

gardé comme une maladie tout-à-fait au dessus des ressources de l'art ; on l'abandonnait en conséquence à lui-même, ou bien on se bornait à employer quelques uns de ces remèdes palliatifs qui tout au plus ont pour effet de calmer les souffrances des malades. Les chirurgiens modernes, plus éclairés, attaquent ces cancers et parviennent à les détruire, toutes les fois que bornés au museau de tanche, ils n'ont point encore envahi le corps de l'utérus : ils ont fait plus, ils ont osé pratiquer l'extirpation totale de l'utérus pour les cas où l'étendue du mal rendrait la rescision du col insuffisante ou impraticable. Mais, ainsi que nous le verrons plus bas, cette opération hardie a eu jusqu'ici si peu de succès, qu'il est probable que peu de personnes seront désormais tentées de la mettre en pratique.

Dans les cas ordinaires, les opérations que l'on pratique pour détruire les cancers utérins ne s'appliquent donc qu'à ceux qui n'ont pas dépassé le museau de tanche. Ces opérations sont la cautérisation et la résection du col de l'utérus. Avant d'y recourir toutefois, il faut s'être bien assuré que la dégénération cancéreuse est opérée, afin de ne pas s'exposer à enlever le col de l'utérus lorsqu'il ne serait qu'enflammé chroniquement, ainsi que cela est peut-être plus d'une fois arrivé. Il faut aussi, dans les cas douteux, et surtout lorsque la maladie n'est qu'à sa première période, commencer par employer le traitement de la métrite chronique (voyez cette maladie), et principalement, parmi les moyens qui le composent, les applications de sangsues sur le col même de l'utérus.

La cautérisation et la résection ne sont pas exactement applicables aux mêmes cas. La dernière convient spécialement à ceux où il existe un prolongement des lèvres du col utérin, et où il reste en arrière du mal des tissus sains dans lesquels

on peut pratiquer la section. La seconde convient aux cas où il existe une ulcération superficielle, et dont la base est peu engorgée; on la pratique encore après la résection, lorsque la surface de la plaie présente quelques points d'un aspect douteux.

MM. Récamier et Dupuytren sont les premiers qui aient employé la méthode de la cautérisation pour détruire les affections cancéreuses du col de l'utérus. M. Récamier se sert d'une solution de nitrate de mercure dans l'acide nitrique (un à quatre gros pour une once d'acide). M. Dupuytren emploie soit cette liqueur, soit des cônes de potasse pure ou de nitrate d'argent, larges d'un pouce à leur base, qu'il place dans un long porte-crayon, de manière à présenter, suivant le besoin, leur base ou leur sommet à la surface ulcérée.

Pour porter ainsi le caustique sur le col de l'utérus, et préserver en même temps le vagin de son action, on a inventé un instrument dont nous avons déjà parlé plusieurs fois, qu'en raison de la facilité qu'il donne pour examiner les parties, on a nommé *speculum uteri*. Il en existe de plusieurs formes.

Celui dont on s'est d'abord servi dans ces derniers temps, surtout quand on ne voulait que voir l'état des parties, est le spéculum de M. Récamier. Il est composé d'un tube d'étain de dimension proportionnée à celle du vagin, légèrement conique, coupé perpendiculairement à son épaisseur vers son extrémité la plus étroite, et en bec de plume à son extrémité la plus large.

M. Dupuytren, pour rendre cet instrument propre à être employé dans les opérations ou dans les applications caustiques que l'on fait sur le col de l'utérus, l'a fait couper perpendiculairement à son épaisseur à ses deux bouts, et a fait ajouter à celle des extrémités qui est la plus large un manche qui en part à angle droit. M. Mélier (1), en conser-

(1) *Considérations pratiques sur le traitement des maladies de la matrice, modification au speculum uteri.* (Mémoires de l'Académie royale de médecine, tom. II, pag. 330, 1833, in-4°.)

vant à cet instrument la forme que lui a donnée M. Dupuytren, l'a modifié avantageusement en plusieurs points. Il emploie à sa confection le cuivre vernis, métal plus facile à entretenir dans un état de propreté convenable. Le manche est réuni au reste de l'instrument, au moyen d'une charnière qui permet de le coucher parallèlement au tube, ce qui rend l'instrument plus portatif. Un porte-bougie brisé et terminé par un réflecteur qui, placé entre le tube et l'œil de l'opérateur, renvoie toujours la lumière au centre du spéculum, s'agence sur le côté de la grosse extrémité de celui-ci, de manière à rendre inutile l'aide chargé d'éclairer. Enfin, pour faciliter l'introduction, souvent difficile, du spéculum, M. Méliér le remplit d'un gros mandrin de bois d'ébène, dont l'extrémité arrondie en forme de tête dépasse celle du tube et efface les plis du vagin, qui souvent apportent un obstacle assez grand à sa progression. Lorsqu'il s'agit d'employer un caustique dont l'action chimique pourrait attaquer le métal, le même médecin se sert d'un tube en cristal.

