

dans le lieu qu'il juge convenable, soit d'un seul coup, s'il ne craint pas l'hémorrhagie, ou s'il est sûr de retrouver les vaisseaux parce qu'il a saisi la tumeur au-dessus du lieu de la section; soit en plusieurs fois, s'il craint l'hémorrhagie, et s'il préfère lier les vaisseaux à mesure qu'il tranche le tissu utérin. Dans les cas où les praticiens ont extirpé volontairement l'utérus en le coupant, ils n'ont pas observé qu'une hémorrhagie abondante fût la suite de l'opération. Quelques-uns, pour éviter cette hémorrhagie abondante, ont cru devoir appliquer d'abord une ligature, puis couper la matrice; cette ligature peu serrée ne produisait aucun accident.

L'excision est le seul moyen opératoire qui ait été mis en usage pour l'extirpation de l'utérus resté dans sa position normale. Elle a été faite par le vagin et par la cavité abdominale après l'incision de ses parois. Cette opération présente donc deux méthodes, qui sont désignées sous les noms d'*extirpation sous-pubienne* et d'*extirpation sus-pubienne*. Je vais les décrire successivement.

L'extirpation sous-pubienne ou par le vagin a été pratiquée pour la première fois en l'année 1812 par Paletta, qui la fit involontairement. Elle a été faite volontairement en l'année 1822 par Sauter, chirurgien de Constance. Après avoir vidé le rectum et la vessie, il saisit le col de l'utérus, coupa à petits coups de bistouri la paroi du vagin dans le point de son union au col utérin, chercha à séparer l'utérus de la paroi antérieure en se servant des doigts et du manche du bistouri, mais, n'y pouvant parvenir, coupa le tissu cellulaire et le péritoine, alla chercher avec les doigts le fond de l'utérus qu'il renversa, et faisant relever et soutenir les intestins par un aide, acheva la séparation de l'organe par la section de ses attaches au rectum et par celle des ligaments larges. Il n'y eut d'autre hémorrhagie que celle qui résulta des déchirures du champignon cancéreux développé sur le col utérin, et une petite perte de sang par une petite artère des ligaments. La malade perdit en tout, dit Sauter, une livre et demie de sang. La vessie fut lésée, car la malade conserva une incontinence d'urine. Quelques accidents survinrent immédiatement, la guérison fut complète au bout de quatre mois. Le procédé de Sauter fut suivi par MM. Récamier et Roux; mais craignant l'hémorrhagie, ils portèrent une forte ligature sur les ligaments larges après avoir pratiqué leur première incision, puis ils les coupèrent, renversèrent l'utérus et achevèrent de le détacher en faisant la section de la paroi postérieure du vagin.

MM. Langenbeck et Blundell commencent par détacher la paroi postérieure du vagin, et renversant l'utérus en arrière, ils achèvent en coupant les ligaments larges et la paroi antérieure du vagin. M. Langenbeck a incisé le périnée pour se donner plus de facilité dans l'opération. M. Banner a préféré commencer par détacher le vagin en arrière et en avant, et terminer par la section des ligaments larges. Siebold incise la paroi latérale du vagin, et M. Lizars, la cloison recto-vaginale, pour faciliter la séparation de l'utérus. La plupart de ces opérations, dans lesquelles des ligatures n'ont pas été appliquées sur les ligaments larges, n'ont pas été suivies d'hémorrhagie, et nous voyons que les malades n'ont perdu que de six à dix onces de sang.

L'extirpation sus-pubienne a été proposée en l'année 1814 par M. Gutberlat, mais elle ne fut pas exécutée par lui. C'est M. Langenbeck qui le premier l'a pratiquée; il a soulevé l'utérus avec ses doigts, au lieu de se servir de l'instrument de M. Gutberlat. Cet instrument consiste en un anneau avec lequel on accroche l'utérus. Delpech a pratiqué cette opération en suivant le procédé de M. Langenbeck: les malades opérées sont mortes. Musitano, qui vivait dans le XVII^e siècle, dit que cette opération fut pratiquée de son temps; mais il paraît que c'était l'extirpation des ovaires.

Si, pour terminer ce sujet et pour laisser au lecteur la possibilité de juger la valeur de cette opération, nous mettons sous ses yeux les résultats qu'on a obtenus, nous voyons que toutes les extirpations sus-pubiennes ont occasionné la mort, et que les opérations sous-pubiennes ou vaginales n'ont eu d'heureux résultats que dans trois cas, c'est-à-dire que trois fois les malades ne sont pas mortes des suites immédiates de l'opération et qu'elles ont survécu un an au plus, pour voir leur maladie cancéreuse récidiver. Toutes les autres ont succombé, le plus grand nombre au bout de quelques heures ou au bout d'un jour, et le plus petit nombre au bout de quelques jours.

§ 3. — Maladies du col de la matrice. (P. B.)

