

ivoire, dont ils appliquent la base près du pubis, et qui conduit l'urine à la distance convenable.

Du squirrhé et du cancer du testicule et du cordon spermatique, ou *sarcocèle*.

C'est surtout chez les adultes et chez les vieillards que l'on remarque cette affection; elle n'attaque ordinairement qu'un des testicules. Les causes qui la produisent sont toutes celles de la didymite chronique, à laquelle elle succède presque toujours, et dont elle revêt par conséquent d'abord les caractères. Quelquefois cependant elle commence par le cordon, qui s'engorge, devient douloureux, et dont l'affection se propage ensuite de proche en proche jusqu'au testicule; mais ce cas est rare.

Le sarcocèle, proprement dit, commence par l'épididyme, ou par le corps même du testicule; ce dernier cas est le plus commun. On voit alors cet organe augmenter peu à peu de consistance et de volume; il conserve d'abord sa forme ovoïde; mais il est pesant, et tiraille par son poids le cordon testiculaire, le long duquel le malade ressent des douleurs vives qui s'étendent jusqu'à la région lombaire. Bientôt l'engorgement s'étend à l'épididyme, qui se trouve confondu avec la tumeur. Celle-ci perd enfin sa forme ovoïde; sa surface devient inégale, bosselée; son volume augmente de plus en plus; aux douleurs dépendantes du tiraillement qu'elle exerce par son poids sur le cordon testiculaire, se joignent des douleurs lancinantes, aiguës, que le malade compare à la sensation que produirait une aiguille acérée en traversant rapidement le testicule; les veines sous-cutanées deviennent variqueuses, la peau s'aminuit, adhère vers les points où la tumeur présente des bosselures, s'enflamme, et devient le siège d'un ulcère qui présente bientôt tous les caractères de la dégénération carcinomateuse. A cette époque, et souvent bien avant, le cordon testiculaire s'engorge, devient cancéreux, soit dans toute sa longueur,

soit en partie, près du testicule, ou dans l'abdomen, le reste de sa longueur restant sain. Enfin, les accidens de consommation surviennent, et le malade périt, en présentant tous les symptômes de la diathèse cancéreuse.

Le cordon spermatique participe souvent, avons-nous dit, à la maladie du testicule. On reconnaît que l'engorgement dont il est affecté est de nature squirrhéuse, à sa dureté, aux nodosités qu'il présente, à son immobilité dans l'anneau, aux douleurs dont il est le siège, et à sa sensibilité au toucher. Il importe de bien distinguer cet état des engorgemens d'autre nature, pour se guider dans le choix des moyens thérapeutiques, et surtout pour savoir si l'on doit ou non comprendre le cordon dans l'opération que réclame la désorganisation du testicule. Voici donc à quels signes on distingue les autres engorgemens. On reconnaît le simple œdème du cordon, à son empâtement, à son insensibilité, à son indolence, et à l'absence des nodosités dures qui accompagnent le squirrhé; on juge que l'engorgement est variqueux, à la mollesse et à la compressibilité des vaisseaux dilatés, et à la liberté du cordon dans l'anneau; enfin, nul doute que la tuméfaction ne soit dépendante d'une accumulation de sérosité dans un sac étendu le long du cordon testiculaire, ainsi que Pott l'a vu deux fois, lorsque cette tumeur est fluctuante et transparente.

La marche du sarcocèle est très-variable; ordinairement elle est fort lente, quelquefois même on voit l'engorgement cesser de faire des progrès, et rester ainsi stationnaire pendant plusieurs années. D'autres fois, au contraire, la marche de la maladie est des plus rapides, et quelques mois suffisent pour la conduire de son début à l'état d'un ulcère carcinomateux des plus effrayans.

Tels sont les caractères du sarcocèle simple; mais il arrive assez souvent qu'il est compliqué d'hydropisie de la tunique

vaginale. (*Hydro-sarcocèle* ou *sarco-hydrocèle*.) Les symptômes de cette dernière maladie se joignent alors à ceux du sarcocèle, et quelquefois même ils les masquent au point d'en rendre le diagnostic très-difficile (voyez *Hydrocèle*). D'autres maladies peuvent être toutefois plus facilement confondues avec le sarcocèle. Tels sont, par exemple, les engorgemens scrofuleux et vénériens de l'organe. L'examen attentif de la constitution du sujet, et la circonstance des maladies syphilitiques essayées par lui antérieurement, peuvent conduire à la vérité; mais il faut convenir que dans beaucoup de cas ce n'est qu'après avoir mis en usage les antisiphilitiques ou le traitement antiscrofuleux, que l'on peut prononcer avec quelque certitude sur le véritable caractère du mal.

