

survient en général chez une femme présentant les symptômes de la métrite chronique, que le plus souvent il se fait par le vagin, à certaines époques, un écoulement plus abondant que d'habitude, lequel coïncide avec une diminution de volume de l'utérus et qui est dû à ce que l'oblitération du col n'est pas complète. L'accumulation de liquide qui se produit dans la cavité de l'amnios survient en général chez une femme bien portante, et les règles qui étaient régulières se sont supprimées brusquement. Ces phénomènes font penser au début d'une grossesse, et ce n'est que plus tard, vers quatre ou cinq mois, lorsque l'utérus n'a pas pris le développement qu'il doit avoir à cette époque, qu'on peut soupçonner l'existence de la maladie. L'absence des mouvements actifs de la part du fœtus et des signes fournis par l'auscultation du cœur fœtal, le développement de l'utérus qui n'est point en rapport avec l'époque présumée de la grossesse, doivent faire supposer que l'on a affaire à une môle.

§ IV. — Pronostic.

Les progrès graduels de la maladie font que l'utérus s'accoutume peu à peu à la présence du liquide, et ainsi les malaises éprouvés sont moindres. Si l'occlusion cervico-utérine est incomplète et permet l'issue d'une petite quantité de liquide, le péril est à peu près nul. Fernel rapporte un cas dans lequel le liquide était rendu tous les mois. Dans un autre, appartenant à Richard Browne et cité par Dugès, la conception eut lieu deux fois, et deux fois il se faisait alternativement une accumulation et une émission de liquide à des intervalles plus ou moins éloignés, sans que les grossesses aient été interrompues. Quand l'orifice utérin est complètement oblitéré, le pronostic est très grave, car si l'accumulation va toujours croissant, la rupture de l'utérus, la péritonite et la mort peuvent s'ensuivre, à moins qu'on n'ait recours à la chirurgie.

L'accumulation du liquide peut subsister très longtemps ou se reproduire quand l'évacuation a eu lieu; la durée et la persistance de la maladie s'expliquent facilement, si l'on veut bien se rappeler que l'hydrométrie dépend d'une métrite chronique.

§ V. — Traitement.

La première indication est de vider l'utérus. Si l'évacuation du liquide peut se faire spontanément dans un effort de toux, d'éternuement, les choses n'en iront que mieux; sinon on introduira dans la cavité utérine une canule ou une sonde, et on l'y maintiendra jusqu'à ce qu'elle soit vidée. Si le col est imperméable, il n'y a pas de doute sur l'opportunité qu'il y aura à le ponctionner avec un trocart ou avec un instrument analogue à celui dont se sert M. Stafford pour perforer

les rétrécissements de l'urèthre chez l'homme. Cette opération n'est pas exempte de danger, il peut en résulter une inflammation utérine; mais l'avenir réservé à la malade autorise le médecin à courir quelques risques. On a recommandé la ponction de l'utérus au-dessus du pubis, et Wirer a extrait de cette façon, de l'utérus d'une femme de cinquante-trois ans, 32 livres d'un liquide épais, et la malade se rétablit. Néanmoins nous croyons que ce procédé est plus hasardeux que le précédent. Fantonetti a réussi à vider l'utérus, en administrant l'ergot de seigle (1).

Après l'évacuation complète de l'utérus, on devra songer à prévenir cette sécrétion excessive de la muqueuse, ou au moins à empêcher l'accumulation du liquide, quelle qu'en soit la source. Astruc recommande dans ces cas les diurétiques, les purgatifs et les altérants.

Lorsque l'hydrométrie dépend de la métrite chronique, et que l'évacuation du liquide a été opérée, on ne doit pas oublier que c'est l'inflammation de la muqueuse qui est la cause de la maladie; c'est alors contre elle que nous devons diriger notre traitement à l'aide des moyens que nous avons indiqués quand nous avons étudié la métrite chronique; c'est surtout aux injections intra-utérines avec le nitrate d'argent, la teinture d'iode ou le perchlorure de fer que l'on devra avoir recours. Une révulsion opérée au niveau du sacrum sera quelquefois utile. On a encore préconisé des injections intra-utérines avec les eaux minérales ou astringentes. Il faudra veiller à l'état général de la santé; le grand air et l'exercice modéré seront en pareil cas du plus grand avantage.