Le col de l'utérus étant quelquefois affecté de maladies auxquelles ne participe nullement le corps de cet organe, je crois devoir m'en occuper dans un paragraphe particulier. Ces maladies sont l'ulcération et l'hypertrophie. J'ai vu une seule fois le col utérin couvert de végétations ou plutôt de petites tumeurs pédiculées. Le col aplati

avait au moins trois centimètres de diamètre, et toute sa surface était recouverte de ces tumeurs. Je n'ai pu avoir aucun renseignement sur leur origine et leur cause. Un chirurgien coupa le col utérin; la malade est guérie de cette opération.

Je vais traiter successivement des ulcérations du col utérin, de son hypertrophie et de son amputation.

1° Des ulcérations du col utérin.

Les ulcérations du col utérin, qui nous occupent ici, doivent être bien distinguées des ulcérations cancéreuses dont nous avons parlé; car elles n'ont aucun rapport avec elles. Quelques pathologistes ont admis des ulcérations syphilitiques du col utérin; je n'en ai jamais vu ni primitives, ni consécutives, quoique j'aie eu l'occasion d'observer un grand nombre de femmes atteintes de syphilis. Je ne crois donc pas à leur existence; mais si cette opinion est erronée, les ulcérations dont je vais parler doivent également en être distinguées. Il en est de même des ulcérations occasionnées par une cause traumatique, comme un pessaire, etc.

Les ulcérations du col utérin peuvent exister à tous les âges; chez la vierge, comme chez la femme qui a cohabité avec l'homme; chez la femme qui n'a pas eu d'enfants, comme chez celle qui en a eu. Elles peuvent se développer sur les cols utérins sains, comme sur ceux qui sont hypertrophiés; sur les cols utérins ayant leur longueur normale, comme sur ceux qui sont effacés. Elles ont leur siège à l'extrémité libre du col, dans le point où cette extrémité s'unit au canal du col; elles peuvent envahir toute sa surface libre inférieure et même s'étendre à sa face vaginale; elles peuvent aussi se prolonger sur la face intérieure du col dans l'étendue d'un demi-centimètre à un centimètre. Leur siège le plus ordinaire est au pourtour de l'orifice du col.

Les causes ne sont pas connues; du moins, je n'ai pas pu trouver de causes réelles chez les malades que j'ai observées. Cependant il y a des coïncidences qui conduisent à admettre deux ordres de causes, les causes prédisposantes et les causes occasionnelles.

Une seule cause m'a paru prédisposer le col utérin aux ulcérations, c'est le tempérament lymphatique. Cette cause, signalée par la plupart des praticiens, me paraît produire certainement l'ulcération

du col de l'utérus; car on la voit survenir chez des femmes de ce tempérament et sans aucune cause réellement appréciable. On a pensé que l'écoulement leucorrhéique, qui est si fréquent chez ces personnes, donnait lieu aux ulcérations en tenant le col constamment mouillé et en produisant une irritation locale; mais il me semble que cette opinion ne mérite pas la moindre discussion, puisque la pratique apprend que cet écoulement disparaît à mesure que l'ulcération se cicatrise, ce qui est une preuve évidente qu'il est un effet et non une cause. Néanmoins on ne peut pas, je crois, se prononcer positivement sur la réalité de cette cause, parce qu'on voit un grand nombre de femmes lymphatiques chez lesquelles il n'existe pas d'ulcération du col utérin.

Quelques pathologistes ont attribué ces ulcérations au vice herpétique. S'ils veulent parler des eczemas des parties génitales externes qui se propagent dans le vagin et jusque sur le col utérin, ils ont raison; mais s'ils veulent parler des ulcérations simples dont je m'occupe, je ne partage pas leur opinion, parce que je n'ai jamais vu un rapport réel entre elles et ce vice.

Diverses causes ont été indiquées comme causes occasionnelles des ulcérations du col de l'utérus; je crois devoir les examiner successivement, parce que quelques-unes me paraissent erronées. L'on a dit que l'abus du coït, la disproportion entre les organes génitaux des deux sexes, l'omission des soins de propreté, donnaient naissance à ces ulcérations. Il est, ce me semble, difficile d'admettre de pareilles causes. Si l'abus du coït faisait naître des ulcérations, on devrait les rencontrer principalement chez les filles publiques et chez les femmes qui, sans être filles publiques, se livrent fréquemment au coït: or, l'expérience prouve que ces ulcérations sont aussi fréquentes chez les femmes qui mènent une vie régulière que chez celles qui mènent une vie très-irrégulière. Je pense donc que cette cause doit être rejetée, et je suis d'autant plus porté à avoir cette opinion, qu'à une époque où je partageais l'opinion générale sur les inconvénients du coït pour la guérison de ces ulcérations, j'ai vu des femmes guérir parfaitement, quoiqu'elles eussent usé et peut-être même abusé de cet acte. Il est bien difficile d'établir quelque règle relativement aux effets de la disproportion des organes génitaux, car on ne peut avoir à cet égard que des données très-incertaines. Quant à l'absence des soins de propreté, regardée comme cause de ces ulcérations, je de-

manderai aux pathologistes qui ont indiqué cette cause pourquoi les femmes du peuple et les femmes de la campagne ne sont pas en général affectées d'ulcérations.