Le pronostic et les caractères anatomiques du sarcocèle sont ceux de toutes les affections cancéreuses.

*Traitement.* On ne peut prévenir les fâcheux effets du sarcocèle que par l'opération de la castration; mais avant que de faire cette opération, il faut examiner si elle est indiquée et si elle est possible; d'une part, afin de ne la pas faire inutilement, et d'autre part, afin qu'elle soit couronnée de succès. Pour que l'opération soit indiquée, il faut que la maladie soit véritablement un cancer. Ce ne sera donc qu'après avoir employé inutilement et avec persévérance, suivant les cas, les applications répétées de sangsues, et les émolliens, aidés des dérivatifs sur le canal intestinal, ou le traitement antiscrofuleux, ou un traitement dit *fondant*, ou enfin un traitement antisiphilitique bien administré, que l'on devra se décider à pratiquer l'opération. On ne saurait croire combien d'individus affectés de prétendus sarcocèles sont guéris sans opération par l'un des traitemens dont il vient d'être parlé, et surtout par le premier. Cette remarque, faite par plusieurs chirurgiens, et notamment par M. Gama, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Val-

de Grâce de Paris, n'a pas échappé à M. Dupuytren, qui guérit tous les ans un bon nombre de maladies réputées *sarcocèles*, par l'un des traitemens indiqués, et qui ne se décide jamais à pratiquer l'opération qu'après l'avoir administré sans fruit.

Il est aussi de la plus haute importance de ne pratiquer l'opération que quand on en peut espérer un succès durable. On doit, pour des raisons qu'il est facile de sentir, s'en abstenir toutes les fois qu'il existe des symptômes de diathèse cancéreuse générale, et toutes les fois qu'on trouve dans l'abdomen, que l'on doit palper avec soin, des engorgemens sur le trajet du cordon testiculaire ou ailleurs. Il faut encore s'abstenir d'opérer quand le cordon lui-même est affecté de manière qu'il ne reste au dessus du lieu où il est engorgé aucun point où il soit parfaitement sain, et sur lequel on puisse opérer la section qui doit séparer les parties malades de celles qui ne le sont pas. Enfin, M. Boyer a observé que, même dans les cas où le cordon testiculaire a conservé son volume, l'engorgement et la tuméfaction du canal déférent étaient presque toujours suivis de la récurrence de la maladie après l'ablation du mal. Lorsque l'on coupe alors le cordon, on voit sortir de celui-ci une matière blanchâtre d'un mauvais augure pour les suites de l'opération. Toutefois l'engorgement du conduit déférent n'est point une contre-indication précise à l'opération de la castration.

L'appareil nécessaire pour exécuter la castration se compose d'un bistouri convexe, d'un bistouri droit, de pinces à ligatures, de fils cirés de plusieurs grosseurs, d'aiguilles courbes, d'éponges et d'eau tiède; un linge fin fenêtré et enduit de cérat, de la charpie fine, quelques compresses longuettes, et une bande large de trois doigts et longue de cinq à six aunes, composent l'appareil de pansement.

Ces préparatifs étant terminés, et la partie étant rasée, on fait coucher le malade sur le côté droit d'un lit, ou d'une table garnie d'un matelas, et le chirurgien, placé à la droite du malade, quel que soit le côté affecté, procède à l'opération.

Il y a beaucoup de manières de procéder aux divers temps de l'extirpation du sarcocèle; nous n'en pouvons indiquer que les principales. La plupart des chirurgiens commencent par faire aux tégumens, soulevés ou non par un pli, une incision qui, partant d'un demi-pouce au dessus de l'anneau inguinal, descend, en suivant la direction du cordon testiculaire, jusqu'à la tumeur. Si les tégumens sont sains et peu distendus, ils prolongent du même coup cette incision jusqu'à la partie inférieure du scrotum; si la peau est au contraire altérée ou si elle est très-étendue, l'incision, arrivée à la partie supérieure de la tumeur, est transformée en deux insisions courbes qui se regardent par leur concavité, et circonscrivent dans une ellipse une portion de tégumens altérés ou amincis, et qui, après l'opération, deviendraient exubérans. Ils dissèquent alors péniblement la tumeur, et, après l'avoir isolée, ils procèdent à la section du cordon, quand le testicule n'est plus attaché que par lui.

