par le même médecin dont j'ai parlé plus haut. Il l'avait examinée au spéculum. Me rappelant le fait précédent, je fus surpris de savoir qu'il s'était servi de cet instrument, mais j'appris qu'il l'avait fait à la sollicitation du médecin de la famille. Il avait dit que la maladie était d'origine inflammatoire ; et qu'elle était parfaitement curable. Le mari m'avait fait demander mon avis, parce que sa femme n'allait pas aussi bien qu'il l'espérait. Je ne m'attendais donc pas à trouver quelque chose de sérieux, lorsqu'en touchant, je sentis avec étonnement qu'il y avait une large ulcération cancéreuse.

Ainsi, nous voyons un homme vieilli dans la pratique des maladies utérines, avoir une telle confiance dans la délicatesse de son toucher, et dans l'exactitude des renseignements qu'il en obtient, qu'il dédaigne l'aide de la vue, et se fourvoie complète-

ment dans deux cas des plus simples. Dans l'un, il ne reconnaît pas une ulcération inflammatoire très-étendue, bien que l'existence lui en soit signalée ; dans l'autre, il prend un cancer ulcéré pour une maladie inflammatoire. Si l'expérience d'une longue vie consacrée à l'étude des maladies utérines ne suffit pas pour former le toucher sans le secours de l'œil, et empêcher de commettre de telles erreurs, que pourrait en attendre le médecin ordinaire dont le champ d'observations est beaucoup plus limité ?

Ce n'est pas seulement pour l'examen des maladies utérines que l'éducation des sens, en augmentant les moyens de diagnostic, donne des résultats auxquels l'intelligence la plus perspicace ne saurait atteindre. L'histoire de la médecine, pendant ces trente dernières années, montre ce fait sous différentes formes, et il a été admis comme irréfutable par les plus éminents écrivains de nos jours. Ainsi le docteur Watson dit, dans ses Leçons (vol. I, p. 10, 3<sup>e</sup> édition) : « Vous verrez qu'avant de vous fier à vos sens, d'asseoir votre jugement sur les renseignements que l'œil, l'oreille, le toucher, peuvent vous fournir, quelque bien doués qu'ils soient, ils doivent être exercés et instruits, pour ainsi dire. » De son côté, le docteur Latham, dans son ouvrage sur les maladies du cœur (vol. I, p. 80 et 81), dit très-éloquemment la même chose, dans des termes qui sont également applicables aux maladies utérines : « L'oreille doit être très-exercée, sinon elle ne peut donner des renseignements exacts. Il importe de se le rappeler, car les connaissances qu'on acquiert par les sens sont les meilleures ; mais aussi les erreurs qu'ils peuvent vous faire commettre sont les pires. » Plus loin (p. 295-296), il ajoute : « Avec quelle étonnante différence nous apparaissent les objets qui nous environnent, suivant le point de vue où nous les regardons. Quand nous nous plaçons sur un lieu élevé pour avoir une vue d'ensemble, nous voyons ce que nous ne pouvions apercevoir auparavant, et nous distinguons clairement ce que nous ne faisons qu'entrevoir d'une position moins élevée..... Ainsi le point de vue duquel on considère maintenant les maladies du cœur fait reconnaître un grand nombre de nouveaux faits, et éclaire les anciens d'un jour plus brillant. Aussi je ne me fie plus à mon ancienne expérience, et je sens le besoin de soumettre ma pratique et toute ma médecine au contrôle d'une nouvelle observation..... Les maladies sont maintenant mieux comprises ; nous avons des signes plus certains

« pour distinguer leur siège, leurs progrès, leur terminaison. Les anciennes observations cliniques ont vieilli, et il est indispensable « d'en faire de nouvelles. »

On peut pratiquer le *toucher* de l'utérus et des organes annexes dans toutes les positions. La position la plus usuelle en Angleterre est celle de l'accouchement; la malade est couchée sur le côté gauche. Dans cette attitude, on a toute facilité pour explorer le col. On peut s'assurer très-exactement de son volume, de son épaisseur, de sa direction, de l'état de l'orifice et des parties environnantes. Cependant ce n'est pas ainsi qu'on peut le mieux examiner le corps de l'utérus, les ovaires et les ligaments larges, à cause de la difficulté et même de l'impossibilité de déprimer les parois abdominales avec l'autre main.

