

lement 7 mois avant mon opération d'un seul enfant, — le seul qu'elle eût.

Il est donc impossible d'attribuer à ce corps jaune une importance quelconque en médecine légale, et je ne me risquerais jamais à formuler une opinion, sur la question de savoir si un nombre quelconque de corps jaunes indique ou non une ancienne grossesse.

La trompe au moment de la puberté. — A la puberté un changement très notable se produit dans l'aspect et les fonctions de la trompe. Avant cette époque la trompe est *petite et droite*, l'étendue de ses franges est très limitée. Son système vasculaire est peu important, et il diffère notablement de ce qu'il deviendra chez l'adulte où l'on peut voir un apport sanguin abondant dans son réseau capillaire à larges mailles. Les fibres musculaires des franges sont encore très peu indiquées avant la puberté et il n'a été fourni aucune preuve qu'elles exécutassent aucun mouvement fonctionnel. Chez l'adulte l'une des trompes ou toutes les deux semblent se rapprocher de leurs ovaires respectifs et elles se fixent à eux par adhérence cellulaire pendant une période de temps qui doit, je pense, coïncider avec la menstruation. On rencontre assez fréquemment des adhérences permanentes, résultat de *péριοphorites*, chez des prostituées qui ont eu des poussées de périmérite, et certaines métrorrhagies se présentent assez souvent comme un symptôme de cet état des trompes.

Sur la trompe d'une jeune fille n'ayant pas encore atteint l'âge de la puberté, il m'a été impossible de trouver l'épithélium à cils vibratiles qui tapisse plus tard le canal.

A mon avis les changements qui se produisent dans l'ovaire à la puberté sont simplement *vasculaires*; dans la trompe ils sont *vasculaires, musculaires et épithéliaux*; et le changement le plus important consiste dans le *mouvement fonctionnel de la trompe*, dont l'absence rend à elle seule la grossesse impossible avant la puberté.

A la ménopause, il s'effectue dans l'appareil sexuel une série de modifications qui retentissent sur toute l'économie, mais dont les résultats n'apparaissent dans les organes eux-mêmes que longtemps après. *Ritchie* et d'autres ont montré que la formation de véritables ovules continue longtemps après la ménopause et j'ai rencontré, sur des ovaires de femmes très âgées, des organes qu'il est impossible de différencier de ceux que j'ai observés sur des ovaires de femmes jeunes. Les ovaires continuent jusqu'à la fin de la vie à être le siège d'un développement de cellules, et des kystes pathologiques peuvent s'y développer même dans l'extrême vieillesse.

L'atrophie généralisée de la vieillesse n'épargne pas les

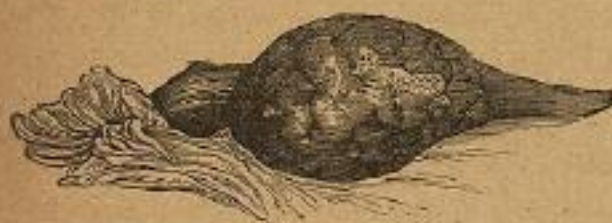


Fig. 43. — Ovaire à la ménopause (d'après FARRE).



Fig. 44. — Ovaire jeune (d'après FARRE).

ovaires et à un âge avancé ils sont habituellement *petits et ratatinés*, porteurs de nombreuses cicatrices comme s'ils avaient subi une opération.

Les modifications les plus visibles sont celles que subissent *l'utérus et les trompes* après la ménopause. Ces organes diminuent rapidement de volume et les trompes se redressent et cessent de se mouvoir, preuve nouvelle que la menstruation est indépendante des ovaires ou de l'ovulation, mais placée essentiellement sous la dépendance des trompes de Fallope.

ANOMALIES ET ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT DES OVAIRES

Les malformations congénitales des ovaires et des trompes

ne sont pas fréquentes; l'absence complète de l'ovaire est *extrêmement rare*.

J'ai néanmoins constaté une absence complète d'un ou des deux ovaires au cours d'un certain nombre d'opérations. Dans trois cas d'enlèvement des annexes pour des myomes utérins je ne pus trouver la trompe et l'ovaire que d'un seul côté et leur extirpation fut suivie de la guérison des malades. J'ai déjà donné des détails d'un de ces cas très intéressants page 310.

Dans un autre cas que j'opérai pour une péritonite chronique suppurée, il existait une absence complète de tout l'appareil génital; un cul-de-sac, fort court, tenait lieu de vagin.