Il y a peu à faire lorsqu'il existe une affection cancéreuse, mais on peut maintenir la perméabilité de l'orifice utérin en y passant de temps en temps une canule; on évitera ainsi les inconvénients graves produits par la distension. Il faut ajouter que beaucoup de cas de guérison ne sont pas dus à l'intervention médicale, car la maladie a guéri spontanément, ou elle a disparu lorsqu'est survenue une grossesse.

CHAPITRE XV

MÔLES (2)

La dénomination de *môles* a été donnée d'une façon très vague à toute masse informe rendue par l'utérus, qu'elle ait été constituée par

(1) Fantonetti, *Lond. Med. Gazette and surg. Journal*, 2 décembre 1837.

(2) Ruysch's, *Observations on surgery and midwifery*, 1751, p. 66, 73, 83, 141. — Manning, *On female diseases*, 1775, p. 367. — Lamzweerde, *Historia naturalis molarum uteri*, 1686. — Sandifort, *Obs. path. anat.*, lib. II, p. 78. — Haller, *Disput. med.*, t. IV, p. 715-745. — La Motte, *Traité des accouchements*, t. I, chap. VII. — Mauriceau, *Obs. sur les accouch.*, obs. 367. — Vigarous, t. I, p. 11. — Nauche, *Maladies propres aux femmes*, vol. I, p. 183. — Capuron, *Maladies des femmes*, p. 268. — *Lond. med.*

un caillot, par des tumeurs détachées ou par un produit de conception altéré.

Tant que l'on comprendra sous ce nom des choses aussi dissemblables, on ne peut rien dire de précis. Les auteurs français récents ont rejeté de cette dénomination tous les produits que nous venons de signaler et ont donné à ce mot une signification plus précise et plus intelligible.

On doit désigner, sous le nom de *môle* ou *faux germe*, une masse plus ou moins charnue, développée dans la cavité de la matrice et qui n'est autre chose qu'un produit de conception dégénéré.

On peut admettre aujourd'hui trois espèces de môles : 1° la *môle creuse* ; 2° la *môle charnue* ; 3° la *môle vésiculaire* ou *hydatiforme*.

Ces diverses variétés, bien que se présentant sous des aspects un peu différents, relèvent toutes d'une même origine, une altération du produit de la conception.

ARTICLE PREMIER

MÔLES CREUSES

Sous cette dénomination on n'entend pas comprendre une imperfection dans l'acte de la génération ; on veut dire que, la vie du fœtus ayant été anéantie, l'objet de la gestation a dégénéré. Dans la plupart de ces œufs avortés le fœtus manque tout à fait, il a probablement été dissous dans le liquide amniotique. On peut toutefois généralement reconnaître des vestiges du cordon ombilical attaché à quelque point de la surface interne de l'œuf. En outre, les membranes (chorion et amnios) peuvent encore être discernées ainsi que des traces du placenta. Toute la masse cependant aura tout à fait changé de volume, d'aspect et de conformation par suite de l'épanchement de sang et du dépôt de caillots qui se seront faits entre les membranes ou dans le placenta, par la décomposition de la lymphe, et quelquefois ces changements sont dus à la formation de nouvelles couches véritablement membraneuses (1). Ce sont ces modifications mêmes qui ont probablement causé la mort du fœtus. Nous pouvons aisément comprendre combien la vitalité est minime à cette période de la vie intra-utérine,

and phys. Journal, vol. II, p. 122. — Jærg, *Krankheiten des Weibes*, p. 562. — Siebold's *Frauenzimmerkrankheiten*, vol. II, p. 330. — Clarke, *Diseases of females*, vol. II, p. 116. — Baillie, *Morbid Anatomy*, p. 393. — Blundell, *Diseases of women*, 1836, p. 197. — Simpson, *On diseases of placenta* (*Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. I) et *Clinique obstétricale et gynécologique*, traduit par G. Chantreuil. Paris, 1874. — Boivin, *Nouvelles recherches sur l'origine, la nature et le traitement de la môle vésiculaire*. Paris, 1827. — Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833. — Dugès, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*. Paris, 1833, t. IX, p. 316, art. GROSSESSE.