Le doigt ne pouvant atteindre naturellement plus haut que le cul-de-sac vaginal, on ne peut guère connaître l'état des organes internes qu'en pressant sur eux à travers les parois abdominales, de façon à les abaisser dans la cavité pelvienne, et à les mettre en contact avec le doigt. La chose est plus facile lorsque la malade est placée sur le dos, le bassin élevé par un coussin un peu dur, les genoux fléchis, et les muscles de l'abdomen relâchés. On introduit alors le doigt dans le vagin; la pulpe doit être dirigée vers le pubis, et le coude abaissé. On atteint ainsi le col facilement, et, si en même temps on déprime la paroi abdominale dans la région hypogastrique et dans la région des ovaires, avec la main placée à l'extérieur, on amène pour ainsi dire l'utérus et ses annexes à la portée du doigt introduit derrière ou sur les côtés du col. On peut reconnaître de la sorte les plus légères altérations dans le volume et la position de l'utérus, des ovaires, des ligaments larges, à moins que l'embonpoint ne soit trop grand, ou qu'il n'y ait une contraction opiniâtre des muscles abdominaux.

Quelquefois il est utile d'examiner la malade debout, afin de vérifier si l'utérus change de direction, ou s'il s'abaisse, lorsque la malade est dans cette attitude, ou lorsqu'elle marche, et pour s'assurer si le prolapsus de l'utérus a diminué sous l'influence du traitement.

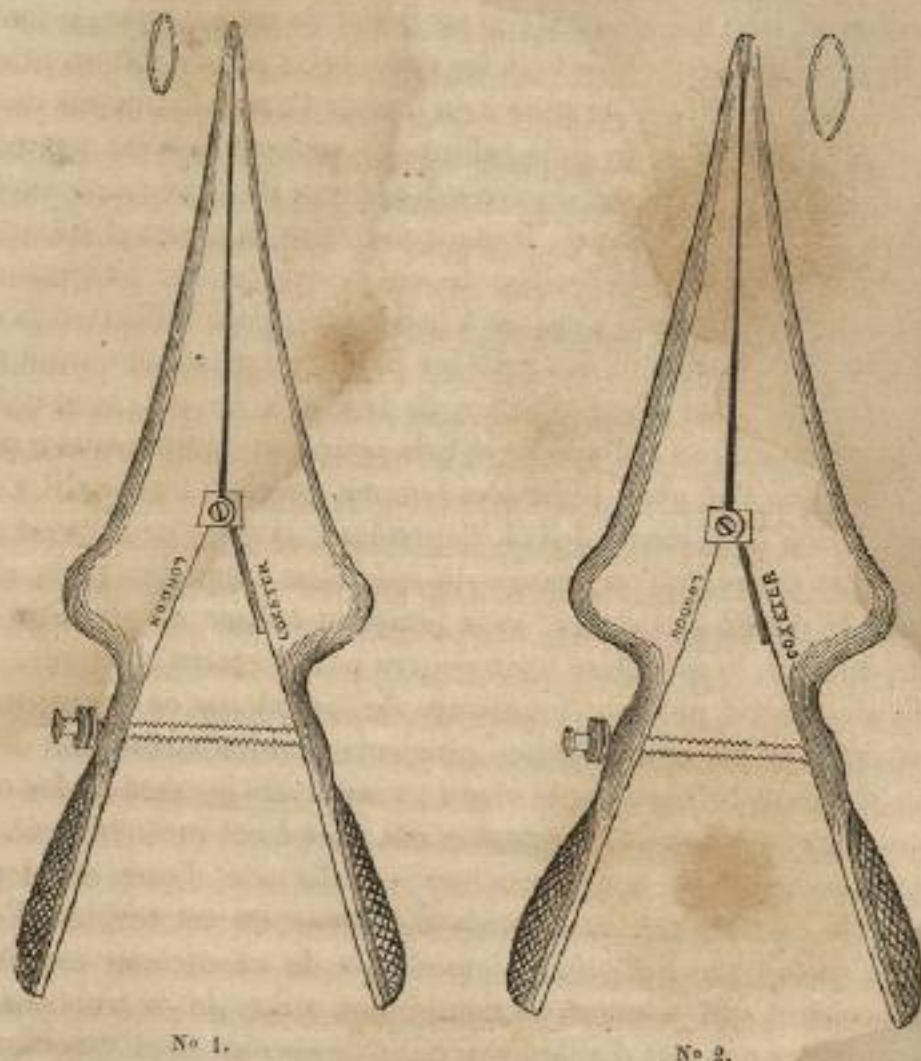
On a inventé un grand nombre de *spéculums*; mais on peut les réduire à deux espèces : le spéculum plein et le spéculum à valves. Les spéculums pleins peuvent être cylindriques ou coniques; ils peuvent être en métal ou en verre. La forme conique donne plus de lumière et est peut-être préférable à la forme cylindrique. Ils