Le spéculum des anciens était composé de trois parties, dont la réunion formait un cône creux de médiocre volume, que l'on introduisait avec facilité dans le vagin, et qui pouvaient s'écarter ensuite de manière à dilater fortement ce canal, quand on faisait tourner une vis contenue dans un manche qui en partait à angle droit. Enfin, madame Boivin et M. Lisfranc ont dernièrement employé dans ce même but, mais en lui faisant donner les dimensions convenables, un instrument que les anciens n'employaient que pour explorer l'anus, et qui se compose de deux parties, lesquelles, rapprochées, forment, comme le précédent, un cône creux, et peuvent s'écarter l'une de l'autre quand on presse sur deux leviers coudés, articulés l'un avec l'autre de manière que quand on rapproche leurs deux extrémités libres on en écarte les deux extrémités opposées, qui supportent les deux moitiés semi-co-

niques de l'instrument et font un angle droit avec elles. Ces deux derniers instrumens sont représentés dans l'*Armamentarium* de Scultet. MM. Colombat, Guillon, Hatin et d'autres, ont aussi proposé diverses modifications; mais sans contester les avantages de quelques-unes d'entre elles, elles rendent en général ces instrumens si compliqués qu'il est douteux qu'ils entrent jamais dans la pratique.

Un spéculum utérin étant donc introduit, et la partie malade mise en évidence, on commence par l'absterger avec une boulette de charpie sèche portée sur une longue pince; cela fait, on pousse jusqu'au fond du spéculum un petit rouleau de charpie que l'on place au bas de la surface ulcérée, de manière à ce qu'il recueille l'excédant du caustique, et l'empêche de se glisser entre l'extrémité du spéculum et le vagin. On porte alors jusque sur cette surface un pinceau de charpie imbibée de la solution mercurielle, ou le cône de potasse ou de nitrate d'argent, et on le laisse en contact avec les tissus, pendant environ une minute. Au bout de ce temps l'eschare est produite; on retire le caustique, on lave les parties au moyen d'une injection abondante, et le spéculum est à son tour retiré.

La malade est mise au bain; et s'il survient des symptômes d'inflammation, ce qui est rare, on les combat par les moyens appropriés. Dans les cas ordinaires, il suffit de l'usage journalier du bain et des injections émollientes pour les prévenir. En général, au bout de quatre ou cinq jours, l'eschare est tombée, et l'on peut recommencer l'opération, que l'on réitère jusqu'à ce que la surface ulcérée soit recouverte de bourgeons cellulaires et vasculaires de bonne nature. Nous ne saurions trop répéter que la cautérisation ne réussit bien que dans les cas où l'ulcération est superficielle et supportée immédiatement par des tissus peu engorgés, ce qui au reste arrive le

plus ordinairement quand la maladie est attaquée en temps opportun. Mais quand l'ulcère a une base profondément engorgée, l'action destructive du caustique ne peut pas s'étendre jusqu'aux tissus sains; et il en résulte que, le travail d'élimination se faisant dans des tissus malades, l'irritation qui l'accompagne étend l'engorgement plus rapidement que le caustique ne le détruit, et que presque toujours, dans ce cas, le mal se trouve exaspéré.

C'est à Osiander qu'appartient l'idée de pratiquer la rescision du col de l'utérus. Il traversait cette partie à l'aide de deux anses de fil pour la fixer, et coupait ensuite en arrière du trajet des fils. M. Dupuytren a beaucoup perfectionné cette opération. Il emploie plusieurs procédés, qui varient selon que le col de l'utérus est résistant, ou qu'il est mou et friable. Dans le premier cas, il saisit le museau de tanche avec une pince de Museux, l'attire au niveau de la vulve, et retranche toute la partie saisie par les pinces, soit au moyen d'un bistouri ordinaire, soit avec un petit couteau à deux tranchans et courbé sur son plat, soit avec de forts ciseaux courbés de même sur leur plat; quelquefois aussi il introduit un *speculum uteri*, saisit, comme dans le premier cas, les parties avec une pince de Museux, et les retranche en place. Dans le second cas, M. Dupuytren place un spéculum de manière à ce que le cancer soit bien embrassé par son extrémité; cela fait, il cerne le mal avec une cuiller tranchante, au moyen de laquelle il cure, s'il en est besoin, jusqu'à la cavité de l'utérus; les parties cernées que la cuiller n'a pas pu détacher complètement, le sont au moyen des ciseaux courbes. Dans quelques cas aussi ce professeur emploie, pour cerner le squirre, un tranchant circulaire surmonté de deux tiges qui se rendent à un manche transversal ou à un large anneau en acier. Ce tranchant étant appliqué à la circonférence du col utérin, il suffit