M. M., âgée de 17 ans, me fut envoyée par le Dr Willmore de Wallsall, au mois de mars 1885, comme atteinte de péritonite chronique soi-disant de nature tuberculeuse. A l'examen vaginal, je trouvai que ce conduit se terminait par une petite ouverture, et qu'il n'existait aucune trace d'utérus. Le pubis était couvert de poils comme c'est le cas chez les jeunes filles de cet âge.

Le 31 mars j'ouvris l'abdomen et je le trouvai distendu par un liquide séro-purulent et floconneux, dont je retirai plusieurs litres et je nettoyai la cavité au moyen d'éponges. A l'aide de mes doigts, introduits dans la cavité pelvienne, je trouvai que le péritoine s'étendait depuis le rectum directement à la base de la vessie sans former aucun repli pouvant représenter les ligaments larges et qu'il n'existait aucune trace ni de l'utérus, ni des ovaires, ni des trompes de Fallope.

La malade fit une heureuse guérison et elle rentra chez elle le 22 avril. En septembre 1888 elle était encore en parfaite santé.

D'autre part j'ai eu l'avantage de recevoir du Dr C. F. Darnall, de Walnut, Iowa, une très aimable lettre contenant le compte-rendu suivant d'une autopsie :

L'utérus était en prolapsus, l'ovaire droit était de la grosseur d'un œuf de poule, tandis que l'extrémité frangée de la trompe de Fallope présentait une coloration noirâtre, comme gangréneuse, qu'elle était augmentée de volume et infiltrée. Tout le ligament large était vivement congestionné jusqu'à son point d'insertion à l'utérus. L'ovaire fut incisé et on trouva qu'il était en état de dégénérescence kystique, rempli d'un liquide clair albumineux.

On rechercha l'ovaire *gauche*, mais il était entièrement absent, il en était de même du ligament rond, du ligament de l'ovaire et des vaisseaux sanguins habituels, car il existait la malformation connue sous le nom d'*utérus unicomne*. Le ligament large existait et on trouva entre ses plis l'organe de Rosenmüller. Comme la menstruation avait eu lieu trois semaines avant la mort, l'ovaire existant fut encore examiné à ce point de vue. On constata qu'une certaine portion de la glande était formée de tissu normal, rempli de follicules de Graaf et de *corps jaunes* à différents états de développement et d'aspect. Les plus jeunes étaient de volumes différents, entourés d'une rangée de globules graisseux jaunes et au centre de deux ou trois se rencontraient des caillots sanguins. Autour d'eux le tissu était normal, non congestionné, et s'étendant sur les côtés du kyste principal, montrant ainsi que ce dernier avait pris naissance dans l'un d'entre eux et qu'il était de date récente.

Extérieurement les parois de ce kyste étaient blanchâtres, fibreuses et intérieurement de cette coloration bleuâtre particulière, commune aux tumeurs ovariennes. La dégénérescence étant multiloculaire, différents autres kystes très petits se trouvaient dans le parenchyme de l'ovaire, voisins du plus volumineux et tous remplis de liquides brunâtres ou couleur paille.

Quand les ovaires sont malformés, les autres organes sont presque toujours aussi développés incomplètement.

J'ai déjà parlé du retentissement de certaines maladies infectieuses sur les organes sexuels, en particulier de la *scarlatine*. Je suis convaincu qu'un grand nombre des cas de développement incomplet des organes sexuels féminins sont le reliquat de cette affection. La menstruation est retardée sans raison apparente, ou peut même faire absolument défaut; au moment où l'écoulement menstruel devrait faire son apparition, il survient un certain nombre de symptômes vagues, parfois insignifiants, d'autres fois extrêmement sérieux. Si on examine la malade, on voit que l'utérus est *infantile* et *en antéflexion*. Si on a l'occasion de faire l'autopsie d'un de ces cas, on trouvera les ovaires petits, peut-être un peu ridés, le mésovarium peu indiqué et les trompes extrêmement petites.

Il peut n'y avoir relativement que peu de douleurs dans les premiers mois, si toutefois l'épilepsie ne survient pas, ce qui n'arrive que trop fréquemment. Le plus souvent l'arrêt

de développement ne se produit que plus tard ; la menstruation s'établit péniblement, entre seize et dix-neuf ans, elle peut être régulière mais peu abondante, pendant 4 ou 5 ans, pour cesser complètement un peu plus tard. Si la femme vient à se marier pendant la période où la menstruation existe, et si elle devient enceinte, il peut en résulter sa guérison définitive ; ses règles deviendront plus abondantes et moins douloureuses, sa santé s'améliorera et elle pourra être réglée pendant nombre d'années et avoir plusieurs enfants.