(1) Granville's *Illustrations of abortion*, 1834, in-4°.

nous la voyons faillir sous l'influence de chocs moraux ou physiques, de troubles nerveux, ou bien encore elle succombe quand il existe quelque déviation dans la structure normale, par exemple une tumeur siégeant à l'insertion du cordon, ou bien lorsqu'on constate l'insertion funiculaire en un point où les villosités choriales manquent. Dans ces circonstances l'œuf n'est jamais gardé plus de deux mois. Si cependant il n'est pas expulsé, il peut dégénérer en une môle charnue (1). Il n'est pas toujours facile de distinguer un œuf dégénéré qui a été retenu dans l'utérus du produit d'un avortement récent, car dans ce dernier cas le fœtus peut manquer.

ARTICLE II

MÔLES CHARNUES

La môle charnue est probablement une transformation de la variété précédente. Elle est devenue plus dense, sa forme et sa texture moins bien définies. Les caillots et les dépôts paraissent s'être graduellement organisés.

Ces môles peuvent se montrer sous forme de masses solides, ou elles peuvent offrir une cavité centrale tapissée d'une membrane propre et dans laquelle on rencontre quelquefois des restes de liquide amniotique. On prétend que l'oblitération de cette cavité est due à la résorption du liquide ou à son issue à travers quelque fente de la membrane (2). Les môles solides sont généralement beaucoup plus volumineuses que les môles creuses et d'une forme plus irrégulière. Extérieurement elles sont raboteuses, compactes et lobulées : elles offrent une forme ovoïde ou sphérique, et quelquefois à leur surface on trouve une légère couche calcaire (Dugès). Les plus grosses môles ont le volume des deux poings ; si l'on examine la texture d'un peu près, on la trouvera solide, mais non pas dense, spongieuse comme le placenta, mais plus filamenteuse en certains points ; dans d'autres parties, on rencontrera des caillots fibrineux et aussi des portions de fœtus à l'une ou à l'autre extrémité. On a quelquefois, mais rarement, pu trouver les membres de deux fœtus. Il n'y a généralement qu'une seule môle ; s'il y a eu fécondation de deux œufs, si l'un des deux a péri, on trouve généralement l'autre sain et entier ; on a cité cependant des exemples de môle double existant en même temps dans l'utérus. Manning croit que les môles sont plus fréquentes au déclin de la vie, mais cette opinion diffère complètement de celle de la majorité des auteurs. On doit les distinguer avec soin des caillots, de polypes détachés, et on arri-

(1) Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. I, chap. VI, p. 275. — *Brit. and for. med. Review*, octobre 1839, p. 567.

(2) Méral, *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1819, t. XXXIV, art. MÔLE.

vera à ce résultat en y pratiquant une incision et en en examinant la structure (1).

Il y a une variété de môles qui mérite une mention spéciale. Elle est figurée par Th. Denman (2), Granville.

Il y en a une pièce au musée du collège des Chirurgiens de Dublin et une autre au musée W. F. Montgomery. La texture de l'œuf est beaucoup plus dense que de coutume, surtout dans la portion placentaire qui a perdu sa consistance spongieuse. Les membranes sont entières, et, lorsqu'on les ouvre, la surface placentaire est couverte de tubercules de grandeurs variables, depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une noix. Le cordon est inséré dans un de ces tubercules, et en conséquence le fœtus a succombé. La membrane interne paraît saine. D'après le peu de modifications qu'a subies cet œuf, nous pourrions hésiter à l'appeler une môle, si nous n'étions convaincu qu'il a été retenu dans l'utérus pendant un certain temps après la mort du fœtus. Le développement du fœtus n'est pas en proportion avec celui de l'œuf lui-même.