d'imprimer quelques mouvemens de rotation à l'instrument pour le faire pénétrer dans le tissu du col, ou même dans celui du corps de la matrice, et pour isoler ainsi le cancer dans toute sa circonférence par l'action de cette espèce d'emporte-pièce; on le saisit alors avec des pinces, et on achève de le détacher avec les ciseaux portés profondément en arrière.

Pour faciliter cette opération, M. Colombat a fait construire un instrument qui se compose d'une sorte de pince égrigne à quatre branches qui en forme le centre; à celle-ci est annexée une tige qui peut tourner autour, et dont l'extrémité libre, plus longue que la pince, porte une petite lame placée en travers, et qui coupe circulairement toutes les parties embrassées par les égrignes quand on imprime à la tige son mouvement de circumduction. Bien qu'un mécanisme particulier permette à l'extrémité de la tige et à la lame qu'elle supporte de s'écarter plus ou moins en dehors, et par conséquent de décrire un cercle plus ou moins large, il est évident que l'action d'un semblable instrument ne peut pas être dirigée et modifiée suivant la forme et l'étendue du mal, comme celle des ciseaux ou du bistouri.

Nous ne parlerons pas de l'instrument de M. Hatin, dont la partie tranchante, formée essentiellement de deux lames qui agissent en se rapprochant à la manière des pinces, ne coupe les tissus qu'en pressant, et par conséquent avec difficulté; il partage d'ailleurs les autres inconvéniens que nous venons de signaler dans celui de M. Colombat.

L'écoulement de sang qui survient après l'excision du col utérin, par quelque procédé qu'elle ait été pratiquée, est en général modéré et s'arrête de lui-même. Si cependant il continuait au point de devenir inquiétant, on placerait un spéculum, on abstergerait la plaie et on examinerait s'il est fourni par un point ou par la totalité de la surface de la solution de

continuité. Dans le premier cas, il serait facile de l'arrêter, en touchant le point d'où l'écoulement sanguin tirerait sa source avec un stylet boutonné rougi au feu; dans le second, on s'en rendrait sûrement maître en tamponnant légèrement le vagin.

La résection du col de l'utérus n'est en général suivie d'aucun accident inflammatoire. Quand le mal a été complètement enlevé, les écoulemens cessent immédiatement après l'opération, la surface de la plaie prend rapidement un bon aspect, et la cicatrisation est complète au bout de trois semaines ou d'un mois, quelquefois plus tôt. Dans les cas contraires, les écoulemens continuent, et la plaie conserve un mauvais aspect; il faut alors faire succéder la cautérisation à la rescision, en suivant les préceptes établis plus haut.

Plusieurs femmes guéries par ce moyen sont devenues mères, et ont accouché sans accidens.

Mais, ainsi que nous l'avons dit, les chirurgiens modernes ne se sont point borné à pratiquer la résection du col de l'utérus. Enhardis sans doute par des exemples assez nombreux de réussite de l'extirpation de l'organe précipité hors de la vulve, ils ont été le chercher jusque dans le fond du bassin, pour l'extraire, lorsqu'une dégénération cancéreuse trop avancée ne pouvait plus être extirpée par la simple excision de son col.

Le premier exemple bien authentique d'extirpation complète de l'utérus non déplacé ne remonte qu'à 1812; elle est due au hasard. Palletta, en pratiquant la rescision du col de cet organe, ayant senti au dessus de la partie qu'il avait cernée avec l'instrument tranchant un corps arrondi qu'il prit pour un appendice du cancer, attira ce corps, le détacha de toutes parts, et reconnut avec surprise, quand il l'eut complètement séparé, qu'il avait extirpé la matrice en totalité. La malade succomba avant la fin du second jour.