Pour cela, la plupart embrassent le cordon par une forte ligature, et le coupent ensuite; mais comme on a observé que cette ligature générale donnait lieu à beaucoup de douleur, et provoquait souvent ensuite des inflammations du tissu cellulaire de la fosse iliaque, ou des accidens nerveux presque toujours graves, on ne s'en sert que comme d'un moyen de fixer le cordon et d'empêcher qu'il ne rentre dans l'abdomen par l'effet de sa rétraction spontanée, et on coupe la ligature générale après avoir lié isolément toutes les artères renfermées dans son épaisseur; quelquefois même, pour rendre la section de cette ligature plus facile, on interpose entre elle et lui un

rouleau de linge ou de sparadrap sur lequel on la serre, et sur lequel on peut ensuite la couper. D'autres font saisir le cordon par un aide entre le pouce et le doigt indicateur, le coupent, et saisissent successivement pour les lier, les orifices béans des vaisseaux divisés, avant de permettre à l'aide de lâcher le moignon du cordon testiculaire. D'autres enfin coupent le cordon couche par couche, en le soulevant sur leur doigt, et lient à mesure les vaisseaux qu'ils divisent.

Toutes ces modifications, dans la manière de couper le cordon, ont été imaginées dans la crainte de le voir se retirer brusquement dans l'abdomen avant qu'on ait pu lier les vaisseaux coupés, et occasioner ainsi une hémorrhagie qui deviendrait presque nécessairement mortelle par l'impossibilité où l'on se trouverait d'y remédier directement. Mais s'il est vrai que, chez quelques sujets, les contractions du muscle crémaster sont très-fortes, il est vrai aussi que, chez tous, un aide intelligent peut toujours maintenir le cordon coupé tout le temps nécessaire à la recherche et à la ligature des vaisseaux qu'il contient dans son épaisseur, et que par conséquent la ligature générale provisoire est inutile. Les cas dans lesquels il faut couper le cordon si haut qu'il n'en resterait en dehors de l'anneau qu'une partie difficile à saisir, forment seuls exception à cette règle; mais même dans ces cas, et à bien plus forte raison dans les autres, il suffit, suivant le conseil qu'en a, nous croyons, donné M. Roux, de couper d'abord en long, puis circulairement la tunique érythroïde, pour faire cesser toute tendance du cordon à se retirer, et pour couper les vaisseaux avec sûreté.

L'opération de la castration a reçu de M. Dupuytren des modifications importantes qui en ont fait une des opérations les plus promptes et les plus faciles. Voici quel est son procédé. La partie postérieure du scrotum est saisie à pleine main, soit

par l'opérateur, soit par un aide qui tend fortement les tégumens sur la partie antérieure de la tumeur, en les tirant en arrière, en même temps qu'il pousse d'arrière en avant le testicule engorgé, comme pour le faire sortir à travers la peau; cela fait, on pratique, comme dans les autres procédés, soit une incision simple, qui s'étend depuis la partie supérieure de l'anneau jusqu'au bas du scrotum, soit une incision, qui, simple sur le cordon, devient elliptique sur la tumeur. Aussitôt que l'incision des tégumens et du tissu cellulaire sous-cutané est achevée, le testicule, obéissant au mouvement combiné qui attire les tégumens en arrière et qui le repousse en avant, sort de la plaie par une sorte d'énucléation; on le saisit alors; quelques coups de bistouri suffisent pour détacher ses adhérences postérieures et pour l'isoler entièrement: un aide saisit le cordon; on le coupe et on procède à l'application des ligatures, c'est-à-dire que l'on saisit et qu'on lie successivement, à la manière ordinaire, l'artère spermatique et quelques autres artères développées par la maladie, et parmi lesquelles il ne faut pas oublier une artériole placée ordinairement à la partie postérieure du cordon, le long du canal déférent, et qui est une source fréquente d'hémorrhagies consécutives lorsqu'on a négligé de la lier. Le procédé de M. Dupuytren évite aux malades les douleurs et les longueurs attachées à la dissection de la peau du scrotum, et il a encore sur les autres l'avantage de ne point exposer à blesser le canal de l'urèthre ou les corps caverneux, avec lesquels la tumeur se met en rapport presque immédiat quand elle acquiert un certain volume. C'est donc celui qui nous paraît préférable, et que nous employons dans notre pratique. Nous ne terminerons pourtant pas ce qui a trait à l'opération du sarcocèle, sans parler de deux procédés qui sont dus à deux chirurgiens distingués de notre époque.

