

M. Robert, les mémoires de MM. Boys de Loury et Costilhes, le traité de J.-H. Bennet. M. Bernutz, dans un travail inédit, a fait connaître des résultats très intéressants relatifs aux ulcérations syphilitiques.

On a longtemps regardé les ulcérations comme constituant une maladie toute spéciale, et l'on a beaucoup négligé l'état organique local auquel elles étaient liées la plupart du temps. M. Bennet a beaucoup fait, dans son *Traité de l'inflammation de l'utérus* pour démontrer que les ulcérations de la surface de la cavité du col utérin n'étaient qu'un des modes d'expression de cette dernière affection. C'est son opinion que nous partageons de tout point et que nous espérons achever de démontrer après lui.

Le *siège* primitif des ulcérations est, en général, à la partie extérieure du col et au pourtour de son orifice. C'est de là que, comme les granulations, elles s'irradient pour s'étendre peut-être à la membrane muqueuse de la cavité cervicale, car leur existence n'y a pas été positivement démontrée, et très certainement à celle de la surface extérieure du col.

Les ulcérations peuvent n'affecter qu'une des lèvres, et c'est alors plutôt la lèvre postérieure. Samuel Lair, Récamier, Marjolin sont les médecins qui admettent surtout l'existence de ces ulcérations sur la muqueuse de la cavité cervicale.

Les ulcérations varient en *profondeur* : tantôt ce sont de simples excoriations toutes superficielles ; d'autres fois elles semblent plus profondes, parce que les bords sont plus gonflés et plus saillants. L'ulcération n'atteint, en général, que la membrane muqueuse ; car, après leur cicatrisation, il ne reste jamais de dépression ni de cicatrice.

Les ulcérations sont, en général, couvertes d'une couche plus ou moins abondante de mucus ; elles saignent facilement. Le fond est tantôt lisse et comme tomenteux, d'autres fois le fond présente tantôt de petites saillies plus ou moins acuminées, tantôt des saillies plus considérables et plus arrondies, grosses comme des têtes d'épingle et présentant assez bien l'apparence de petits bourgeons charnus. Les ulcérations présentent quel-

quefois dans leur fond ou sur leurs bords de petites saillies d'un rouge plus ou moins foncé, constituées par des follicules muqueux enflammés, et dont on peut faire suinter un liquide en les comprimant.

Il est d'autres ulcérations qui sont larges, saillantes, d'un rouge foncé et d'apparence véritablement fongueuse.

Dans d'autres cas, les ulcérations sont grisâtres et reposent sur un tissu induré.

Il est une variété d'ulcérations à laquelle on peut donner le nom d'ulcérations *diphthériques*. Elles sont loin d'être communes ; mais elles présentent des caractères bien nets et bien tranchés. On ne peut en constater l'existence que dans la première période, alors que la fausse membrane blanchâtre ou blanc grisâtre est encore adhérente aux bords et au fond de l'ulcération. On ne peut l'en détacher sans lacérer un peu sa surface et ses bords, et sans la faire saigner. Il est probable que la fausse membrane précède l'ulcération, et que cette dernière est le résultat de sa destruction.

Les ulcérations diffèrent beaucoup sous le rapport du nombre et de l'étendue ; tantôt uniques, tantôt multiples, il n'y a rien de fixe sous ce rapport. Une ulcération unique mais très large peut être le résultat du développement en largeur d'une ulcération primitivement simple, ou de la réunion de plusieurs ulcérations isolées qui se sont étendues en largeur et ont fini par se confondre. Il est d'observation que les ulcérations simples sont, en général, d'autant plus superficielles qu'elles ont une surface plus large, et qu'elles sont d'autant plus profondes qu'elles sont plus petites. Ce fait souffre cependant beaucoup d'exceptions.