Sauter, le premier, a pratiqué sciemment l'extirpation complète de la matrice: il a été imité ensuite par Siebold, Holscher, Blundell, Banner, Lizars, Récamier, Roux, Langenbeck, Dubled, Delpech et Evans. Ces praticiens ont créé, de même que cela a été fait pour l'extirpation des calculs urinaires, deux méthodes principales; l'une conduit à la matrice par dessus le pubis, et l'autre par le vagin. Cette dernière est celle qui a été le plus généralement suivie; mais, probablement à cause des différens états dans lesquels la matrice affectée de dégénération s'est trouvée dans les différens sujets qui y ont été soumis, on trouve à peine deux cas dans lesquels le même procédé ait été exactement suivi. Dans l'absence d'expérience personnelle, nous ne pouvons donc qu'indiquer sommairement en quoi ont consisté ces diverses opérations.

C'est le 22 janvier 1852 que Sauter a pratiqué son opération. La vessie et le rectum ayant été vidés, la malade fut placée dans la position requise pour l'opération de la taille; l'opérateur chercha d'abord à abaisser la matrice, mais les fongosités se laissèrent déchirer, et il ne put y parvenir; il se décida alors à inciser avec un couteau à tranchant convexe et monté sur un long manche, les attaches du vagin à la périphérie du col de l'utérus, en guidant l'instrument avec les doigts médium et indicateur gauches, et en commençant par la partie antérieure. Ayant tenté de nouveau, mais encore inutilement, d'abaisser l'organe, il coupa avec précaution le tissu cellulaire placé entre cet organe et la vessie, et parvint au péritoine, qu'il ouvrit, coupa les ligamens larges, ainsi que les trompes de Fallope, réduisit à deux reprises différentes les intestins qui se présentaient dans la plaie, et les fit contenir par un aide qui appliquait la main sur la région hypogastrique, fit basculer la matrice d'arrière en avant dans le vagin, et acheva de la détacher en coupant l'attache posté-

rière du vagin à son col. L'opération dura plus d'une demi-heure; et pendant ce temps, il s'écoula environ une livre et demie de sang. Un tampon de charpie fut introduit dans le vagin, et la malade, reconduite à son lit, guérit dans l'espace de quatre mois: mais elle resta affectée d'incontinence d'urine. Quinze jours après sa guérison, elle mourut d'une inflammation de poitrine. A l'ouverture du corps, on reconnut que les viscères abdominaux, le péritoine et le vagin ne présentaient aucune trace d'affection cancéreuse; l'extrémité supérieure de ce canal était fermée par l'intestin qui avait contracté des adhérences avec lui.

Siébold a fait sa première opération en 1824. La malade ayant été située comme la précédente, le rectum vidé, et les intestins refoulés en haut par un aide, une sonde fut introduite dans la vessie pour la vider, et on l'y laissa afin qu'elle pût servir d'indicateur pour éviter cet organe. Le vagin fut incisé sur le côté droit, près son attache à l'utérus. Deux doigts introduits par l'incision passèrent derrière cet organe et déchirèrent le tissu cellulaire, pendant qu'avec des ciseaux on détruisait ses attaches latérales. Pareille opération fut ensuite faite sur le côté gauche, et des pinces de Museux saisirent la matrice qui avait échappé aux doigts, mais elles ne purent parvenir à l'abaisser. L'opérateur se décida alors à aller saisir cet organe avec la main; mais pour lui ouvrir un passage suffisant, il fut obligé d'inciser le vagin en bas et de chaque côté vers le périnée; l'utérus put alors être saisi, abaissé, et bientôt il fut séparé en totalité. Cette opération dura vingt-cinq minutes; il s'écoula environ une palette et demie de sang. Le vagin fut rempli de charpie imbibée de vinaigre; la malade fut couchée, le bassin plus élevé que les épaules; on lui prescrivit une potion calmante. Elle mourut au bout de soixante heures. On constata par l'ouverture du

corps l'existence d'une péritonite. La vessie et le rectum étaient intacts; le foie contenait des hydatides.

En 1825 Siébold répéta cette opération, mais en la modifiant de la manière suivante. Le vagin fut incisé tout autour du col de l'utérus, et celui-ci traversé avec une anse de fil qui servit à l'attirer en bas, après quoi on détruisit avec des ciseaux les attaches latérales antérieures et postérieures de l'organe. Pendant l'opération, qui dura vingt-cinq minutes, la malade eut une syncope qu'on attribua à l'excès de la douleur; il s'écoula environ six onces de sang, le vagin fut rempli de charpie saupoudrée d'alun. Lorsque la malade fut reconduite à son lit, elle éprouva un nouvel écoulement de sang qu'on évalua à environ dix onces; elle eut des syncopes, et mourut au bout de cinquante-quatre heures. On trouva à l'autopsie qu'il y avait quelques caillots de sang dans le bassin; le rectum et la vessie avaient été ménagés.