Le premier est plutôt une tentative pour éviter l'opération de la castration, qu'un procédé pour la faire; il est dû à M. Maunoir de Genève, qui a pensé qu'il suffirait de lier l'artère spermatique, pour priver en quelque sorte la maladie d'aliment, et pour déterminer ainsi la résolution, ou tout au moins pour arrêter les progrès de la tumeur. Cette opération a été exécutée; mais elle n'a pas réussi.

Le second appartient à M. Aumont; il consiste à faire l'incision par laquelle on doit extraire le sarcocèle, sur la partie postérieure du scrotum, afin qu'après l'opération la plaie ait son fond en haut et son ouverture en bas, et que le séjour du pus dans le tissu cellulaire des bourses, qui a lieu quelquefois à la suite de l'opération ordinaire, soit par là rendu impossible. Mais en donnant à l'incision antérieure une étendue suffisante de haut en bas, on procure aux liquides un écoulement suffisant; on se réserve la facilité d'enlever, s'il est besoin, la peau qui recouvre la partie antérieure de la tumeur, et qui est toujours plus altérée et plus amincie de ce côté qu'en arrière; et l'on peut, de plus, découvrir le cordon lorsqu'il est lui-même altéré, beaucoup plus facilement qu'en suivant le procédé de M. Aumont.

Quelle que soit la manière dont on ait procédé, il faut, après l'opération, rechercher avec soin, pour les lier, tous les vaisseaux qui pourraient fournir du sang, en faisant surtout attention à ceux qui rampent du côté de l'adossement du darto, et qui sont les plus volumineux et les plus nombreux; réunir les fils en un seul faisceau que l'on place dans l'angle supérieur de la plaie; rapprocher les lèvres de celle-ci au moyen de deux rouleaux de charpie que l'on place de chaque côté entre elles, et la cuisse correspondante, et la recouvrir d'un linge fin fenêtré et enduit de cérat, par dessus lequel on place les compresses de manière à soutenir les bourses, et à prévenir

les engorgemens qui pourraient s'y former si elles restaient pendantes, et maintenir tout l'appareil au moyen de la bande qui forme un spica de l'aine, dont les jets maintiennent les bords de la solution de continuité en contact. Quelques personnes réunissent la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives; mais outre qu'elles s'appliquent mal à la peau mobile du scrotum, et n'agissent que sur les lèvres de la solution de continuité, elles ont l'inconvénient de favoriser la tendance que ces lèvres ont à se rouler en dedans, de manière à ce que la peau se trouve en contact avec elle-même, ce qui apporte un retard très-grand dans la cicatrisation de la plaie. Les rouleaux de charpie, au contraire, en agissant sur le fond de la solution de continuité, refoulent ses bords en dehors, les affrontent l'un avec l'autre, et les maintiennent par conséquent dans la meilleure situation possible, pour que la réunion qui doit s'établir entre eux s'opère avec promptitude et facilité.

Dans les cas ordinaires, quand surtout l'incision du scrotum s'étend jusqu'à la partie inférieure de cette poche, de manière à ne laisser en bas aucune cavité dans laquelle les liquides fournis par la plaie puissent s'accumuler, une grande partie de celle-ci se réunit par adhésion immédiate; il ne faut pour cela qu'écarter les causes d'inflammation, et arroser l'appareil d'eau fraîche pendant les premiers temps. Au bout de douze ou quinze jours, les ligatures tombent, et après trois semaines ou un mois, la cicatrice de la plaie est complète. Lorsque le cordon est sain, l'opération du sarcocele est une de celles qui réunissent le mieux et qui sont le plus rarement suivies de la récurrence du mal.

Il est inutile de dire que la complication d'une hydrocele ne change rien au procédé opératoire.

Mais, dans quelques cas, le testicule dégénéré est immédiatement appliqué sur l'anneau inguinal; il faut alors le dé-

couvrir par une incision faite aux tégumens, et l'isoler par la dissection, jusqu'à ce qu'on ait mis le cordon en évidence: celui-ci ne donne dans ces cas, aucune prise aux doigts d'un aide, lors même que l'on débride l'anneau ou le canal inguinal, ce qu'on est quelquefois obligé de faire, pour le mettre à découvert. Il faut alors, ou bien le couper couche par couche, et lier les vaisseaux à mesure qu'ils sont divisés, ou commencer par l'embrasser au moyen d'une ligature générale qui sert à le retenir jusqu'à ce que l'on ait lié isolément toutes les artères qu'il renferme, et que l'on coupe ensuite.