Le *tissu* utérin sur lequel reposent les ulcérations ne présente pas toujours les mêmes conditions. Quelquefois il est sain, et la perte de substance est le seul signe de l'inflammation de la membrane muqueuse. Ce cas est certainement le plus rare. La plupart du temps ce tissu est malade, et il présente une des altérations suivantes : congestion sanguine, engorgement hyper-

trophique, inflammation chronique avec induration, inflammation chronique avec ramollissement.

On peut distinguer plusieurs périodes dans l'évolution des ulcérations. La première période, ou période de formation, comprend leur origine, leur point de départ. Cette origine est multiple : tantôt elle succède au ramollissement inflammatoire de la muqueuse, dans d'autres cas à la destruction des granulations, quelquefois enfin à la chute d'une plaque diphthéritique. La deuxième période, ou période d'accroissement, comprend leur développement ; c'est celle pendant laquelle on les voit peu à peu s'étendre en largeur et en profondeur, et prendre tous les caractères qui les constituent. La troisième période, celle d'état stationnaire, dure quelquefois très longtemps. La quatrième période est celle de réparation ; elle comprend tout le temps pendant lequel des bourgeons charnus se forment, et diminuent peu à peu l'étendue et la surface de l'ulcération. Le terme de cette quatrième période est la cicatrisation, qui conduit à la guérison complète : la cicatrisation ne présente point de caractères saillants tant que l'ulcération n'a occupé que la membrane muqueuse ; il faut qu'elle ait été au delà, et qu'une partie du tissu même du col ait été détruite pour qu'une perte de substance succède à la cicatrisation.

M. Robert a réduit à quatre les principales formes que peuvent présenter les ulcérations du col de l'utérus. Ces quatre formes peuvent se résumer ainsi : 1° ulcères superficiels ou excoriations ; 2° ulcères granuleux ou bourgeonnés ; 3° ulcères fongueux ; 4° ulcères calleux. Nous en ajouterons une cinquième, les ulcères diphthéritiques ou pseudo-membraneux.

On a décrit des ulcérations spécifiques du col de l'utérus ; il s'agit d'examiner si elles ont des caractères particuliers. Les variétés suivantes ont été admises par un certain nombre d'auteurs :

a. Les ulcérations *dartreuses*. Si elles existent, elles ne possèdent pas d'autres caractères particuliers que de coïncider avec des éruptions cutanées.

b. Les ulcérations *scorbutiques* sont dans le même cas, leur existence est bien contestable.

c. Les ulcérations *scrofuleuses*, ou *tuberculeuses*, ont pour caractère de succéder à la fonte d'une ou plusieurs masses tuberculeuses développées dans l'épaisseur du tissu du col. Elles sont extrêmement rares, mais leur existence est mieux démontrée que celle des deux espèces précédentes.

d. Les ulcérations *diphthéritiques* présentent pour caractères d'être recouvertes d'une pellicule blanchâtre ou blanc grisâtre plus ou moins adhérente : elles sont assez rares. MM. Robert, Boys de Loury et Costilhes en ont cité des exemples ; j'en ai parlé plus haut.

e. Les ulcérations *syphilitiques* du col de l'utérus sont assez peu connues ; tous les auteurs sont cependant d'accord pour regarder l'ulcération syphilitique primitive, le chancre véritable, comme rare sur le col de l'utérus. Cependant les derniers travaux si importants de M. le docteur Bernutz sur les *affections syphilitiques du col de l'utérus* ont démontré que cette altération était plus fréquente qu'on ne le pensait. Ces ulcérations sont uniques ou multiples ; ces dernières peuvent se réunir. Elles sont irrégulières ; leurs bords sont taillés à pic, légèrement gonflés et entourés d'un liseré rouge vif qui circonscrit une surface d'un gris blanchâtre.

Les ulcérations syphilitiques existent, beaucoup moins souvent qu'on ne le pense, au-dessus d'un tissu induré. Elles perdent facilement, et en l'absence même de tout traitement, leurs caractères primitifs. On doit surtout à M. Gosselin d'avoir signalé cette particularité. Les ulcères présentent alors, tantôt les caractères d'une ulcération simple, tantôt ceux d'une ulcération fongueuse et saignante.