Deux causes occasionnelles qui paraissent avoir une influence positive sur le développement de ces ulcérations sont les déplacements de l'utérus et l'accouchement. Il est difficile d'expliquer la naissance d'une ulcération par le changement de position de l'utérus. En effet, si l'extrémité du col utérin, n'étant plus libre dans le vagin, ainsi que cela existe dans l'état normal, allait s'appuyer sur un corps dur, on concevrait sans aucune peine que les frottements qu'il éprouve sur ce corps dur dans les divers mouvements du corps seraient la cause de son ulcération; mais le col déplacé se trouve toujours en contact avec des parties molles, enduites de mucus, et par conséquent sans action sur lui, puisque ce sont les parois du vagin; à moins de supposer, pour le cas d'antéversion, que le passage des matières fécales produit sur le col une irritation qui l'ulcère; mais une pareille supposition est sans fondement. D'ailleurs, toutes les femmes affectées d'antéversion de l'utérus n'ont pas nécessairement une ulcération. Nous sommes donc obligé, quant à présent, d'admettre le fait sans l'expliquer.

On peut se rendre compte plus aisément de l'apparition des ulcérations qui succèdent à l'accouchement. En effet, dans cet acte naturel, le col de l'utérus est déchiré, et si cette déchirure ne se guérit pas immédiatement, il peut arriver que la prédisposition individuelle, jointe à la présence des lochies, entretienne la solution de continuité, et donne lieu à la formation d'un ulcère. J'en ai vu trois cas. Dans le premier, l'ulcération ne me fut montrée que deux mois et demi après l'accouchement; il y avait alors écoulement sanguinolent, mais aux lochies avait succédé un écoulement blanc. Dans le deuxième cas, je vis la malade cinq semaines après l'accouchement; l'ulcération existait. Dans le troisième cas, je ne vis la malade que six mois après l'accouchement; mais depuis ce moment elle avait toujours eu de l'écoulement; dans les deuxième et troisième cas, les ulcérations étaient au bord externe des lèvres, là où elles sont déchirées pendant l'accouchement; dans le premier, l'ulcération était au pourtour de l'orifice: était-elle le résultat de la contusion du col?

Les signes des ulcérations du col de l'utérus sont rationnels et sensibles. Les premiers sont l'écoulement mucoso-purulent qui se fait

par le vagin, écoulement qui devient quelquefois sanguinolent; l'irrégularité de la menstruation; les douleurs que les malades éprouvent dans le bas-ventre et dans les aines, surtout quand l'ulcération coexiste avec un déplacement de l'utérus; les tiraillements d'estomac, les dérangements dans les fonctions digestives; la teinte jaune et blafarde de la peau; l'amaigrissement, le dépérissement et la perte des forces. Ces accidents, communs à d'autres maladies de l'utérus, ne peuvent que faire présumer la nature de celle qui nous occupe; il faut, pour établir le diagnostic d'une manière positive, avoir recours aux signes sensibles, qui sont le toucher et la vue.

Le toucher ne sert pas beaucoup pour le diagnostic des ulcérations du col de l'utérus, parce que la mollesse que reconnaît le doigt peut dépendre de tout autre chose. A moins donc que l'ulcération ne soit couverte de fongosités qui peuvent être reconnues, ou qu'elle ne présente des granulations dures, ou qu'elle ne soit saignante, le chirurgien ne peut avoir que des présomptions vagues.

La vue est donc le seul moyen de s'assurer de l'existence, de l'étendue et de l'espèce des ulcérations du col utérin; aussi, dès que je soupçonne qu'il y a ulcération au col, je propose aux malades de passer au speculum. Je reconnais ainsi de suite s'il existe une ulcération, et je vois son étendue; je m'assure aussi de son espèce. Or, nous trouvons deux espèces d'ulcérations au col utérin, des ulcérations simples et des ulcérations fongueuses. L'ulcération simple ne dépasse pas le niveau de la substance du col; sa surface est plus ou moins bosselée en raison du développement des bourgeons charnus. L'ulcération fongueuse présente des bourgeons exubérants, mous, comme œdématiés, qui surmontent plus ou moins la surface du col. C'est cette dernière espèce d'ulcérations que le doigt peut reconnaître par le toucher. Ces deux espèces peuvent également donner lieu à un écoulement sanguin peu abondant et apparaissant très-irrégulièrement. L'une et l'autre occasionnent un écoulement blanc constant, mais plus ou moins abondant. Cet écoulement n'est pas muqueux, comme celui de la leucorrhée; il est plutôt aqueux, et il vient, pour ainsi dire, par jets: ainsi la malade, peu mouillée, sent tout à coup un jet de liquide qui l'inonde, comme si ses règles paraissaient. L'une et l'autre de ces ulcérations est accompagnée de douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, surtout quand l'écoulement est abondant. Dans

les mêmes circonstances, la femme a souvent des désirs vénériens très-prononcés.

