norrhée que l'étroitesse de l'orifice externe: le canal cervical est devenu perméable par la suppression de la congestion et l'obstacle n'a plus qu'une étendue très restreinte par rapport à ce qu'il était au commencement du traitement. Dès lors, les douleurs sont réduites au minimum.

On peut, dès ce moment, considérer les malades comme guéries, au moins pour un temps assez long. et jusqu'ici il ne s'est produit aucune récurrence complète; la première observation remonte déjà à deux années.—*Revue médico-chir. des maladies des femmes.*

Le cancer primitif de l'utérus et son traitement, par le Dr BISCHE.—L'auteur, se basant sur un grand nombre d'observations et sur l'avis de Cornil, de Landau, d'Abel, de Routier, de Klotz, de Lawson Tait, etc., arrive à cette conclusion que l'examen microscopique ne donne de résultat précis que s'il porte sur un lambeau de tissu excisé au bistouri ou aux ciseaux. L'examen n'est le plus souvent positif que s'il s'agit d'un néoplasme déjà avancé et perceptible au toucher après dilatation utérine: d'un autre côté, un examen négatif ne signifie rien au point de vue de la bénignité de l'affection. M. le professeur Cornil avoue que sur ce point les données de l'hystologie sont encore fort imparfaites, et qu'avant d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un cancer, il faut des examens multiples, par un micrographe des plus exercés.

De même le toucher intra-utérin après dilatation du col donne peu d'indications quand il s'agit d'un cancer au début.

En résumé, lorsqu'un utérus a terminé sa période d'activité fonctionnelle et qu'il devient l'origine d'hémorragies répétées, abondantes, incoercibles, entraînant un amaigrissement rapide, et des douleurs parfois vives, lorsque le toucher démontre l'intégrité du col, il faut penser immédiatement à un cancer du corps utérin, et ne pas attendre pour opérer que le diagnostic soit confirmé par le microscope ou même par le toucher intra-utérin. Dès ce moment, la malade est exposée à une dégénérescence maligne, si toutefois le cancer n'est pas déjà déclaré. A la clinique de la Charité, à Lyon, le chef de clinique du professeur Laroyenne, M. le Dr Gouilloud, a opéré trois fois dans ces conditions, et trois fois l'examen de la pièce enlevée a montré la justesse du diagnostic.

Dans la seconde partie de la thèse, on étudie tous les procédés d'extraction de l'utérus, rapportant les statistiques publiées à propos de chaque procédé opératoire.

Les indications thérapeutiques font l'objet d'un chapitre spécial.

L'hystérectomie vaginale est le procédé de choix; à la suite de cette opération, les récurrences paraissent se faire moins souvent ou moins vite que dans le cas de cancer du col. On a eu des survies de sept ans sans récurrences. Malheureusement, les statistiques portant sur les seuls cas de cancers primitifs du corps utérin sont fort rares et il serait désirable qu'on n'englobât plus ces cas avec