M. Gibert tend à penser que les ulcérations du col de l'utérus, que l'on observe chez des femmes affectées de syphilides ou d'autres accidents constitutionnels, sont de nature syphilitique.

M. de Castelnau enfin croit qu'il peut exister sur le col utérin

comme sur le gland des exulcérations syphilitiques superficielles, qui différencieraient des chancres huntériens en ce qu'elles ne sont pas inoculables et qu'elles ne donnent pas lieu non plus aux mêmes accidents consécutifs.

Quant à moi, une longue observation faite à l'hôpital de Lourcine me porte à admettre l'influence syphilitique. Je crois, en effet, que chez des sujets syphilitiques des ulcérations du col, en apparence simples et d'aspects divers, peuvent très bien être produites sous l'influence de cette cause spéciale. L'inoculation est le seul moyen de décider cette question de nature.

M. Bernutz, dans un travail encore inédit, est arrivé à des conclusions remarquables dont nous devons dire un mot ici.

L'utérus peut être le siège de manifestations syphilitiques fort diverses, qu'on peut diviser d'une manière plus ou moins légitime en trois espèces :

1° Les accidents primitifs, qui comprennent les diverses espèces de chancres et la balanite chancreuse ils sont tous inoculables.

2° Les accidents secondaires, qui comprennent les altérations suivantes et se montrent sur la membrane muqueuse du col, sont les plaques muqueuses, les végétations, les érosions, les diverses espèces de syphilides. Ils ne sont pas inoculables, quoiqu'ils puissent être contagieux.

3° Les accidents tertiaires comprennent les tubercules et les tumeurs gommeuses.

Nous ne dirons quelques mots ici que des accidents primitifs.

La balanite chancreuse est cet état dans lequel un ou plusieurs chancres se trouvent comme noyés et étouffés dans une inflammation d'une nature toute particulière qui, bien qu'accèssoire, donne à l'ulcération la physionomie propre qu'elle présente (1).

Les chancres présentent les espèces suivantes :

(1) Voyez dans notre atlas les figures représentant les *affections syphilitiques du col de l'utérus*, et dont nous devons la communication à notre ami et collègue M. le docteur Bernutz.

1° *Chancres huntériens*. — Ce sont les vrais chancres qui offrent les caractères classiques du chancre, l'induration, etc.; ils peuvent siéger à la surface du col ou sur la muqueuse même de la cavité cervicale.

2° *Chancres diphthéritiques*. — Ils sont de beaucoup les plus fréquents et se rencontrent dix-sept fois sur vingt-quatre; ils sont intéressants à étudier à cause des transformations multiples qu'ils peuvent présenter, ce qui peut conduire à de nombreuses erreurs de diagnostic. On y distingue plusieurs périodes: — *a*. Période initiale: il existe une large plaque d'un blanc opalin formée par la réunion d'un grand nombre de petites vésicules qui crèvent et laissent apercevoir la fausse membrane. — *b*. Période de progrès, qui consiste dans l'épaississement, dans la perte de transparence de cette fausse membrane qui devient en même temps saillante. — *c*. Période d'état: la fausse membrane se développe, prend une teinte jaunâtre et surplombe les bords rouges qui sont eux-mêmes plus saillants que la partie saine. — *d*. Période d'élimination: la fausse membrane, comme mamelonnée, se divise et tombe en fragments, laissant à nu une ulcération bourgeonnée pendant laquelle on peut encore obtenir l'inoculation. — *e*. Période de réparation: l'ulcération irrégulière, à contours nettement définis d'un rouge sombre, est hérissée de villosités ou de petits mamelons fongueux saignants et douloureux au toucher, puis ils diminuent et la cicatrisation s'effectue peu à peu. Les chancres diphthéritiques sont rarement indurés, et cependant ils peuvent s'inoculer, s'accompagner de bubons, et être suivis de tous les accidents consécutifs.