Quelquefois ces ulcérations, surtout quand elles sont simples, sont accompagnées du développement de petites tumeurs ou granulations dures, isolées, et toujours arrondies et plates. Je ne saurais mieux les comparer qu'aux poireaux syphilitiques du gland. Quelquefois elles existent sans ulcération très-prononcée; ce qui est indifférent, parce que leur traitement est le même que celui de ces ulcérations.

Le diagnostic simple des ulcérations du col utérin est très-facile quand on s'aide de la vue; il l'est même souvent pour les praticiens éclairés quand ils n'ont pour se guider que les symptômes rationnels; cependant, dans ce dernier cas, on ne peut jamais se prononcer d'une manière rigoureuse. Le diagnostic différentiel de ces ulcérations est facile. Elles diffèrent essentiellement, par leur couleur uniformément rosée, des ulcérations grisâtres et rougeâtres du cancer, et leurs fongosités toujours molles et souples ne présentent jamais au toucher la sensation de craquement des fongosités cancéreuses. Dans cette dernière affection, le col de l'utérus offre constamment une induration qu'on ne rencontre pas dans l'ulcération, même lorsque le col utérin est hypertrophié. L'écoulement qui accompagne les ulcérations n'a pas d'odeur, ou s'il en exhale une, ce qui est rare, c'est une odeur acide très-facile à distinguer de l'odeur infecte du cancer.

Le pronostic n'a rien de grave. J'ai toujours vu guérir les ulcérations dont je m'occupe. Elles ne diffèrent entre elles qu'en raison du temps nécessaire pour obtenir cette guérison. Or, la longueur de ce temps est moins en rapport avec la grandeur et l'espèce de l'ulcération qu'en rapport avec l'influence de la constitution générale sur la maladie locale.

Le traitement des ulcérations du col utérin est local et général, et je pense que l'un et l'autre sont également indispensables et qu'ils sont, si j'ose le dire, solidaires.

Le traitement local consiste dans la cautérisation des ulcérations. Différents moyens thérapeutiques ont été mis en usage. Les plus usités sont le nitrate acide de mercure (deuto-azotate de mercure) et la pierre infernale (nitrate d'argent, azotate d'argent). Dans ces derniers temps, quelques praticiens ont vanté le fer rouge, en lui attri-

buant une vertu tonique spécifique, pour ainsi dire; je ne pense pas qu'il la possède, et il a l'immense inconvénient d'effrayer les malades. Au surplus, il est bon d'être prévenu, si on veut y avoir recours, qu'il faut se servir d'un speculum d'ivoire et non de métal: ce dernier transmettrait le calorique aux parois du vagin et les brûlerait. Le nitrate acide de mercure est le caustique que je préfère. J'ai quelquefois employé le nitrate d'argent: c'était quand les ulcérations étaient peu considérables ou sur le point d'être guéries; mais j'ai renoncé à son emploi, parce que dans un grand nombre de cas il a occasionné l'arrivée ou le retour des règles. Je me sers du nitrate acide de mercure, comme je l'ai dit dans la note sur le cancer. J'ai soin de ne cautériser que l'ulcération, et je ne cautérise jamais profondément. Je fais tous les jours le pansement avec la charpie sèche pour préserver la surface de l'ulcération du contact de la matière de l'écoulement, et je ne renouvelle la cautérisation que tous les huit ou dix jours, quand je vois que la cicatrice qui se forme autour du point ulcéré s'arrête et ne marche plus vers le centre de l'ulcération. Quand la cicatrice ne se fait pas malgré une ou plusieurs cautérisations, et quand l'ulcère reste stationnaire, au lieu de cautériser de nouveau, je me sers d'alun en poudre. J'en mets sur un tampon de charpie et j'applique sur le col utérin le côté couvert de cette poudre. J'obtiens ainsi une légère cautérisation du col et un dessèchement de l'ulcération qui la mène à cicatrisation. J'ai quelquefois mis en usage le tannate de plomb et le calomel en poudre: ces moyens m'ont également réussi, mais moins bien que l'alun. Pendant l'époque des règles, je suspends tout pansement.

Je dois faire observer que la cautérisation par le fer rouge n'est jamais douloureuse, ni au moment de son application ni après; tandis que celle par les caustiques ne produit pas de douleurs au moment de son application, dans le plus grand nombre des cas, mais en occasionne fréquemment quelque temps après, et ces douleurs, qui consistent en coliques, obligent quelquefois les malades à se coucher.

Je ne fais jamais garder le repos aux malades, ni au lit, ni sur une chaise longue, à moins qu'il n'y ait un déplacement de l'utérus, qui est ordinairement une antéversion de cet organe. Quelquefois même, malgré l'existence de ce déplacement, je n'astreins pas les malades au repos, parce que le tampon de charpie fait l'office d'un pessaire. Aussi, dans le plus grand nombre des cas, les malades viennent se faire soigner chez moi.