ARTICLE III

MÔLES VÉSICULAIRES OU HYDATIFORMES (3)

La môle vésiculaire ou hydatiforme, appelée aussi *môle hydatique*, *hydatides de l'utérus*, résulte, pour la plupart des auteurs, d'une hydro-pisie des villosités d'une partie ou de la totalité du chorion, lorsque ce chorion reste attaché aux parois utérines, après l'expulsion ou la mort de l'embryon.

Le nom d'*hydatides* de l'utérus, donné quelquefois à ces tumeurs, est impropre, et doit être rejeté, car il a l'inconvénient de laisser supposer que les vésicules peuvent être constituées par des hydatides vraies, c'est-à-dire être formées de kystes dus à la présence d'acéphalocystes.

La masse se compose d'un nombre considérable de grappes formées de grains vésiculeux qui ne communiquent point entre eux et qui varient en volume depuis un grain de millet jusqu'à celui d'un grain de raisin ou d'un œuf de pigeon.

On doit supposer que, après le troisième mois de la grossesse, cette dégénérescence des villosités n'est plus possible. En effet, le placenta étant formé à cette époque, les villosités du chorion deviennent vasculaires ou subissent l'atrophie.

Dans les grossesses doubles, un des produits de conception peut être remplacé par une môle vésiculaire, et dans ce cas l'expulsion a

(1) Burns, *Principles of midwifery*, p. 123 (*Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. V, p. 257).

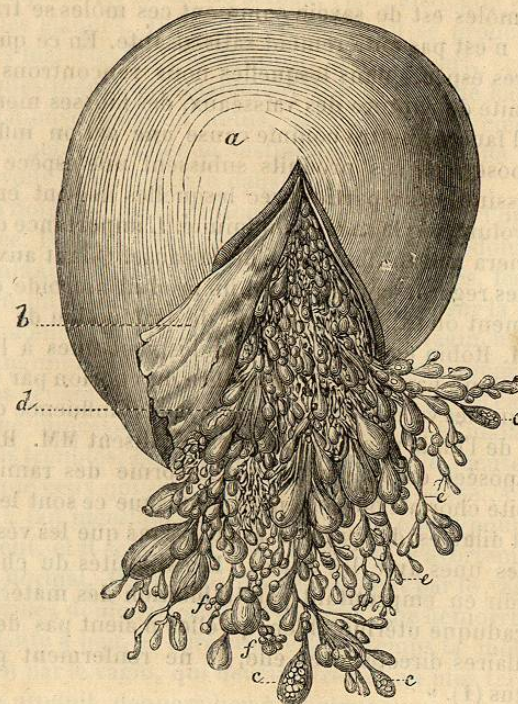
(2) Denman, *Introduction to midwifery*, 7^e édition, 1832, with plates.

(3) Dubreuil, *Revue médicale*, novembre 1831. — Wrisberg, *Nova Comm.* Gottingæ, t. IV, p. 73. — Leroy (de Nantes), *Nouveau Journal de médecine*, mai 1822.

toujours eu lieu avant le terme de la grossesse. Des exemples de cette nature, malgré leur rareté, ne peuvent cependant être mis en doute.

§ I. — Anatomie pathologique.

La première question qui se présente est intéressante au point de vue de la pathologie et aussi au point de vue de la médecine légale. Ces



Fochet. del.

Fig. 105. — Môle vésiculaire de madame Claire D., expulsée en totalité (*).

môles sont-elles un produit de conception, et, par conséquent, le résultat d'un rapprochement sexuel ?