M. Bernutz a étudié avec soin le diagnostic de ces chancres diphthéritiques à leurs diverses périodes, nous ne pouvons le suivre ici dans cette étude.

3° *Chancres ulcéreux*. — Ce sont les plus rares; M. Bernutz en a observé un sur vingt-quatre. Ils se montrent spécialement autour de l'orifice utérin qu'ils érodent, qu'ils érodent, et, quand la guérison s'en est opérée, ils laissent cet orifice en infundibulum. Cette espèce se rapproche beau-

coup des chancres phagédéniques. Comme les précédents, ils sont inoculables.

§ 4. Changements dans le diamètre et la capacité de la cavité et des orifices utérins.

Ces changements sont le résultat constant de l'inflammation de la membrane muqueuse de la surface du col et de celle de sa cavité : ils consistent dans la dilatation des orifices et l'agrandissement de la cavité du col et du corps ; ils ont été bien étudiés par M. Bennet.

Toutes les fois qu'il existe une inflammation du pourtour de l'orifice du col, et, en même temps, de la cavité cervicale, l'orifice utérin est dilaté. Cette dilatation peut se faire de différentes manières ; tantôt la dilatation existant, les lèvres de cet orifice sont cependant appliquées l'une contre l'autre, et il faut ou l'introduction d'un corps étranger ou l'écartement des deux parties à l'aide d'un spéculum bivalve pour bien constater la dilatation dont il s'agit.

Dans d'autres cas la dilatation s'effectue spontanément, et la simple inspection au spéculum ordinaire montre le col dilaté et entr'ouvert ; quelquefois même la projection d'une lumière un peu vive permet d'apercevoir la surface de la partie ombreuse de la muqueuse cervicale.

La cavité du col utérin semble également se dilater sous l'influence de l'inflammation de la muqueuse qui la tapisse. Ce fait est cependant loin d'être aussi bien démontré que le précédent.

L'orifice interne de l'utérus, c'est-à-dire le rétrécissement qui sépare la cavité du corps de celle du col, ne se développe que consécutivement à l'inflammation de la muqueuse du corps utérin lui-même ; celle de la cavité cervicale semble le respecter et n'exercer aucune influence sur lui.

Un dernier fait à signaler relativement aux orifices de ces cavités, c'est que l'un et l'autre sont à peu près toujours remplis par les sécrétions morbides que fournit la surface muqueuse.

§ 5. Sécrétions morbides de la membrane muqueuse de l'utérus,

Les sécrétions fournies par les diverses parties de la membrane muqueuse qui tapisse le corps, l'intérieur et la surface du col utérin, sont loin d'être toujours de même nature. J'ai fait connaître, il y a quelques années, à la *Société médicale des hôpitaux* des résultats assez curieux touchant la nature de ces sécrétions ; je me bornerai à donner ici un résumé rapide de ces faits.

On peut admettre quatre variétés de sécrétions morbides. Ces quatre variétés sont les suivantes :

1^o Mucus transparent ;

2^o Mucus opalin ;

3^o Mucopus ;

4^o Mucus purulent.

1^o *Mucus transparent.* — Ce mucus est clair, transparent, parfaitement limpide, filant, et d'une grande viscosité.

Examiné au microscope on n'y aperçoit rien, ou bien quelques cellules rares et disséminées d'épithélium.

L'analyse y démontre de l'eau, de la mucine en quantité notable, et quelques sels.

Ce mucus est-il analogue au mucus normal qui lubrifie la membrane muqueuse utérine, ou mieux est-il ce mucus lui-même simplement augmenté de quantité ? On ne saurait répondre à cette question ; ce que l'on sait seulement c'est que, lorsqu'il existe en quantité anormale, il devient un produit pathologique.

