

au-dessous est un derme bien organisé, dans lequel M. Lebert admet des papilles. Il y signale même, lorsqu'il y a de la graisse dans les kystes, des glandes sébacées avec leur conduit excréteur et des glandes sudoripares.

d. Composition du contenu du kyste. — Il y a de la graisse, qui constitue quelquefois la masse presque totale, et qui se présente au microscope sous forme granuleuse ou vésiculeuse, mais jamais avec des cristaux gras; mêlée aux poils, elle donne naissance à un mélange spécial de ces deux productions, que Rokitansky appelle *globes pili-graisseux*.

e. Caractères des dents. — L'implantation des dents est variable. Elle a lieu tantôt dans un os, tantôt dans des parties molles, parfois même elles sont libres. — Ces dents, d'après M. Lebert, sont un produit de sécrétion des parois du kyste, lequel s'est lui-même formé accidentellement sur place: telle est la doctrine de M. Lebert. Je ne puis que dire, avec M. Houël, qui a très bien discuté cette question dans son ouvrage (1), que tout en s'appuyant sur des faits vrais et incontestables, que la doctrine de M. Lebert semble forcée dans son ensemble, car on ne comprend que difficilement cette production sur place d'une membrane aussi complexe que la peau. La plupart des faits invoqués par M. Lebert pourraient même être retournés contre lui.

M. Pigné a publié quelques détails intéressants relatifs aux kystes pileux des ovaires. Sur 18 observations de ces kystes qu'il a compulsés, 5 ont été trouvés chez des filles vierges n'ayant pas douze ans; 6 chez des jeunes filles de six mois à deux ans; 4 chez des fœtus femelles arrivés à terme; enfin, 3 chez des fœtus avortés au huitième mois (2).

Ces faits ne concordent guère avec la doctrine de M. Lebert, car il faudrait que son hétérotopie plastique se fût produite pendant la vie intra-utérine, ce qui est assez difficile à admettre. Du reste, M. Pigné a conclu, dans son travail, que tous les

(1) Houël, *Manuel d'anatomie pathologique*, 1857, 1 vol. gr. in-18, p. 651.

(2) *Bulletins de la Société anatomique*, 1846, t. XXI, p. 200.

kystes pileux, pili-graisseux ou pili-dentaires, reconnaissent pour cause l'inclusion, tandis que dans la conception extra-utérine, il y a momification du fœtus et les éléments restent reconnaissables.

SECTION VI.

DE QUELQUES AFFECTIONS DES TROMPES.

La plupart des maladies des trompes ne sont que des affections consécutives et résultant de l'extension des lésions organiques des parties voisines. Ainsi le cancer des trompes, qu'on a quelquefois observé, n'existe jamais seul, il est toujours la conséquence de l'extension du cancer, soit de l'utérus, soit des ovaires. Il est évident que nous ne devons pas nous occuper de telles affections, dont les symptômes disparaissent devant les phénomènes morbides, graves, des lésions organiques primitives. Je vais parler simplement du *rétrécissement* et de la *dilatation des trompes*, et des *kystes tubo-ovariens*.

Rétrécissement des trompes.

Le rétrécissement et l'oblitération des trompes s'observent quelquefois chez les femmes âgées, à la suite de l'atrophie sénile que subissent tous les organes génitaux internes de la femme. — Les inflammations aiguës et chroniques de l'utérus, les phlegmasies du péritoine, peuvent, chacune de leur côté, se propager à l'extrémité de la trompe avec laquelle elles sont en rapport, et en déterminer souvent le rétrécissement ou l'oblitération. Si la maladie s'est propagée des deux côtés, il en résulte une stérilité complète de la femme. Le rétrécissement et l'oblitération des trompes sont beaucoup plus communs à l'extrémité de cet organe, la plus voisine de l'utérus, ce qui est sans doute dû à l'étroitesse du canal de cet organe. — Aucun autre signe ne peut annoncer pendant la vie l'oblitération des trompes que la stérilité, encore faut-il que la lésion anatomique soit double.