J'ai toujours l'attention d'entretenir la liberté du ventre au moyen de lavements, parce que la présence des matières fécales dans l'intestin s'oppose à l'application exacte du tampon sur le col.

Dans quelques cas, il subsiste après la guérison de l'ulcération un engorgement œdémateux du col et un écoulement blanc par l'utérus. Alors je fais faire des injections d'eau blanche, ou d'infusion de roses rouges, ou de décoction de noix de galle.

Les praticiens défendent généralement le coït aux femmes atteintes d'ulcérations du col de l'utérus, et moi, d'après les préceptes de ceux qui les premiers se sont occupés de cette maladie, je le défendais également; mais j'ai changé d'opinion à cet égard depuis que j'ai vu des femmes qui se livraient à cet acte à mon insu et qui n'en guérissaient pas moins bien. A une époque où ma position dans un des hôpitaux de Paris me donnait à soigner un grand nombre de femmes galantes qui avaient la faculté de sortir chaque jour de l'hôpital ou d'y recevoir du monde, j'ai été trompé par plusieurs de ces femmes, auxquelles j'avais recommandé de n'avoir aucun rapport avec des hommes. Elles m'ont avoué, les unes, qu'elles n'avaient jamais cessé d'avoir de ces rapports; les autres, qu'elles en avaient eu de fréquents; quelques-unes même m'ont assuré que c'était depuis qu'elles avaient renouvelé ces rapports que je trouvais que leurs ulcérations marchaient vers la guérison. Sans chercher à analyser ni à discuter ce point de traitement, je dirai qu'il y a un fait certain: c'est que depuis ce moment je n'ai jamais défendu le coït, que quelques femmes galantes s'y sont journellement livrées, et que les guérisons sont aussi promptes que lorsque je défendais cet acte. Ne pourrait-on pas expliquer ce fait par l'excitation que produit sur le col utérin le contact du pénis, excitation qui favorise la formation de la cicatrice?

Des praticiens ont proposé de faire et ont fait des injections jusque dans la cavité de l'utérus, parce qu'ils ont pensé que les ulcérations l'affectaient. Comme je n'ai jamais vu ni pendant la vie, ni après la mort, les ulcérations pénétrer dans la cavité utérine, je pense que ces injections sont au moins inutiles.

Le traitement général doit être fortifiant. Indépendamment d'une bonne alimentation, consistant dans l'usage des viandes et du vin, je crois qu'il est bon de donner quelques médicaments toniques, de faire prendre des bains sulfureux, et de recommander un exercice modéré et de tous les jours. Je me suis toujours loué d'avoir recours à ces

divers moyens thérapeutiques généraux. De tous les médicaments toniques, celui qui m'a le mieux réussi, c'est la limaille de fer unie au quinquina. En général, les médecins et les chirurgiens recommandent le repos sur une chaise longue ou dans le lit, pour arriver plus promptement à la guérison des ulcérations du col de l'utérus; quelques-uns même ont recours à la saignée. Je rejette tout à fait, dans les cas ordinaires, et la position horizontale et la saignée, parce que ce sont des débilitants qui entretiennent et l'ulcération et l'écoulement qui l'accompagne. Je n'ai recours à la position horizontale que dans les cas de déplacement de l'utérus, et je n'emploie la saignée que lorsqu'il existe quelque signe d'inflammation du côté de l'utérus.

La durée du traitement, tel que je le fais, est ordinairement de six semaines; quelquefois elle se prolonge à deux mois, rarement plus. Cependant j'ai observé quelques cas de ce dernier genre.

Les ulcérations du col de l'utérus sont sujettes à des récurrences qui n'ont rien de grave; elles sont dues à la cause prédisposante, c'est-à-dire au tempérament lymphatique; plusieurs fois je les ai vues dépendre du retour du déplacement de l'organe.

L'anatomie pathologique nous apprend que ces ulcérations n'attaquent que la membrane muqueuse; qu'elles ne s'étendent pas au delà d'un centimètre dans l'intérieur du col; qu'elles ne laissent pas de cicatrices, mais une rougeur qui persiste plus ou moins longtemps, et à laquelle succède une décoloration de la partie qui a été malade.

2° De l'hypertrophie du col utérin.

Le col de l'utérus est sujet à une augmentation de densité et de volume que je nomme *hypertrophie*. Je donne ce nom parce qu'il n'y a pas altération dans la structure de l'organe; on retrouve son tissu sain; seulement les fibres musculaires qui le composent sont plus denses, plus résistantes et plus serrées, ou plus grosses et plus longues que dans l'état normal, et elles ont conservé leurs rapports. Les vaisseaux qui se rendent aux parties hypertrophiées sont plus volumineux que dans l'état normal.

Cette hypertrophie peut occuper tout le col; elle peut atteindre le col entier et une des lèvres plus que l'autre; enfin elle peut se borner à une seule de ses lèvres. J'ai vu deux cas du premier genre, un du second et un du troisième.