Le mucus visqueux et transparent se produit fréquemment sous l'influence d'une inflammation chronique des tissus du corps ou du col utérin ; inflammation non accompagnée d'une lésion analogue de la muqueuse qui les tapisse. On peut alors considérer ce mucus comme produit par les follicules muqueux encore à l'état normal, il est vrai, mais irrités et conduits à une sécrétion plus abondante par le voisinage de l'inflammation chronique du tissu utérin. Si la membrane muqueuse

était malade, on aurait un mucus altéré d'une tout autre nuance, et le mucus transparent serait mélangé de l'un des liquides nouveaux.

2° *Mucus opalin légèrement lactescent.* — Ce mucus est clair, peu visqueux, peu opaque, filant modérément; il ressemble à du lait étendu d'une très notable quantité d'eau. L'examen microscopique y fait paraître les éléments suivants: 1° de nombreuses cellules d'épithélium; 2° des globules graisseux nombreux. L'analyse chimique y démontre de l'eau, des sels, et de la mucine (en quantité assez faible), absolument comme dans le cas précédent; il y a de plus une petite quantité de graisse.

Ce liquide constitue le caractère anatomique de la *leucorrhée* simple ou, comme on l'appelle, des *flueurs blanches*. C'est un flux proprement dit, une simple exagération de la sécrétion de la membrane muqueuse du corps, du col, ou du vagin lui-même; il n'implique en aucune manière l'existence d'une phlegmasie quelconque de la membrane muqueuse. Il annonce seulement une *desquamation* épithéliale beaucoup plus abondante.

3° *Muco-pus.* — Le muco-pus de la muqueuse utérine est très analogue au produit semblable que l'on trouve sur les autres membranes muqueuses. C'est un liquide épais, visqueux, filant, variant assez de couleur, en général opaque, et pouvant être tantôt blanc, tantôt jaunâtre, quelquefois verdâtre.

A l'examen microscopique on trouve: 1° de nombreux globules de pus; 2° quelques granules protéiques; 3° un certain nombre de cellules épithéliales; 4° un très petit nombre de globules de graisse.

Le muco-pus contient de l'eau, de la mucine en quantité un peu considérable, quelques sels, et un peu de graisse.

Ce muco-pus, agité avec de l'eau avec force et filtré, laisse passer un liquide dans lequel on ne trouve la plupart du temps qu'une très faible quantité d'albumine et quelquefois pas du tout. C'est une circonstance importante, et qui a une certaine valeur séméiologique.

Le muco-pus est, en effet, le produit d'une inflammation

chronique de la muqueuse utérine du corps ou du col; inflammation accompagnée ou non de la production de granulations.

J'insisterai sur la faible quantité ou même l'absence d'albumine dans le muco-pus, parce que cette absence indique qu'il n'y a pas de pus proprement dit, et, par conséquent, pas d'ulcérations.

4° *Mucus purulent.* — Le mucus purulent est tout simplement du muco-pus mélangé étendu, et on pourrait peut-être dire dilué dans une certaine quantité de pus. Le muco-pus est sécrété par la muqueuse enflammée ou granuleuse, et le pus est fourni par la muqueuse du corps ou du col ulcérée, ou simplement excoriée. Voici quelle est sa valeur; aussi est-il important de reconnaître la nature de ce liquide.

Le mucus purulent est plus liquide, moins consistant que le muco-pus; sa couleur est toujours jaunâtre ou jaune verdâtre; sa quantité est toujours un peu plus considérable que s'il n'existait pas d'ulcération.

Au microscope, le mucus purulent présente les mêmes éléments histologiques que le muco-pus; c'est-à-dire, globules de pus, cellules épithéliales, granules, et quelques globules graisseux.

L'analyse chimique y démontre de la mucine en quantité moindre que dans le muco-pus, de la graisse en quantité beaucoup plus notable, de l'eau, des sels; mais surtout de l'albumine, également en quantité notable et en beaucoup plus forte proportion que dans le muco-pus. On reconnaît ce dernier élément en traitant le mucus purulent par l'eau; agitant un peu longtemps et filtrant. L'eau filtrée contient une certaine quantité d'albumine que la chaleur et l'acide démontrent.