Dilatation des trompes.

Mon beau-frère, M. le docteur Menière, m'a communiqué un cas des plus curieux de dilatation des trompes. J'ai fait graver le dessin (pl. XVII) qu'il a bien voulu me confier, et je me borne à transcrire la note qu'il y a jointe.

« Une femme de trente-six ans, morte des suites d'une pleuro-pneumonie et observée par moi pendant une quinzaine de jours, m'avait donné sur sa santé générale les renseignements suivants.

» Réglée à seize ans et toujours bien, elle se maria à vingt et un ans; devenue enceinte presque aussitôt, elle accoucha à terme et fort heureusement; mais le troisième jour de ses couches, elle fut prise d'accidents inflammatoires très aigus, lesquels, d'après son récit, semblent se rapporter à une métrite-péritonite pelvienne. La maladie fut combattue énergiquement par les émissions sanguines, et la convalescence ne tarda pas à se déclarer; mais les règles ne revinrent pas à l'époque accoutumée, et depuis lors elles n'ont jamais reparu. Il y avait tous les mois des accidents de congestion sanguine dans le bas-ventre, mais rien ne paraissait, si ce n'est un flux leucorrhéique assez abondant. Jamais aucun signe de grossesse ne s'est manifesté depuis. Cette femme me disait que sa maladie, suite de couches, avait changé son tempérament.

» Des questions plus positives sur ce point délicat n'amenèrent aucun éclaircissement.

» J'avais noté avec soin ces particularités, voici le résultat de la nécropsie.

» L'utérus, un peu plus volumineux que dans l'état de vacuité, est retenu dans le fond de l'excavation pelvienne par des adhérences qui l'enclavent du côté gauche. La face postérieure est libre, mais elle est entourée par deux corps saillants cylindriques, flexueux, qui ont presque le volume du pouce; il me fut aisé de reconnaître que ces corps étaient constitués par les deux trompes dilatées, contenant un liquide brun, visqueux,

inodore, et coulant à peu près comme pourrait le faire un sirop de médiocre consistance. Les deux pavillons de ces trompes distendues étaient complètement oblitérés, et avant de les avoir ouvertes, il m'avait été impossible de vider ces cavités; même en les comprimant avec force, rien ne s'en échappait, ni dans le bassin, ni dans la cavité du corps de l'utérus.

» Ce fait d'anatomie pathologique fut dessiné aussitôt par le docteur Carswell, dont l'habileté en ce genre de travail avait peu de rivaux. Je puis ajouter que j'en ai observé deux autres cas fort analogues, dans des circonstances à peu près semblables, et qui ont été également dessinés d'après nature par ce même médecin distingué. J'ai su de lui que son attention, éveillée par ces faits remarquables, l'avait conduit à constater des altérations du même genre chez de vieilles femmes mortes à l'hospice de la Salpêtrière. Je retrouve dans mes notes des réflexions inspirées par l'histoire de la malade dont je viens de parler. La stérilité absolue s'observe assez souvent chez des femmes qui, après être accouchées une ou plusieurs fois, éprouvent des accidents inflammatoires dont le siège se trouve dans l'excavation du bassin. Il est permis de penser que le mode d'altération observé chez ma malade est la cause la plus efficace de cette stérilité. La trompe oblitérée adhérente à la face postérieure de l'utérus ne peut plus se trouver en rapport avec l'ovaire, il n'y a plus de fécondation possible; car, quel que soit le rôle qu'on attribue à la trompe, elle doit toujours servir d'intermédiaire entre l'ovaire et la cavité utérine.»