En 1824 Holscher a pratiqué l'extirpation de l'utérus suivant le procédé de Sauter, mais il commença par exciser le col qui gênait par son volume. L'opération dura trente-cinq minutes: il s'écoula environ dix onces de sang; la malade mourut au bout de vingt-quatre heures. L'ouverture du corps prouva qu'il n'y avait point eu d'hémorrhagie interne, et que la vessie et le rectum avaient été respectés.

Blundell a pratiqué sa première opération en 1828: le rectum et la vessie ayant été vidés, la malade fut couchée du côté gauche près du bord de son lit, le doigt indicateur et le médius de la main gauche furent introduits dans le vagin et constatèrent que ce canal était atteint d'affection cancéreuse dans tout son quart supérieur. Un petit scalpel servit à inciser ce canal, sur la ligne médiane et postérieurement, immédiatement au dessous du point jusqu'ou s'étendait la maladie. L'indicateur gauche engagé dans l'incision sépara le vagin d'avec le

rectum en déchirant le tissu cellulaire placé entre ces deux organes. La plaie du canal fut alors agrandie à droite et à gauche à l'aide de l'instrument tranchant, et donna passage aux doigts indicateur et médium qui servirent à guider un crochet mousse à l'aide duquel la matrice fut saisie, renversée dans le vagin, et vint se loger dans la paume de la main gauche. On termina en coupant les ligamens larges de l'utérus et en séparant cet organe du vagin et de la vessie. Quelques parties endurcies furent laissées; l'opérateur se réservant de les extirper plus tard, s'il le jugeait nécessaire. Il s'écoula environ six onces de sang pendant l'opération; la malade guérit, mais au bout d'un an elle mourut d'une récidive du mal.

Blundell a pratiqué cette opération trois autres fois par le même procédé, mais sans succès; les malades sont toutes mortes très-promptement, et leur mort a paru dépendre à la fois de l'hémorragie et des douleurs vives qu'elles ont souffertes.

En 1828 Banner tenta aussi l'extirpation de la totalité de l'utérus. La malade étant située à la manière ordinaire, après avoir subi les préparations d'usage, le col de l'utérus fut saisi avec une forte égrigne, abaissé et traversé par une forte anse de fil qui servit à le maintenir; alors le chirurgien incisa demi-circulairement le vagin à sa partie postérieure et supérieure, près de son insertion au col de la matrice, détacha cet organe du rectum, et pénétra dans le péritoine; la partie antérieure du canal fut ensuite incisée de la même manière, la vessie séparée de l'utérus et le péritoine ouvert; le corps de la matrice fut renversé en avant, et l'opération terminée par la section des ligamens latéraux. Dix onces de sang s'écoulèrent pendant l'opération. L'écoulement continua de se faire quand la malade fut replacée dans son lit. Des caillots furent expulsés du vagin à plusieurs reprises; une péritonite survint, et la malade succomba le quatrième jour.

En 1828 encore M. Lizars pratiqua la même opération. La malade fut placée comme pour l'opération de la taille, excepté que le bassin était plus élevé que les épaules, afin que les intestins s'éloignassent de cette cavité par leur propre poids. Le vagin étant fort étroit, l'opérateur commença par fendre la cloison recto-vaginale sur la ligne médiane; il passa une anse de fil à travers le col utérin, et la confia à un aide qui le maintint abaissé; il introduisit alors une sonde dans la vessie, pour tenir cet organe élevé et tendu; cela fait, il incisa, d'abord en arrière, le vagin et le péritoine; il incisa ensuite le même canal au devant, sépara la vessie, ouvrit la membrane séreuse, et termina par la section des ligamens latéraux. La malade mourut au bout de vingt-quatre heures, et à l'ouverture du corps on trouva des traces de péritonite, sept onces de sang épanché dans le bassin, et une infiltration de ce liquide dans le tissu cellulaire ambiant.

Voici maintenant le procédé qu'a suivi M. Recamier qui a opéré sa première malade en 1829.