La présence de l'albumine en quantité notable est, ainsi que je viens de le dire, la preuve qu'il existe une ulcération ou une excoriation de la membrane muqueuse de la surface du col, ou de sa cavité.

§ 6. Résumé de l'anatomie pathologique de la congestion et de l'inflammation de l'utérus.

Les lésions anatomiques diverses, que nous venons d'étudier d'une manière isolée, se groupent cependant presque toujours plusieurs ensemble, de manière à constituer des maladies proprement dites. Nous allons essayer de montrer de quelle manière ces lésions peuvent se combiner ensemble. Nous résumerons ainsi, en quelques mots, la longue étude anatomo-pathologique que nous venons de faire de la congestion et de l'inflammation de l'utérus.

1° *Congestion utérine.* — Simple accumulation de sang, et stase à un certain degré de ce liquide dans le tissu de l'utérus. Elle amène la tuméfaction, la rénitence et la rougeur du tissu qui en est le siège. Elle est souvent le premier degré : 1° de l'engorgement hypertrophique ; 2° de l'inflammation aiguë ; 3° de l'inflammation chronique.

2° *Mérite aiguë.* — Elle occupe le tissu du corps ou celui du col, ensemble ou isolément. Elle se produit sous deux formes, qui sont : 1° une mérite aiguë avec exsudation séro-fibrineuse dans les mailles du tissu enflammé ; 2° une mérite aiguë avec exsudation purulente et destruction partielle ou absolue du tissu malade.

Ce pus se montre à l'état d'infiltration ou de petites collections purulentes. Ces collections sont quelquefois confondues ou mélangées avec les lésions caractéristiques de la phlébite ou de la lymphangite utérine.

3° *Mérite chronique.* — La mérite chronique se montre sous deux formes : 1° inflammation chronique avec induration. Cette induration est due à une exsudation fibrineuse interstitielle, qui étouffe et atrophie une partie du tissu utérin ; 2° inflammation chronique avec ramollissement. Ce ramollissement est dû à l'infiltration du tissu malade par un liquide séro-fibrineux déposé lentement et produisant également la

destruction d'une partie du tissu utérin. C'est cette deuxième variété à laquelle on donne le nom d'*état fongueux*.

On peut considérer comme une troisième variété l'engorgement hypertrophique, constitué par la double hypertrophie du tissu musculaire et des vaisseaux capillaires de la partie malade de l'utérus.

4° *Mérite catarrhale.* — Elle peut être aiguë ou chronique. Ses caractères sont : 1° l'injection avec épaissement et ramollissement ou induration de la membrane muqueuse ; 2° le développement de granulations, qui ne sont autres que des follicules muqueux enflammés et hypertrophiés ; 3° des excoriations ou des ulcérations qui peuvent présenter des caractères très divers ; 4° la dilatation de l'orifice du museau de tanche, et, dans le cas d'inflammation de la membrane muqueuse de la cavité du corps, la dilatation de l'orifice interne de l'utérus.

§ 7. Lésions phlegmasiques des organes ou des tissus en rapport immédiat avec l'utérus.

On rencontre assez fréquemment des lésions phlegmasiques dans les cas si nombreux d'inflammations du corps ou du col de l'utérus. Ces lésions ne se montrent guère toutefois que dans les cas de mérite aiguë, ou dans les mérites chroniques ayant succédé à un état aigu. Dans les inflammations du corps et du col utérin, qui surviennent ainsi d'emblée d'une manière aiguë, il est beaucoup plus commun encore de trouver ces altérations phlegmasiques.

Voici quelles sont ces lésions que nous nous bornerons à énumérer ici, leur description devant être donnée plus loin avec des détails suffisants :

1° Inflammations du tissu cellulaire péri-utérin, caractérisées, soit par un engagement inflammatoire simple, soit par une infiltration purulente de ce même tissu, soit par un véritable abcès.

Ces inflammations péri-utérines se montrent de préférence dans les deux parties suivantes : *a.* tissu cellulaire situé dans l'épaisseur des ligaments larges ; *b.* tissu cellulaire de la paroi recto-utérine.