Je dois à l'obligeance de M. le docteur Béraud une observation analogue, et comme le fait m'a paru important, j'ai fait graver le dessin qu'il a bien voulu me confier (voy. pl. XVIII). Voici la description de la dilatation des deux trompes:

« Le 6 février 1855, dit M. Béraud, on apporte dans mon cabinet, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, une femme âgée d'environ soixante ans; elle est très maigre, bien constituée d'ailleurs. Pendant le cours de la dissection, je m'aperçois qu'elle offre une altération des trompes. J'enlève avec précau-

tion tous les organes génitaux internes, et je prie M. le docteur Brand de les dessiner (pl. XVIII).

» Nous constatons que les deux trompes sont altérées. La *trompe droite* est renflée, piriforme, à grosse extrémité externe et à petite extrémité du côté de l'utérus. Cette dilatation a le volume d'un œuf de pigeon; sa consistance est molle, fluctuante, et en inclinant à droite et à gauche, on voit manifestement qu'il y a du liquide dans cette poche. Sa direction sur le cadavre est celle de la trompe, c'est-à-dire horizontale et de dedans en dehors. Son extrémité externe, celle qui est la plus dilatée, est en rapport avec l'ovaire droit, dont on constate les vestiges avec peine, tellement il est atrophié. L'extrémité interne (pl. XVIII, L) de cette dilatation, facilement reconnue par le refoulement du liquide dans ce point, se trouve située vers la réunion du tiers interne avec les deux tiers externes de la trompe, précisément dans le point où la trompe est naturellement rétrécie et où j'ai souvent constaté la présence d'une valvule. Cette extrémité se termine en s'effilant par un cul-de-sac dont le volume ne dépasse pas de beaucoup le volume de la trompe à l'état normal (pl. XVIII, E).

» Après avoir constaté ces caractères extérieurs, nous ouvrons la trompe. Le liquide est rouge, sanguinolent, très fluide; il n'offre rien de particulier à l'examen au microscope. Du reste, il nous paraît altéré par le liquide que l'on a injecté pour conserver le cadavre.

» Nous examinons attentivement la grosse extrémité de la dilatation, celle qui correspond au pavillon de la trompe, afin de découvrir comment elle s'est formée. Nous voyons que le bord libre du pavillon a contracté adhérence, et qu'il forme avec le tissu cellulaire voisin un magma dans lequel on ne reconnaît pas les tissus primitifs. Le bord libre du pavillon est fermé comme les valves d'une coquille, et dès lors on peut en inférer que c'est la muqueuse elle-même qui a contracté adhérence. Nous voyons très nettement que l'ovaire n'est pour rien dans le mécanisme de cette oblitération. Cet organe est, en

effet, au moins à 1 centimètre en avant de cette grosse extrémité de la trompe (pl. XVIII, K).

» Les parois de cette portion dilatée de la trompe ne sont pas épaissies. La muqueuse qui les tapisse offre tous ses caractères normaux, ses plis, sa couleur, etc.; elle ne présente pas les traces d'une inflammation soit récente, soit ancienne.

» En ouvrant la partie de la trompe qui ne participe point à la dilatation, on trouve qu'elle n'a aucune altération, et que son orifice utérin était comme à l'état normal.

» La *trompe gauche* (pl. XVIII, D) était le siège d'une dilatation exactement semblable, au volume près, qui est moins considérable. Le siège de la dilatation, son étendue, ses rapports avec l'ovaire gauche, sont les mêmes qu'à droite. La petite extrémité se termine aussi à la réunion du tiers interne avec les deux tiers externes de la trompe (pl. XVIII, M). L'ovaire était encore plus atrophié que du côté droit (pl. XVIII, I).

» L'utérus est déformé (pl. XVIII, A); son corps est triangulaire, et ses dimensions transversales sont agrandies. Sa cavité contient trois polypes muqueux: deux sont situés (pl. XVIII, N, O) à l'entrée et un peu au-dessous de l'ouverture de chaque trompe; le troisième, dont le volume égale celui d'une noix, existe à l'extrémité inférieure de la cavité utérine. Une oblitération complète existe entre la cavité du corps et la cavité du col utérin. Cette dernière cavité est très dilatée, quoique raccourcie; son orifice vaginal est dans le même état de dilatation.»