sont de différentes grosseurs. Cette forme de spéculum est plus facile à employer que le spéculum à valves; en effet, dès qu'il a traversé la vulve, on n'a qu'à le pousser doucement dans la direction du col pour atteindre celui-ci. C'est l'instrument généralement usité sur le continent; et au début de ma pratique, je l'employais généralement. Mais tous les spéculums pleins ont un grand inconvénient qui m'a déterminé à en limiter l'emploi. A moins de se servir d'un spéculum de gros calibre (et souvent il n'est pas possible de le faire sans causer de vives douleurs), ils ne peuvent révéler une lésion de la cavité du col. Tout au contraire, la pression même du spéculum s'exerçant sur l'orifice du col, morbidement entr'ouvert, peut fermer cet orifice et s'oppose à la découverte de l'affection. C'est ainsi que je vois souvent des malades chez lesquelles on n'avait pas reconnu l'existence d'une affection de la cavité du col, bien qu'on les eût examinées au spéculum; et cela pour cette simple cause. J'en vois aussi que l'on avait regardées comme guéries, bien qu'il y eût encore lésion de la cavité du col. Cependant, si cette cavité n'est pas malade, et pourvu qu'on prenne un spéculum assez gros pour embrasser le col en son entier, sans pourtant causer de douleur en l'introduisant, le spéculum plein pourra parfaitement convenir.

On s'est servi pendant longtemps de spéculums en verre; mais il est arrivé à ma connaissance plusieurs accidents résultant de ce qu'ils s'étaient brisés dans le vagin; aussi avais-je cessé de les employer jusqu'à ce que M. Fergusson eût paré à cet inconvénient. La surface externe de son spéculum est formée d'une enveloppe mince de caoutchouc, et la surface interne en est revêtue d'une couche métallique brillante. L'enveloppe de caoutchouc empêche tout accident qui pourrait survenir par suite de la rupture du spéculum (ce qui doit d'ailleurs arriver beaucoup plus rarement); et la surface métallique agissant comme un puissant réflecteur, projette à flots la lumière dans la profondeur des tissus. Il n'est certainement aucun spéculum qu'on puisse lui comparer quant à l'éclairage; aussi n'était sa fragilité même, ne me servais-je jamais d'un autre spéculum plein. Cette fragilité rend les spéculums coniques en métal préférables pour l'usage habituel; mais il faut y faire passer la plus grande somme de lumière possible, et pour cela placer la malade en face d'une fenêtre. J'ai fait faire quatre calibres différents de ces spéculums en métal. On peut se servir du plus petit (n° 1) pour examiner les vierges sans division de l'hymen. Le plus gros (n° 2) n'est bon que pour les femmes enceintes ou pour celles

dont la vulve est extrêmement large. Ces spéculums peuvent se mettre les uns dans les autres, ce qui les rend très-portatifs.

Les spéculums à valves sont bivalves, trivalves ou quadrivalves.



No 1.

No 2.