2° Inflammation d'un ou des deux ovaires.

3° Inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque droite ou gauche.

On peut encore signaler, parmi les lésions phlegmasiques des tissus voisins, mais se présentant beaucoup plus rarement que les précédentes, les altérations suivantes :

a. Inflammation du corps ou plutôt du col de la vessie.

b. Vaginité aiguë ou chronique : elle peut précéder ou suivre l'affection utérine, ce qui est fort différent.

c. Inflammation du rectum.

d. Péritonites circonscrites et adhérences péritonéales.

ARTICLE IV. — Lésions spéciales de l'utérus.

A. LÉSIONS HÉMORRHAGIQUES. — Lorsque l'utérus est le siège d'une hémorrhagie, on doit admettre que, dans la grande majorité des cas, le tissu de l'utérus et la membrane muqueuse qui tapisse sa face interne sont parfaitement sains. Dans quelques cas, ces parties sont le siège d'une congestion sanguine plus ou moins forte ; c'est ce qui arrive quand l'hémorrhagie s'est produite d'une manière aiguë, a été immédiatement considérable, et a amené la mort en peu de temps à la suite d'accidents divers. Dans d'autres cas, il y a décoloration, anémie du tissu et de la membrane muqueuse ; c'est ce qu'on observe surtout quand l'hémorrhagie a duré très longtemps sans être considérable, et a amené la terminaison fâcheuse par un appauvrissement considérable de sang.

On peut enfin trouver le tissu utérin avec ses caractères normaux.

L'autopsie peut révéler, dans le cas d'hémorrhagies utérines, d'autres altérations qui sont les suivantes :

1° Déchirures, ruptures vasculaires.

2° Hémorrhagies interstitielles, véritables apoplexies capillaires du tissu utérin.

Cette dernière lésion est fort rare, et nous n'en connaissons

aucune description bien faite. On n'a guère signalé ces apoplexies capillaires que dans quelques cas d'hémorrhagies constitutionnelles, ou bien dans quelques scorbut.

Nous pouvons ranger dans les lésions hémorrhagiques l'hématocèle *rétro-utérine*, maladie bien étudiée dans ces derniers temps, et qui consiste dans la production d'une hémorrhagie parfois très considérable, quelquefois mortelle, qui se produit soit dans le tissu cellulaire qui sépare l'utérus du rectum, soit dans le cul-de-sac péritonéal utéro-rectal. Nous aurons soin de décrire avec détail cette maladie.

B. LÉSIONS DE NUTRITION. — L'utérus présente les caractères de l'hypertrophie ou de l'atrophie ; il est plus fréquemment encore, peut-être, le siège de productions nouvelles : tumeurs fibreuses, tubercules, cancer.

Hypertrophie du tissu utérin. — Considérée en dehors de la grossesse, l'hypertrophie du tissu utérin n'est point un fait très rare. Cette lésion est caractérisée par les modifications organiques suivantes : — a. Création de tissu musculaire de formation nouvelle, c'est-à-dire adjonction de fibres musculaires à celles qui existaient déjà. — b. Création de vaisseaux de nouvelle formation ; ces modifications amènent une augmentation de volume de la partie malade.

Souvent ces hypertrophies sont générales. Elles sont rarement partielles dans le corps et dans le col ; il est assez fréquent de voir l'hypertrophie limitée à une des lèvres du museau de tanche, et préférablement à la postérieure.

Ces hypertrophies se produisent dans trois circonstances bien différentes qui sont les suivantes :

1° A la suite de congestions sanguines répétées, soit dans le corps, soit dans le col de l'utérus. Ces congestions semblent activer la nutrition du tissu et déterminer ainsi la création de tissu musculaire nouveau et de vaisseaux de nouvelle formation.

2° A la suite d'inflammation chronique de durée longue, et dont le traitement a été négligé ou suivi avec mollesse et négligence. Dans ce cas, le tissu hypertrophié est plus dur et plus