La malade fut située comme pour l'opération de la taille; le bassin dans une position légèrement déclive, afin que le sang pût s'écouler au dehors aussitôt après la section des vaisseaux. Deux pinces de Museux furent successivement appliquées sur le col de l'utérus pour le saisir solidement et l'abaisser jusqu'à la vulve. Le doigt fut introduit pour constater de nouveau l'état des parties et les rapports de la vessie. Cela fait, le vagin fut incisé à sa partie antérieure et supérieure et de droite à gauche; le tissu cellulaire vagino-vésical déchiré avec le doigt; le péritoine ouvert avec le bistouri guidé par le doigt indicateur et le médium de la main gauche, logés entre la vessie et la matrice, de manière à ne pas abandonner la face antérieure de l'utérus. Le doigt indicateur fut introduit dans la plaie du péritoine, et servit à conduire un bistouri droit boutonné à

l'aide duquel la plaie fut agrandie à droite et à gauche; deux doigts, introduits à travers la solution de continuité, et appuyant sur le fond de la matrice, en augmentèrent l'abaissement; alors le bistouri boutonné, rasant le côté gauche de l'utérus, coupa de haut en bas le ligament large correspondant dans les deux tiers de sa hauteur; le ligament large de l'autre côté fut coupé de la même manière et dans la même étendue: ce qui restait du ligament large du côté droit fut alors saisi entre l'indicateur et le pouce de la main gauche, et ces doigts servirent de guide à une aiguille de Deschamps qui, passée d'arrière en avant, entoura le tout d'un fil qui embrassa ainsi le tiers inférieur du ligament large et avec lui l'artère utérine qu'il renferme; un autre fil fut ensuite passé de la même manière autour du tiers inférieur du ligament large du côté gauche, les deux fils furent serrés au moyen du serre-nœud de Desault; après quoi la section des ligamens larges fut achevée de chaque côté entre les fils et l'utérus, et cet organe se trouva complètement détaché par la section de la partie postérieure et supérieure du vagin; il s'écoula peu de sang; la malade fut saignée deux fois; des sangsues furent appliqués le jour suivant, et des bains furent administrés parce que le pouls s'élevait. La malade guérit sans autres accidens dans l'espace d'un mois et demi; mais elle mourut un an après, des suites d'une diarrhée chronique. L'autopsie du corps n'a pas été faite.

M. Récamier a fait ensuite la même opération deux fois conjointement avec M. Roux, et ensuite seul. Sur deux de ces malades la vessie a été ouverte; sur deux aussi, la section du ligament large ayant été opérée un peu trop près du fil, celui-ci se détacha, et un écoulement de sang, peu considérable toutefois, eut lieu. Les trois malades ont succombé, de trente-trois à trente-six heures après l'opération.

M. Récamier dit avoir remarqué que chez certaines femmes

le doigt indicateur introduit dans le vagin peut seul, ou pendant que le pouce lui prête un point d'appui dans le rectum, reconnaître les battemens de l'artère utérine à l'union des deux cinquièmes postérieurs avec les trois cinquièmes antérieurs du vagin, sur les côtés de ce canal.

Il pense que, dans ces cas, il serait possible de commencer l'opération par la ligature de ces vaisseaux, au moyen d'une aiguille montée sur un manche, et dont la marche serait guidée par les deux doigts qui saisiraient la cloison recto-vaginale. Mais il est facile de voir combien de difficultés pourrait offrir une semblable manière d'opérer, qui d'ailleurs n'étant applicable qu'en certains cas particuliers, ne peut pas être proposée comme méthode générale.

M. Dubled a aussi fait l'extirpation de l'utérus; mais il ne l'a faite que partielle, c'est-à-dire qu'après avoir coupé le vagin et le ligament large au dessous des trompes de Fallope, il a coupé l'utérus en travers, de manière à laisser son fond en ménageant le péritoine. La malade est morte vingt-deux heures après l'opération.

Enfin, Langenbeck et Delpech ont extirpé l'utérus, le premier deux fois, et le second une seule fois; et leurs malades ont succombé.

La première remarque qui frappe en réfléchissant sur les faits qui viennent d'être relatés, c'est la variété des procédés opératoires qui ont été mis en usage. Quelques unes des modifications que nous avons fait connaître ont été évidemment commandées par des circonstances particulières au cas pour lequel on opérait. C'est ainsi que, pour faciliter l'abaissement de la matrice, Siebold a incisé le vagin sur les deux côtés; et que, pour obtenir ce même résultat, Lizars a cru devoir inciser la paroi recto-vaginale. Mais d'autres