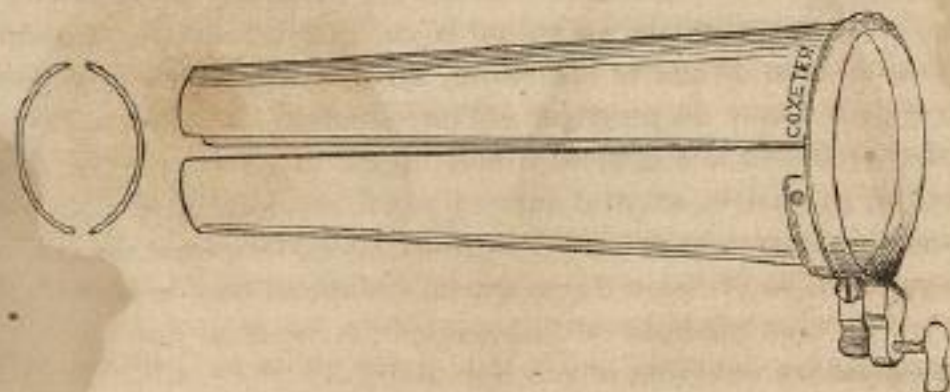
Je rejette ces deux derniers, non parce qu'ils ne peuvent servir, mais à cause de leur volume.

Le spéculum bivalve est celui que j'emploie généralement. Son principal avantage est de permettre au médecin de mieux voir le col; et, par le jeu de ses valves, d'entr'ouvrir les lèvres du col en laissant voir l'intérieur de la cavité. En outre, ce n'est pas un mince avantage que de pouvoir l'introduire sans causer de douleurs, et cela grâce à une modification qui consiste surtout dans l'aplatissement des valves, lesquelles ne constituent guère, lorsque le spéculum est fermé, que deux feuilles métalliques presque juxtaposées,

et qui occupent peu de place; aussi peut-on les introduire dans le vagin le plus étroit sans provoquer la plus légère douleur.

J'en ai fait faire de deux calibres, un grand et un beaucoup plus petit, afin de pouvoir satisfaire à tous les cas.

Les principales objections au spéculum bivalve sont: 1° qu'il nécessite une plus grande habileté et une plus grande habitude de la part de l'opérateur que le spéculum conique; 2° lorsqu'on ouvre les valves, le vagin relâché peut se placer entre les valves et empêcher de voir le col. Le premier inconvénient est réel, lorsque l'examen est fait par un médecin inexpérimenté, qui pourra trouver le col beaucoup plus facilement avec un spéculum conique qu'avec un spéculum bivalve. Quand on se sert de ce dernier instrument, le col ne se présente pas de lui-même et ne tombe pas tout seul dans le champ de l'instrument; il faut le chercher, et cela demande une certaine adresse. Jusqu'à ce qu'il l'ait acquise, le médecin fera bien de ne se servir que du spéculum conique. S'il essaye de se servir du bivalve, qu'il n'attribue qu'à son inexpérience, et non à l'instrument, l'insuccès de ses tentatives. Si la muqueuse relâchée tombe entre les valves du spéculum bivalve, il devient alors impossible de s'en servir. M. Coxeter a tourné la difficulté très-ingénieusement en combinant le spéculum conique avec le spéculum bivalve. Son instrument, représenté ici (n° 3), est conique lorsqu'il est



No 3.

fermé. Le cône est composé de deux valves qui peuvent s'écarter. On a ainsi l'avantage du spéculum conique, qui protège les tissus, et du spéculum bivalve, qui les dilate. C'est réellement alors un excellent instrument, qui m'a fait presque entièrement abandonner les gros spéculums coniques. Il s'applique dans les mêmes circonstances que ceux-ci: pendant la grossesse, où le vagin est plus lâche

que d'habitude, et quand il est nécessaire de protéger les parois du vagin, alors qu'on applique un caustique, comme le mélange de potasse et de chaux, et la potasse fondue.