Le col utérin hypertrophié conserve sa forme normale quand il participe tout entier à la maladie; il peut la conserver encore quand une des lèvres est plus grosse. Doit-on rapporter à l'hypertrophie du col ces cas dans lesquels les lèvres, plus grosses et boursouffées pour ainsi dire, sont arrondies et renversées en dehors, de sorte qu'elles sont plus larges que la base du col? Je ne le pense pas, parce que j'ai vu plusieurs cas de ce genre, et les malades atteintes d'ulcérations au col n'éprouvaient aucun des symptômes de l'hypertrophie; ces cas appartiennent à l'œdème et au ramollissement du col qui accompagnent les ulcérations.

Pour bien exposer les différences qui existent entre le col utérin hypertrophié et le col utérin sain, il faudrait faire un tableau donnant les dimensions de la longueur du col, de la largeur de sa base, de celle de son sommet et de celle de son orifice, chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, chez celles qui en ont eu, et chez celles qui ont une hypertrophie du col. Or, je pourrais faire ce tableau pour celles qui n'ont pas eu d'enfants et pour celles qui en ont eu; mais je ne le pourrais pour les autres, parce que je n'ai pas mesuré les cols utérins des femmes que j'ai traitées pour une hypertrophie, n'ayant pas imaginé, à l'époque où je les ai vues, l'instrument dont je me sers aujourd'hui. Au surplus, on ne trouverait peut-être pas une très-grande différence de volume, parce que dans l'hypertrophie il y a en même temps augmentation de volume et augmentation de densité du tissu, et cette dernière altération donne à l'utérus un poids plus grand que ne le comporte son volume. Cette circonstance est bien importante à connaître pour ne pas s'exposer à confondre des cols sains, changés dans leurs dimensions par suite de plusieurs couches, avec des cols hypertrophiés. Au surplus, je ne parlerais pas ainsi si l'expérience ne m'avait éclairé dans un cas que je rapporterai plus bas, et dans lequel l'amputation du col utérin a produit une guérison complète.

Il résulte de ces remarques, qu'il est nécessaire d'avoir acquis une assez grande expérience pour pouvoir se prononcer sur l'état hypertrophique du col utérin. Il faut d'abord bien connaître la différence qui existe entre le col de la femme qui n'a pas eu d'enfants et le col de la femme qui en a eu. Chez la première, le col est plus long, sa base est moins large, et son sommet arrondi est percé d'un orifice rond ou triangulaire et rarement transversal; chez la seconde, au

contraire, le col est plus court, la base est plus large, le sommet est aplati et percé d'un orifice transversal. Or le col hypertrophique conserve ces différences de forme en devenant malade; de sorte qu'il peut se faire qu'il soit, quoique très-malade, moins volumineux que dans l'état sain. C'est ainsi que, chez une femme qui a eu plusieurs enfants, le col hypertrophié peut être moins gros que le col sain, chez une femme qui n'a pas eu d'enfants. Ce que je dis du volume est applicable à la forme. Le col, en devenant malade, conserve la forme normale ou la forme acquise par l'accouchement; de sorte qu'on tomberait également dans des erreurs graves si on voulait se guider d'après la forme pour établir son diagnostic. Quelquefois, cependant, ces caractères distinctifs n'existent pas, et l'on a besoin des renseignements de la femme pour ne pas se tromper.

Ce que je viens de dire n'est applicable qu'à l'hypertrophie de tout le col utérin; il en sera de même de ce que je vais ajouter. Le seul cas d'hypertrophie d'une des lèvres que j'ai observé n'a aucun rapport avec celle de tout le col. Je ne dirai rien de général sur elle; je rapporterai seulement une observation à la fin de ce paragraphe.

Le tempérament lymphatique m'a paru être seul la cause des hypertrophies du col que j'ai vues; au moins je n'ai pu trouver d'autre cause appréciable chez les malades.

Les signes de cette affection ont beaucoup d'analogie avec ceux des polypes et des corps fibreux de l'utérus; ils sont rationnels et sensibles. Les signes rationnels sont: un écoulement blanc, des pertes sanguines, des douleurs dans la région hypogastrique, des pesanteurs sur la vessie et le rectum, le dérangement des fonctions digestives, l'amaigrissement de tout le corps, et la coloration jaune de la peau, conséquence de tous ces accidents. Les signes sensibles s'obtiennent par le toucher et par la vue, mais surtout par le premier. En effet, comme je viens de le dire plus haut, la vue ne nous apprend pas positivement quelle est la différence de volume du col, puisque cette différence n'est relative qu'aux dimensions normale ou acquise de ce col. Cependant la vue sera très-utile en faisant reconnaître qu'il n'y a aucune altération dans la couleur du col, et que cette couleur, rosée comme celle du vagin, présente toujours une teinte égale. Le toucher, au contraire, nous faisant juger de la densité que cette partie a acquise, il nous conduit sûrement à reconnaître si le changement de volume supposé est réel. Aussi ai-je en ce moyen de diagnostic une très-grande