Les môles vésiculaires sont véritablement la conséquence des rapports sexuels : elles sont des produits de conception avortés. En médecine

(*) Cette masse, du poids de 2 livres 9 onces, a conservé la forme de la cavité de l'utérus, où elle était renfermée. La môle, ouverte sur une portion de sa longueur, laisse échapper une certaine quantité des vésicules hydatiques qu'elle contient. Sur la coupe de la tumeur on distingue deux couches membraneuses : la première *a, a, a*, membrane externe utérine, analogue à l'épichorion ou *decidua*; la deuxième *b, b, b*, membrane fine, transparente, qui paraît être un débris du chorion; *c, c, c*, vésicules granuleuses; *d, d, d*, vaisseaux blancs, dont quelques-uns viennent s'ouvrir à la surface sous forme de bourgeons, et d'autres servent de pédicules aux globules qui les terminent; *e, e, e*, vésicules oblongues qui semblent être des vaisseaux déprimés ou dilatés; *f, f, f*, vésicules à bourgeons. (Voyez la description, page 42, et la note n° 1, page 64 de madame BOIVIN, *Nouvelles recherches sur l'origine, la nature et le traitement de la môle vésiculaire ou grossesse hydatique*. Paris, 1827.)

cine légale, il faut, cependant, ne pas oublier que cette opinion n'implique ni criminalité, ni incapacité de conception. Ainsi, une veuve peut avoir conçu pendant la vie de son mari; l'embryon meurt, mais l'œuf n'est pas expulsé. Il reste dans l'utérus fort longtemps après la mort du mari, et quand, enfin, il est rejeté, il ne faut pas que le moindre soupçon puisse atteindre la conduite de la veuve.

La seconde question qui se présente au point de vue de la pathologie de ces môles est de savoir comment ces môles se transforment.

La réponse n'est pas entièrement satisfaisante. En ce qui touche les deux premières espèces dans lesquelles nous rencontrons des caillots de sang par suite de rupture des vaisseaux, des fausses membranes, de la lymphe, il faut admettre comme cause une action inflammatoire. On peut supposer que ces produits subissent une espèce d'organisation qui les assimile aux parties avec lesquelles ils sont en contact et ajoutent au volume de la masse commune. L'importance de cette modification variera suivant l'intensité de la cause. Quant aux môles vésiculaires, on les regarde comme étant un produit morbide de l'amnios, et voici comment on explique ce mode de production de la maladie.

D'après MM. Robin et Littré, les vésicules sont dues à la dilatation des villosités d'une partie ou de la totalité du chorion par une sérosité claire, après que les vaisseaux ont disparu, sous l'influence de la destruction précoce de l'embryon. « Ces vésicules, disent MM. Robin et Littré, sont disposées en grappes ayant la forme des ramifications de chaque villosité chorionale ou placentaire, puisque ce sont leurs subdivisions qui sont dilatées d'espace en espace, sans que les vésicules communiquent les unes avec les autres. Les villosités du chorion continuent à grandir en empruntant par imbibition des matériaux de nutrition à la caduque utérine, bien qu'elles n'aient pas de communications vasculaires directes avec elle, et ne renferment pas de vaisseaux du fœtus (1). »

Cette manière de voir est la seule qui soit acceptée de nos jours, et il n'est plus possible d'admettre que ces vésicules soient dues à la présence de vers vésiculaires ou acéphalocystes; car, ainsi que le fait remarquer M. Joulin (2), les hydatides qui ne sont que des larves de ténias, et qui peuvent se développer dans les cavités closes ou dans l'épaisseur des organes, ne se développent jamais dans les cavités tapissées d'une membrane muqueuse en communication avec l'air extérieur, comme la cavité utérine.

La môle suppose donc toujours la nécessité de rapprochements sexuels, et l'expulsion d'une môle, dit M. Joulin, est la preuve que la femme qui la portait n'est pas vierge (3).

(1) Littré et Robin, *Dict. de méd.*, 14^e édit. Paris, 1878, p. 990, art. MÔLE.

(2) Joulin, *Traité complet d'accouchements*, 1867, p. 796.

(3) Joulin, *idem*, p. 797.

§ II. — Symptômes.