La position de la malade pendant l'examen est importante. Si l'on emploie un spéculum conique ou cylindrique, la malade peut se mettre indifféremment sur le côté ou sur le dos; mais lorsqu'on se sert d'un spéculum bivalve, il faut mieux qu'elle soit placée dans cette dernière position. La malade, vêtue, se mettra sur le dos, le bassin élevé par un coussin un peu dur, et les genoux fléchis, sur un lit en face d'une fenêtre bien éclairée. S'il n'y a pas de lit ou de canapé, trois chaises placées l'une à côté de l'autre peuvent en tenir lieu. La malade pourrait être placée sur le bord d'un lit, s'il n'est pas en face de la fenêtre. Je préfère toujours la lumière du jour à la lumière artificielle. Le médecin s'assied ou se met à genoux à côté de la malade; il écarte doucement, avec l'index et le médius, les grandes et les petites lèvres, afin d'entr'ouvrir complètement le vagin, et il introduit le spéculum avec précaution. Il ne faut pas le faire pénétrer en poussant, mais en pressant en haut, en bas et sur les côtés, de manière à faire avancer l'instrument. Les valves ne doivent pas être ouvertes avant d'atteindre le col; et il faut les ouvrir très-doucement, sans quoi les parois du vagin pourraient se placer entre les valves. Quand le fait arrive, et il est souvent impossible à l'opérateur de l'éviter, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de retirer le spéculum et de le réintroduire. Pour être certain de bien diriger le spéculum, on doit s'assurer de la position du col avant de procéder à l'introduction. Il importe de regarder avec soin le spéculum, pendant qu'on le fait pénétrer dans le vagin, et on doit, avant d'ouvrir les valves, enlever le mucus et le pus qui pourraient empêcher de voir. La surface lisse du col, sa résistance à la pression de la sonde, indiquent que le museau de tanche est bien au bout de l'instrument, et ce n'est que lorsqu'on s'en est assuré qu'il faut ouvrir les valves.

Quel que soit l'instrument dont on se sert, il faut amener le col tout entier dans le champ de l'instrument et l'éclairer de façon à en bien voir les plus légères altérations pathologiques. C'est généralement une opération facile, bien qu'il n'en soit pas toujours ainsi. Il arrive même parfois que l'étroitesse du vagin, la position anormale du col, rendent l'opération très-difficile et exigent une habitude et une adresse consommées.

La sonde utérine, représentée ci-contre, est un instrument très-utile

pour le diagnostic des maladies de l'utérus. L'application de cet instrument à la pathologie utérine est due au professeur Simpson; avant lui, l'idée, quoique très-simple, n'en était jamais venue à aucun médecin. La sonde utérine est une bougie métallique graduée, munie d'un manche. A 60 millimètres de l'extrémité existe un petit renflement qui indique la profondeur des cavités du col et du corps de l'utérus à l'état sain. Lorsqu'on examine une malade avec cette sonde, on doit, pour s'assurer qu'elle passe librement à travers la cavité du col et qu'elle entre dans l'utérus, rechercher si elle a pénétré jusqu'au renflement. De ce que l'opérateur peut replacer l'utérus, le tourner en haut, il ne s'ensuit pas qu'il a pénétré dans la cavité utérine: il peut faire cela sans franchir la cavité du col, c'est-à-dire sans faire entrer la sonde de plus de 40 à 45 millimètres. Il doit donc s'assurer, par le toucher et par la vue, qu'il l'a fait entrer réellement de plus de 50 millimètres. Je suis convaincu que, pour négliger cette précaution, ceux qui se servent habituellement de la sonde commettent continuellement des erreurs; car on croit généralement que la sonde a pénétré dans la cavité utérine, si on peut élever l'utérus avec la sonde; tandis que, en réalité, ainsi que nous l'avons vu, on peut le faire sans entrer dans cette cavité. L'erreur que je viens de signaler est très-fréquente.

On ne doit, suivant moi, introduire la sonde dans la cavité de l'utérus, que lorsque cela est absolument nécessaire pour poser le diagnostic. Le contact de l'instrument avec la muqueuse détermine de la douleur, des nausées, des faiblesses et un léger écoulement de sang. Quand ces symptômes ne se produisent pas, c'est souvent parce que la sonde ne pénètre pas dans la cavité utérine, et qu'elle est seulement en contact avec la muqueuse de la cavité du col, qui est infiniment moins sensible.