Si des faits de ce genre se rencontraient sous la main de nos médecins physiologistes et des médecins qui ont consacré tant de soins et d'efforts à fonder la doctrine de l'ovulation, nul doute qu'on n'en tirât un excellent parti, car il y a là une véritable expérience tendant à interrompre la continuité de fonctions entre les parties les plus importantes de l'appareil génital interne. Que deviennent en pareil cas les fonctions de l'ovaire, cet organe principal, qui a le privilège de *l'impetum faciens*? A quel rôle est-il réduit? Comment se développent les ovales?

Jusqu'où va leur formation? Quelle est leur destinée? Tombent-ils dans le bassin? Là se perdent-ils comme ces produits amorphes à qui la vie n'a pas été transmise? Déterminent-ils sur les points avec lesquels ils se trouvent en contact des phénomènes spéciaux?

On pourrait multiplier ces sortes de questions; mais en l'absence de tout élément d'une réponse valable et fondée, il vaut mieux s'abstenir et attendre de nouvelles recherches.

Kystes tubo-ovariens.

M. le docteur A. Richard a publié (1) plusieurs cas intéressants, qui constitueraient une espèce particulière de kyste.

Les faits qu'il a rapportés démontrent que les kystes de l'ovaire peuvent s'ouvrir dans l'utérus par la trompe. — Mais après avoir reçu le liquide kystique, la trompe continue de subir un travail pathologique, son calibre augmente, ses dimensions en longueur sont presque doublées, ses parois sont épaissies; les plis si nombreux et si persistants de sa muqueuse se sont en partie effacés. Ce travail ne peut qu'augmenter, et il finit par empiéter sur la partie interne de l'oviducte.

Mais en même temps que la trompe subit cette altération, le kyste ovarique primitif continue de sécréter du liquide; la communication reste établie entre lui et la trompe, et il en résulte une maladie ou plutôt un kyste complexe que M. Richard propose, avec raison, d'appeler *kystes tubo-ovariens*.

J'ai cru utile d'insister sur ces faits de M. Richard, qui appelleront peut-être l'attention des médecins, et conduiront au moins à cette conséquence pratique, l'ouverture d'un kyste ovarique dans la trompe, sans que le liquide pénètre dans l'utérus; il est évident qu'en pareille circonstance des fausses membranes ont fait adhérer le pavillon à l'ovaire.

(1) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, p. 121.

TROISIÈME PARTIE.

Cette troisième partie est consacrée à l'histoire de maladies assez différentes les unes des autres, et qui n'offrent peut-être entre elles aucun lien ni aucun rapport bien direct. Nous n'avons donc en aucune manière la prétention de les décrire en suivant un ordre nosologique; nous y comprendrons seulement les maladies des organes génitaux de la femme qui ne sont accompagnées primitivement d'aucune altération anatomique de tissu appréciable à l'œil nu. Il est bien entendu que nous ne considérons pas comme lésions anatomiques de tissu les diverses espèces de déviations.

Les maladies que nous étudierons dans autant de chapitres séparés sont les suivantes :

- 1° Les changements de position de l'utérus;
- 2° L'aménorrhée et la dysménorrhée;
- 3° Les névralgies utérines;
- 4° La stérilité.

Et comme appendices, un résumé des connaissances que la science a acquises sur les points suivants :

- 5° Influence des états diathésiques sur les maladies de l'utérus;
- 6° La chlorose et l'anémie.

CHAPITRE PREMIER.

DES CHANGEMENTS DE POSITION DE L'UTÉRUS.

Sous ce titre nous comprenons : 1° l'abaissement, 2° le renversement, 3° les déviations, qui se subdivisent en *versions* et en *flexions*.