Pendant les premiers mois, les symptômes sont ceux d'une grossesse; les règles supprimées, l'abdomen augmente de volume et l'on sent une tumeur utérine; les seins se développent, les aréoles deviennent très marquées, et un fluide séreux, clair, analogue à du lait, est sécrété par les glandes. De temps en temps, il se produit de la salivation et des malaises dans la matinée; d'autre part, certains signes caractéristiques manquent totalement. Il n'y a pas de ballotement, il n'y a pas de mouvements du fœtus, pas de bruits du cœur du fœtus. Nous avons cependant entendu distinctement le souffle utérin, mais nous ne pouvons dire s'il existe dans tous les cas.

Vannoni a noté une double intonation de ce souffle: l'une rude, l'autre très douce. Dans la grossesse normale, le souffle doux prédomine, et quand l'enfant est mort ou dans les cas de môles, les deux bruits sont égaux en intensité et en durée (1). La pression sur la tumeur produit de la douleur, et il y a généralement par le vagin un écoulement séreux ou sanguinolent. Hildanus et Lhuillier ont rapporté des exemples de môles venant compliquer la grossesse; en pareil cas le diagnostic est presque impossible. En général, la santé de la malade n'éprouve pas de grands troubles, et les inconvénients qu'elle accuse ne sont pas plus graves que ceux qui sont produits par la grossesse. A un moment, qui est tout à fait incertain, la matrice fait un effort pour expulser ce qu'elle contient, et il se produit alors un travail d'avortement ou d'accouchement normal. Des mucosités s'échappent par le vagin, des contractions utérines douloureuses surviennent, une hémorrhagie plus ou moins abondante a lieu, et après un certain temps la môle est expulsée. L'examen par le vagin, qui devrait être fait au plus tard quand l'écoulement se produit, donnera lieu à quelques soupçons une fois que l'accouchement supposé est un peu avancé. Ainsi, au lieu de la tête, d'une extrémité ou du pelvis, on sent à l'ouverture de l'utérus une masse molle que l'on ne peut guère confondre avec les membranes. Jusqu'à ce qu'on puisse examiner les parties minutieusement, il est impossible de distinguer une môle du produit d'un avortement. Si, comme cela arrive quelquefois, cette masse est adhérente à l'utérus, le cas peut devenir sérieux; l'écoulement ne s'arrête qu'une fois que l'utérus est vidé. Dans certains cas, la sécrétion lactée se fait régulièrement après la sortie d'une môle; dans d'autres, il survient une petite fièvre accompagnée de douleurs dans l'hypogastre, et il faut avoir recours aux fomentations à l'extérieur, et à de légers purgatifs. L'âge auquel ces productions morbides se rencontrent généralement varie depuis le moment de l'établissement des fonctions sexuelles, jusqu'à

(1) *Revue médic.-chir.*, décembre 1848.

l'époque de la cessation des règles. Si les môles sont expulsées après cette période, on peut être sûr qu'elles avaient été engendrées antérieurement.

Les phénomènes révélés par un examen interne sont, à l'exception du ballonnement, ceux de la grossesse; le col utérin est diminué de longueur, et le corps est hypertrophié.

§ III. — Diagnostic.

1° A côté des ressemblances que nous venons de signaler, il y a entre les môles et la *grossesse* de nombreuses différences; ainsi la durée du développement abdominal au delà de la période de gestation fœtale; la disproportion entre le volume de la tumeur et l'époque correspondante d'une grossesse, ce qui, avec l'absence du ballonnement et des phénomènes stéthoscopiques, suffira pour faire reconnaître la nature de la tumeur. On a encore essayé de tirer de l'examen de l'abdomen et des seins d'autres caractères différentiels; mais, de l'avis de la plupart des auteurs, ces symptômes n'ont que peu de valeur.