La sonde utérine est également utile pour amener tout le col dans le spéculum, lorsqu'on ne peut en apercevoir qu'une partie, et à déprimer les lèvres du col, de manière à ce que l'œil puisse voir jusqu'où s'étend la dilatation morbide, résultat de l'inflammation. A défaut de sonde utérine, une bougie ordinaire remplirait le même but.

Les détails précédents, relatifs aux manœuvres chirurgicales nécessaires pour le traitement des maladies utérines, font voir que la pathologie utérine est tout à la fois médicale et chirurgicale. Les maladies utérines confirmées passent du domaine de la médecine dans celui de la chirurgie, et exigent des moyens d'investigation chirurgicale; il en est ainsi du traitement.

Le médecin qui veut aborder avec succès les difficultés de la pathologie utérine doit non-seulement posséder à fond les connaissances médicales, mais encore être au courant de la science chirurgicale, et en connaître les opérations et les manœuvres. Souvent au lieu de compter sur l'effet de médicaments ou de moyens thérapeutiques généraux, et sur l'habileté dans leur administration, nous devons avoir recours aux procédés et aux instruments de la chirurgie; nous avons donc besoin d'être exercés à leur emploi, de bien connaître les maladies locales, les traitements qu'elles exigent et leurs effets sur l'économie générale. Cela est si vrai, qu'en France, depuis les travaux qui ont jeté tant de lumières sur la pathologie utérine, les maladies de l'utérus sont passées, d'un commun accord, du domaine de la médecine dans celui de la chirurgie, de telle sorte que les principales autorités en cette matière ont été principalement des chirurgiens. Il me suffira de citer les noms de Lisfranc, Marjolin, Velpeau, Jobert de Lamballe, Ricord, Huguier, etc., pour justifier mon assertion.

Aucune classe de maladies ne montre mieux que les affections utérines combien est artificielle la barrière qui sépare la médecine de la chirurgie. Ainsi, à leur début, ces maladies sont médicales, et soignées nécessairement par un médecin; mais, plus tard, lorsqu'elles se sont aggravées, elles deviennent essentiellement chirurgicales. Un homme de l'art qui ne serait pas en même temps bon médecin et bon chirurgien ne pourrait donc pas combattre avec succès les difficultés qu'il est exposé à rencontrer dans le traitement de ces maladies.

Les diverses discussions qui ont eu lieu en Angleterre, depuis la première publication de cet ouvrage, montrent quelles sont les difficultés contre lesquelles doit lutter une thérapeutique ration-

nelle avant de se faire accepter. On a dit que l'usage des agents chirurgicaux si puissants que je conseillais pour modifier les tissus dans les maladies chroniques rebelles, ou pour traiter les ulcérations inflammatoires et suspectes du col, n'était ni nécessaire ni justifiable. Or, il est difficile de comprendre comment des médecins, versés dans les doctrines et dans les opérations chirurgicales, peuvent parler en pareils termes de l'usage prudent des acides minéraux, des cautérisations avec le caustique de potasse et de chaux, et de l'emploi du cautère actuel, dans le but d'ailleurs, non de détruire, mais de modifier la vitalité. En vérité, je ne peux m'expliquer que par une ignorance absolue de la chirurgie et de ses ressources, la condamnation sommaire de tout moyen chirurgical dans le traitement des affections utérines. Comment, en effet, un chirurgien instruit pourrait-il manifester l'horreur et la crainte que quelques auteurs ont montrées pour les caustiques puissants ou pour le cautère actuel, si justement prisés par tous les chirurgiens? Le cautère actuel même serait beaucoup plus employé en chirurgie, s'il n'effrayait pas les malades. Je m'en suis souvent servi dans diverses circonstances, et j'ai trouvé en lui un moyen sûr et facile à manier. D'ailleurs, la crainte de ces agents chirurgicaux me semble puérile, s'ils sont nécessaires à la guérison de la maladie. Qu'est-ce donc que la chirurgie, si ce n'est l'emploi du bistouri, des caustiques, du cautère actuel ou de quelques autres agents énergiques, pour enlever ou détruire des produits pathologiques, ou pour modifier la vitalité des tissus malades? Pourquoi donc repousser avec une telle appréhension l'application à la pathologie utérine de tous ces moyens chirurgicaux, s'ils sont réellement indiqués? Et pourquoi donc ne seraient-ils pas aussi bien indiqués pour ces maladies qu'ils le sont pour les maladies du rectum, de la vulve, du méat urinaire, etc.?