De squirre et du cancer de l'ovaire.

L'ovaire est assez fréquemment affecté de squirre, mais très-souvent on ne le soupçonne pas pendant la vie, et ce n'est que sur les cadavres qu'on découvre cette désorganisation: elle ne donne lieu en effet à aucun symptôme tant que le volume du squirre est peu considérable; et lorsqu'il est très-développé, il est encore souvent très-difficile de le distinguer des autres désorganisations de cette partie. Les causes de ce squirre paraissent être l'inflammation chronique de l'ovaire, celle des tissus environnans, et surtout celle de l'utérus, qui se propage presque toujours à cet organe; on pense aussi qu'il peut être produit par le coït immodéré, par les desirs non satisfaits, et par une conception avortée.

Dans les premiers temps de sa formation, rien, comme nous l'avons déjà dit, n'en révèle l'existence, à moins cependant qu'il ne succède à une ovarite aiguë passée à l'état chronique. A mesure qu'il fait des progrès et acquiert plus de volume, quelques symptômes apparaissent: d'abord ce sont des douleurs qui se font sentir de temps en temps dans un des côtés du bas-ventre, elles reviennent surtout aux approches des règles; plus tard il s'y joint un sentiment de pesanteur dans la même région, que le malade éprouve surtout lorsqu'elle reste long-temps debout. Les douleurs prennent de plus en

plus le caractère de celles que nous avons dit appartenir aux affections cancéreuses; le volume de la tumeur augmente; elle devient appréciable à travers les parois de l'abdomen; elle comprime quelquefois l'intestin au point de s'opposer au libre cours des matières fécales; on l'a vue, dans quelques cas, peser sur l'utérus, et en déterminer l'abaissement et même la chute. L'hydropisie enkystée de l'ovaire est presque toujours accompagnée de l'affection qui nous occupe. Les caractères anatomiques ne présentent rien de particulier.

Le traitement de cette affection ne peut qu'être difficilement suivi de succès; il y en a deux motifs: d'abord, la nature même du mal, que nous avons dit être presque toujours au dessus des ressources de l'art, et ensuite l'isolement de l'organe affecté, qui le rend presque inaccessible à l'influence des moyens thérapeutiques. Cependant les applications répétées de sangsues à l'anus ou à la vulve, principalement à l'époque des règles lorsqu'il y a suppression des menstrues, ce qui a fréquemment lieu, les lavemens émolliens et narcotiques, les bains prolongés, les douches alcalines ou sulfureuses sur la tumeur, et à l'intérieur l'extrait de ciguë, etc., sont autant de moyens généralement employés qui soulagent les malades et diminuent leurs souffrances; on doit donc toujours y recourir. Dans cette affection, comme dans les kystes de l'ovaire, on a proposé et pratiqué (Laporte, Morand) l'extirpation de l'organe; mais quelques succès obtenus par Laumonier, Lizars d'Edimbourg (1) et Chrysmier, ne nous paraissent pas suffisans pour justifier une opération aussi grave, aussi dangereuse, dans une maladie dont les progrès sont toujours lents, et permettent souvent aux personnes qui en sont affectées d'espérer encore de nombreuses années d'existence.

(1) *Observations on extraction of diseased ovaria; illustrated by plates coloured after nature, Edinburg, 1825, in-fol.*

Du squirre et du cancer de l'utérus.

Le cancer utérin est une maladie des plus communes de ce genre; on l'observe chez des femmes de tous les âges, à partir de l'époque de la puberté. Cependant il se manifeste plus souvent au moment où les femmes vont cesser d'être réglées, ou quand elles viennent de cesser de l'être, qu'à toute autre époque de leur vie. Les filles n'en sont point exemptes. Le cancer utérin est très-souvent la terminaison d'une métrite chronique. Les causes qui le produisent sont toutes celles qui peuvent provoquer cette dernière affection.

Le cancer utérin débute ordinairement par le col de la matrice, et plus souvent par la lèvre postérieure de ce col, que par l'antérieure; c'est toujours sous forme d'un engorgement squirreux, qui s'ulcère après avoir duré plus ou moins longtemps, qu'il se manifeste d'abord; car nous ne comprenons pas dans cette description le carcinôme ou ulcère phagédénique de l'utérus, auquel nous consacrerons un article particulier. Peu à peu il s'étend du col au corps même de l'utérus. Dans quelques cas cependant, il commence par le corps même de l'organe, et ordinairement alors par sa surface interne; mais ces cas sont rares. Tant qu'il est borné au museau de tanche, il est facilement curable par une opération de chirurgie; cette opération offre au contraire les plus grands dangers quand il s'est propagé au corps même de l'utérus. Il est donc de la plus haute importance de reconnaître la maladie à son début; malheureusement elle n'occasionne, en général, d'accidens assez graves pour déterminer les malades à réclamer les secours de l'art, que quand déjà elle a fait des progrès tels qu'il n'est plus possible d'y remédier que par l'ablation totale de l'organe. Quoi qu'il en soit, les pathologistes ont partagé sa marche en trois périodes.