confiance : c'est lui qui m'a conduit à pratiquer, avec un succès complet, une amputation de col utérin; c'est lui qui m'a conduit à proposer cette opération à deux femmes qui depuis cinq années s'y refusent, et qui depuis cinq années souffrent constamment. L'une d'elles, qui a une maison de commerce assez considérable et qui faisait les affaires extérieures, a été obligée d'y renoncer et de se faire remplacer par un commis; l'autre, qui peut, par sa fortune, mener une vie douce, tranquille et sans aucune fatigue, ne doit sa santé qu'aux soins continuels qu'elle en prend. Chez ces deux femmes, il n'y a qu'un écoulement blanc; il a été teint de sang à plusieurs reprises, parce que des ulcérations étaient survenues au sommet du col; chez la femme dont j'ai coupé le col utérin, il y avait des pertes abondantes toujours précédées d'un écoulement blanc.

Le diagnostic de cette maladie demande une grande attention pour qu'elle ne soit pas confondue avec un cancer commençant ni avec le boursoufflement des lèvres du col. On ne la prendra pas pour un cancer, si on fait attention à la rénitence élastique que présente le col, et à sa couleur rosée et toujours égale. Quelquefois tous les points de la surface du col n'offrent pas absolument la même consistance, parce que, dans quelques points, les fibres musculaires qui le constituent semblent plus serrées que dans d'autres; mais jamais on ne trouve de ces bosselures à consistance très-variée, comme en offre le cancer. La couleur rosée plus ou moins foncée du col a une teinte égale dans tous les points de son étendue, et on n'y aperçoit pas de ces taches bleuâtres ou livides, qui sont presque le signe pathognomonique d'un cancer commençant. Quant au boursoufflement des lèvres du col, il suffit de l'avoir vu une fois pour ne pas commettre d'erreur : il présente une mollesse œdémateuse qui n'a aucun rapport avec la consistance de l'hypertrophie. Dans celle-ci, les tissus paraissent condensés; dans celui-là, ils semblent raréfiés.

L'anatomie pathologique nous fait voir que les cols hypertrophiés sont formés par le tissu musculaire utérin, dont les fibres ont acquis une consistance supérieure à celle qu'ils ont normalement, et quelquefois aussi un grand excès de longueur. Les deux observations que je donnerai à la fin de cette description contiennent l'exposé des altérations pathologiques des cols hypertrophiés.

Le pronostic de cette affection n'a rien de grave; l'ablation de la partie malade produit la guérison, et il n'y a pas de récurrence, au

moins je n'en ai pas vu chez la malade que j'ai opérée le 16 novembre 1840.

Le traitement de cette affection est simple; il consiste dans l'amputation du col, opération dont je parlerai dans le paragraphe suivant. Elle est, suivant moi, préférable à la cautérisation de la partie malade, parce que la profondeur de l'altération du tissu exigerait des cautérisations trop fortes, et qu'il y aurait à craindre une métrite ou une métrô-péritonite, dont les conséquences sont beaucoup plus graves que celles de l'amputation. J'ai eu connaissance d'un cas où la cautérisation avec le fer rouge, ayant été pratiquée fortement sur un col utérin probablement hypertrophié, puisqu'il présentait un point induré sans aucune altération de tissu, a été suivie d'une métrô-péritonite à laquelle la malade, femme très-jeune et très-bien portante d'ailleurs, a succombé.

1^{re} OBSERVATION. — *Hypertrophie du col de l'utérus et de saèvre antérieure.* — Une femme âgée de trente et un ans entre à l'hôpital Saint-Louis, le 12 novembre 1840, pour des pertes utérines. Elle a été réglée à l'âge de treize ans; elle s'est mariée à l'âge de dix-neuf ans. Elle a eu trois enfants; le dernier en l'année 1834. Jusqu'à cette époque, ses règles sont toujours venues régulièrement; mais depuis lors elles ont paru deux fois chaque mois, et elles ont toujours été précédées d'un écoulement blanc; la malade qualifie de pertes blanches et de pertes rouges abondantes ce double écoulement mensuel. La santé générale ne s'est pas altérée pendant trois ans; mais vers le printemps de l'année 1837, cette femme a éprouvé des douleurs lancinantes dans le bas-ventre, de la pesanteur dans les reins, et de la difficulté dans les garde-robes. Ces accidents, ainsi que les pertes blanches et rouges, ont toujours été en augmentant de jour en jour, et la malade, voyant survenir un amaigrissement progressif, consulta, au mois de mai 1840, un médecin qui reconnut un ulcère du col de l'utérus. En conséquence, il fit appliquer des sangsues et des ventouses; il fit pratiquer huit saignées à diverses reprises, fit prendre des boissons rafraîchissantes, et prescrivit des injections dont la malade ne connaît pas la nature. Ce traitement produisit d'abord quelque soulagement; mais bientôt tous les accidents reparurent. Ce fut alors que la malade se décida à venir à la consul-

tation de l'hôpital. Quand elle fut entrée dans mes salles, je l'examinai, et je trouvai le col utérin dans l'état suivant.