Il y a cependant des observations qui méritent d'être citées. Manning dit que la santé des femmes est beaucoup moins troublée que dans la grossesse, et Nauche signale l'hémorrhagie accidentelle comme un élément important de diagnostic. Sir Clarke attache une grande importance à l'écoulement irrégulier d'un liquide aqueux, incolore, inodore, qu'il rapporte à l'ouverture d'une poche hydatique, et assurément l'écoulement d'un liquide sanguin ou séreux dans les cas où le souffle placentaire n'existe pas au niveau de l'utérus est très significatif. S'il n'existait qu'une seule poche hydatique, ce qui n'est pas rare, elle pourrait aussi être expulsée avec le liquide, et il ne reste plus alors le moindre doute comme diagnostic. Dans quelques cas, ce n'est qu'après la délivrance qu'on reconnaît la nature de la tumeur, et il en est toujours ainsi quand il y a eu à la fois grossesse et môle.

2° Avec la *physométrie*; dans le cas de môles, il n'y a point de résonance abdominale et la tumeur est beaucoup plus pesante.

3° Avec l'*hydrométrie*, le diagnostic est plus difficile; cependant, dans l'hydrométrie, l'accumulation de liquide forme une tumeur plus considérable et on peut sentir la fluctuation.

§ IV. — Traitement.

La découverte de la maladie ne sert qu'à faire surveiller de plus près les malades; car, à moins d'écoulement, il n'y a rien de rationnel à faire jusqu'à ce que les contractions utérines commencent. S'il y a des hémorrhagies fréquentes et abondantes, on pourra les arrêter par le tamponnement du vagin ou par des applications sur la vulve de compresses d'eau froide; ce moyen est-il trop lent, on administrera l'er-

got de seigle à petites doses; si ce moyen échoue encore, il faudra poser la question d'une intervention manuelle, savoir, si l'on doit provoquer le travail. Si la tumeur correspondait à une grossesse de sept mois, la main sera introduite dans l'utérus et la môle ramenée au dehors; mais si l'on est à une époque moins avancée, on courrait le risque de faire plus de mal en intervenant qu'en laissant la maladie à elle-même.

Si, pendant la formation de ces tumeurs, il ne survient pas d'hémorrhagie, il est probable qu'elle aura lieu au moment où les contractions utérines commenceront. Il faut agir alors comme dans les cas d'hémorrhagie avant l'accouchement: introduire la main pour aller détacher la masse des hydatides et les ramener au dehors. Un bandage sera ensuite appliqué, la malade sera traitée comme après un accouchement ordinaire, mais il faudra surveiller d'une manière spéciale les écoulements.

CHAPITRE XVI

HYPERTROPHIE DE L'UTÉRUS

L'hypertrophie vraie de l'utérus, celle qui consiste dans une augmentation de volume de l'organe, sans altération réelle de sa texture intime, est très rare. Le plus souvent la maladie décrite sous ce nom est le résultat d'une inflammation chronique de l'utérus et ne peut être alors considérée comme une hypertrophie véritable, puisque tous les éléments qui entrent dans la constitution de la matrice n'ont pas pris une part égale au développement de l'organe. Le nombre des cas d'hypertrophie diminuera, à mesure qu'on saura mieux les rattacher à l'inflammation chronique, dont ils sont presque toujours la conséquence.

Néanmoins, il est des cas où l'hypertrophie ne paraît pas dépendre manifestement de l'inflammation; ce sont eux qui feront l'objet de notre étude, et dès lors nous n'admettons pas cette variété d'hypertrophie qui ne porte que sur quelques-uns des éléments pathologiques de l'organe et que M. Courty désigne sous le nom d'*hypertrophie spéciale*, par opposition à celle qui atteint tous les éléments et qu'il appelle *hypertrophie commune*.

L'hypertrophie vraie, qui serait le résultat d'une nutrition anormale et trop active de l'organe, a été désignée par Scanzoni sous le nom de *primitive*, et par Aran sous celui d'*hypertrophie nutritive*.

L'hypertrophie peut être générale, c'est-à-dire étendue à tout l'organe, corps et col, ou bien partielle, c'est-à-dire bornée soit au corps, soit au col, soit à une partie du col. Nous étudierons successivement l'*hypertrophie générale*, puis celle qui siège sur la partie du col saillante dans le vagin, ou *hypertrophie sous-vaginale*, enfin celle qui occupe la