Les symptômes particuliers à la première période sont ceux de la métrite chronique, et rien, dans ces symptômes, ne

peut faire connaître si la maladie se terminera par résolution, ou si elle passera à la dégénération carcinomateuse. Ainsi les premiers accidens que la femme éprouve consistent dans quelques dérangemens de menstruation, soit que les règles se trouvent retardées, soit qu'elles avancent, soit qu'elles diminuent de quantité, soit qu'il se manifeste des pertes, soit enfin que les menstrues reparaisent chez une femme qui a dépassé l'âge critique. D'autres fois il se joint à ces accidens, ou il se manifeste sans eux, un écoulement sanguin ou sanieux, avec ou sans douleur, qui apparaît après le coït. Le plus souvent aussi la malade éprouve en même temps une pesanteur dans les régions hypogastrique et anale, accompagnée dans quelques cas, de la sensation d'un corps roulant dans le bassin, chaque fois qu'étant couchée sur un des côtés, elle se reporte sur l'autre. Elle devient sujette à des envies fréquentes d'uriner et d'aller à la garde-robe; il survient des fleurs blanches abondantes, d'abord inodores, mais qui acquièrent par la suite une odeur forte. Le toucher, pratiqué à cette époque, fait reconnaître que le museau de tanche a augmenté de volume, qu'il est inégal, bosselé, dur dans certains points et ramolli dans d'autres, et douloureux au contact; la pression du doigt fait quelquefois écouler de sa substance, comme d'une éponge, un liquide sanieux et sanguinolent, semblable à celui que la femme répand après l'acte de la copulation; l'orifice utérin est entr'ouvert et irrégulier; enfin l'on peut voir que le museau de tanche est gonflé, et d'un rouge foncé et livide, mais sans ulcération, en plaçant dans le vagin un *speculum uteri*.

Ces accidens persistent quelquefois sans augmentation ni diminution, pendant plusieurs années; d'autres fois, au contraire, la maladie suit une marche plus aiguë, et passe en quelques mois, et même en quelques semaines, à la seconde période.

Pendant celle-ci, les symptômes de la période précédente augmentent rapidement d'intensité; les douleurs lancinantes deviennent plus vives et habituelles, et elles se font sentir non-seulement dans le col utérin, mais encore dans les lombes, les aines et les cuisses; les fleurs blanches deviennent beaucoup plus abondantes, la matière qui les forme est ichoreuse, et acquiert la fétidité propre à la suppuration des affections cancéreuses; elle entraîne avec elle des portions de tissu ramollies par la dégénération, et des caillots de sang putréfié; il survient fréquemment des pertes de sang considérables. Le toucher, pratiqué alors, fait souvent reconnaître que le col de l'utérus est rongé par un ulcère à bords fermes, ou qu'il est transformé en une sorte de champignon à surface molle, fongueuse, friable et ulcérée, mais à base dure. Plus tard, la maladie s'étend au vagin, et de ce canal au rectum et à la vessie, qu'elle perfore; aux symptômes ci-dessus indiqués, se joint alors un écoulement involontaire de l'urine et des matières fécales par la vulve. A toutes les époques de cette seconde période, on peut constater, par l'introduction d'un spéculum, la nature, l'état et les progrès du mal.

Les accidens qui caractérisent la troisième période sont l'engorgement des ganglions inguinaux, la manifestation d'autres engorgemens dans diverses parties du corps, la couleur plombée de la peau, la fièvre hectique, et en un mot tous les caractères de la diathèse cancéreuse. Ces accidens ne se manifestent pas toujours, parce que, dans beaucoup de cas, les malades périssent peu de temps après le début du mal ou quand il est encore à l'état de cancer local, soit d'une hémorrhagie foudroyante, soit épuisées par la répétition d'hémorrhagies peu abondantes, mais très-fréquentes, soit d'une péritonite aiguë ou chronique, etc.

*Traitement.* Pendant long-temps le cancer utérin a été re-