Le col me paraît un peu plus gros et un peu plus dur que dans l'état normal chez une femme qui a eu trois enfants; sa lèvre antérieure, pâle et très-consistante, fait au devant de l'orifice utérin une saillie considérable qui est de vingt-quatre millimètres; la lèvre postérieure, plus déprimée, est d'un rouge vineux et granuleuse; elle offre une rénitence inégale dans ses divers points, et elle a une longueur de dix-huit millimètres. Je juge d'après cela qu'il y a hypertrophie du col utérin avec densité de son tissu, et je pense que l'amputation est le seul moyen thérapeutique à mettre en usage. En conséquence, j'engage et je décide la malade à se laisser pratiquer cette opération. Après lui avoir fait subir les préparations convenables, je pratique l'amputation du col le 16 novembre.

La malade est placée sur un lit, les cuisses écartées et maintenues par des aides. J'introduis le speculum pour constater de nouveau l'état des parties, et quand je l'ai bien vu, je retire l'instrument. Je mets alors le doigt indicateur gauche dans le vagin, et je m'en sers pour conduire les pinces à crochets sur les lèvres du col. Comme ces lèvres sont de grandeur inégale, je crois convenable de les saisir séparément: en conséquence, je prends d'abord la lèvre antérieure, qui est la plus grosse; j'abaisse l'utérus, et je prends la lèvre postérieure. Quand le col est tiré hors de la vulve, je coupe la lèvre antérieure; deux artères donnent du sang: je les lie avec peine et mal. Je coupe de suite la lèvre postérieure, dont le sang sort en nappe. Dès que cette lèvre est enlevée, l'utérus, redevenu libre, reprend sa place normale. Je fais plusieurs injections d'eau tiède dans le vagin pour enlever les caillots de sang; mais, celui-ci continuant à couler abondamment, je crois devoir procéder au tamponnement. Alors je replace le speculum, et je le fixe solidement à un bandage de corps, au moyen de lacs de ruban; puis je le débarrasse de tout le sang qu'il contient au moyen de nouvelles injections, et je le bourre de charpie. J'ajoute des compresses et un bandage en T pour le mieux maintenir. La malade est remise dans son lit, les cuisses rapprochées, maintenues par une bande, et fléchies et soutenues par une alèze roulée.

L'examen des lèvres enlevées fait voir: 1° que la lèvre antérieure, plus dure, est composée de bandes fibreuses très-résistantes, et en-

tre-croisées vers le sommet de cette lèvre, comme les doigts des deux mains quand elles sont jointes; 2° que la lèvre postérieure, quoique moins dure au toucher que la précédente, est également formée de bandes fibreuses très-denses et entre-croisées comme les premières. Cette dissection me fait conclure que l'affection est simplement une hypertrophie des fibres musculaires des lèvres du col utérin, avec augmentation de densité.

Dans la journée, la malade se trouve assez bien; cependant elle éprouve des douleurs qui dépendent de la présence du speculum. Toute la charpie est traversée par le sang; alors jôte celle qui est extérieure et je la remplace par de la charpie sèche que je tamponne fortement. Dans la nuit, les douleurs produites par le speculum sont devenues tellement vives, que, le 17 au matin, je crois devoir le retirer. La malade est très-soulagée. Comme la perte de sang a été assez abondante pendant l'opération et après elle, je donne des bouillons. La journée se passe bien; mais vers minuit il survient une hémorrhagie abondante qui nécessite un nouveau tamponnement: dès qu'il est fait, le sang s'arrête.

Le 18, au matin, je trouve la malade pâle et décolorée; éprouvant des douleurs très-vives dans l'abdomen et dans la région de l'utérus. La moindre pression augmente beaucoup ces douleurs. Je ne pense pas devoir recourir aux émissions sanguines pour diminuer ces accidents, que j'attribue principalement à la présence du speculum. En conséquence, pour les faire cesser, je retire cet instrument. J'ordonne encore des bouillons. A neuf heures du soir, il survient une nouvelle hémorrhagie, plus abondante que celle de la veille, et, comme dans celle-ci, le sang coule en nappe. Un nouveau tamponnement est fait, et il arrête le sang.

Le 19, au matin, la malade est assez bien; elle ne souffre plus dans le ventre; elle n'éprouve d'autre gêne que celle produite par la présence du speculum. Je laisse le tamponnement, dans la crainte d'une nouvelle hémorrhagie, que je redoute beaucoup à cause de l'état de faiblesse de la malade. Je continue à la nourrir légèrement.

Le 20, je laisse le tamponnement, et je continue à soutenir par une alimentation modérée les forces de la malade, que les hémorrhagies successives ont beaucoup affaiblie.

Le 21, voyant que la charpie extérieure n'est nullement teinte de