Pour dissiper tous les doutes, nous ne ferons pas appel seulement à l'expérience actuelle; nous en appelons aussi aux lois de la pathologie générale. S'il est admis que le col de l'utérus est susceptible d'inflammation, d'ulcération, d'épaississement, d'hypertrophie, qu'il peut être également le siège de maladies suspectes, d'ulcérations variées, et que ces affections peuvent durer un grand nombre d'années, si l'on n'y porte remède; tout chirurgien avouera qu'il doit y avoir des cas qui ne céderont pas au nitrate d'argent, aux astringents et aux sangsues. Et alors, que ferons-nous? Abandonnerons-nous les malades à leur sort? Avouons-nous notre

impuissance à les guérir, alors que nous avons pour le faire les plus puissants agents chirurgicaux ? Pour le praticien instruit, la réponse n'est pas douteuse : aussi longtemps qu'il espère pouvoir guérir par des moyens plus doux, il doit les employer. Mais dès qu'il est sûr que ces moyens sont insuffisants, il doit recourir aux agents plus énergiques, sans crainte bien qu'avec prudence. Il est certain que les agents chirurgicaux sont une arme à deux tranchants dans des mains inhabiles, et qu'employés sans discernement, ils peuvent faire beaucoup de mal ; mais cette observation s'applique à tous les agents de la chirurgie et pour toutes les affections de l'organisme. Quel mal ne peut pas faire le bistouri, ce principal agent du chirurgien, s'il n'est pas dirigé avec adresse et prudence ? Mais de ce qu'un puissant moyen chirurgical peut être dangereux s'il est manié sans discernement, il ne s'ensuit pas qu'on doive en proscrire l'usage dans le traitement des maladies utérines. C'est, au contraire, un puissant motif pour étudier et suivre scrupuleusement les règles qui doivent nous servir de guide dans l'emploi de ces agents énergiques. J'ose dire que c'est pour avoir toujours usé de prudence dans l'application du traitement chirurgical aux maladies de l'utérus, que je puis me flatter aujourd'hui, après plus de vingt ans d'une pratique étendue, de ne pas avoir eu d'accident sérieux et irrémédiable.

## SYNOPSIS

DE TROIS CENTS CAS D'AFFECTIONS UTÉRINES TRAITÉES AU WESTERN GENERAL DISPENSARY, DE JUILLET 1846 A MARS 1849

(Voir pages 25 et suivantes.)

J'ai adopté dans les tableaux qui suivent, et afin d'être plus court, des termes que je désire voir prendre dans un sens général et qui disent plus qu'ils ne paraissent au premier abord. Ainsi, le mot *péniblement*, appliqué à la menstruation, veut dire que, physiologiquement, cette fonction est et a toujours été accompagnée de vives douleurs, qu'elle est ou a été anormalement profuse ou peu abondante, fréquente ou rare. Tandis que le mot *facilement* signifie que la menstruation n'a présenté aucune de ces particularités. De même encore, quand j'ai dit que la menstruation était *irrégulière*, j'entendais que l'apparition des règles était irrégulière, mais sans souffrances notables. Par *douleurs utérines*, je désigne, en général, l'existence de toutes les douleurs (lombaires, ovariennes, hypogastriques, etc.) auxquelles donnent naissance les affections utérines ; si j'en signale une seule expressément, c'est qu'elle existait isolée. Par *faiblesse*, j'entends la réaction sympathique exercée par l'affection utérine sur les fonctions de la vie organique, et plus particulièrement sur la digestion et la nutrition, d'où dérive consécutivement la faiblesse. Le mot d'*anémie* s'applique à cette même réaction sympathique portée à l'extrême. La *leucorrhée* désigne tout écoulement non sanguinolent de mucus ou de pus.

TABLEAUX :