La plupart de ces malades ont les apparences d'une excellente santé. La menstruation s'est établie en retard de quelques mois à une ou deux années. Les règles sont au début irrégulières et très douloureuses, puis l'écoulement redevient normal et les souffrances disparaissent. Cette situation dure huit ou dix ans et, si les malades se marient dans cet intervalle, elles pourront rester réglées jusqu'à l'âge ordinaire de la ménopause. Si elles ne se marient pas, elles commencent à souffrir de dysménorrhée entre 25 et 30 ans et après une dizaine d'années de souffrances, la ménopause survient. Chez ces femmes, les règles sont suspendues à la suite du plus léger accident. Toute affection chronique, même légère, toute occupation qui cause un effort de l'organisme, une contrariété morale, un coup de froid, arrêtera leur menstruation pendant des mois ou des années, quelquefois pour toujours.

Dans l'aménorrhée et à un moindre degré, dans la dysménorrhée, il y a un retour temporaire des fonctions ovariennes à l'état infantile ; et les ovaires peuvent devenir prématurément séniles. L'aménorrhée de la grossesse et de la lactation sont aussi des retours partiels à l'état infantile.

Les *symptômes généraux* sont assez constants et faciles à reconnaître. En dehors des irrégularités et de l'insuffisance de la menstruation, il existe presque toujours une douleur bien marquée, persistante, portant au cœur, ne se produisant

dans les cas les moins graves que pendant les périodes menstruelles, presque constante dans les autres, et augmentant toujours au moment des règles. Cette douleur débute dans la région ovarienne, s'irradie dans la cuisse et souvent aussi dans la jambe et dans les reins. Il existe aussi fréquemment, surtout lorsqu'il survient de l'atrophie, une douleur *sous-mammaire*, spéciale aux affections ovariennes, ressentie le plus souvent seulement du côté gauche. On note toujours plus ou moins de céphalalgies, des nausées, des défaillances et un mauvais état général.

Traitement. — Dans les cas légers, le traitement médical réussit généralement à calmer les douleurs, et même dans quelques cas très prononcés d'arrêt de développement, l'ovaire peut même récupérer ses fonctions. On emploiera d'abord le *fer*, dont l'action sur les organes sexuels est manifeste ; car, dans les cas de métrite chronique ou de subinvolution, de fortes doses de fer peuvent provoquer des hémorrhagies. Dans la dysménorrhée d'origine ovarienne ou tubaire on le prescrira pendant la période *intermenstruelle* à doses faibles, de une à cinq gouttes de perchlorure de fer liquide dans un grand verre d'eau ; on augmente la dose à 15 ou 20 gouttes pendant les deux jours qui précèdent l'apparition des règles et pendant toute leur durée ; on peut avec profit ordonner les pilules de fer et d'aloès. Les bains de siège chauds et les sangsues au périnée pendant la période menstruelle sont souvent à recommander ainsi qu'un vésicatoire sur le sacrum.

Dans les cas de menstruation difficile et retardée due à un arrêt de développement au moment de la puberté, on se bornera à ce traitement. Une thérapeutique plus active n'est indiquée que dans les cas rebelles, après le mariage de la malade ou lorsqu'il existe des symptômes d'atrophie prématurée. Le mariage est peut-être de tous les remèdes le plus efficace. Il ne faut néanmoins jamais oublier que dans ces

cas les deux parties intéressées doivent être mises au courant de la situation.

La médication la plus puissante, mais qui ne doit être employée qu'en dernier ressort, est l'*irritation mécanique de l'utérus*; mais elle n'est pas exempte de *graves dangers*. Dans les cas où l'utérus est le plus mal développé elle est moins dangereuse et plus efficace. J'emploie généralement le pessaire galvanique de *Simpson*. Si l'irritation reste dans de certaines limites elle peut avoir un effet excellent; mais la tige ne peut pas être tolérée par toutes les malades.

Sous l'influence de la tige galvanique l'utérus augmente rapidement de volume et il en est probablement de même des ovaires. Dès que l'utérus s'est accoutumé à la présence de la tige galvanique, celle-ci peut être tolérée pendant des mois, et plus longtemps elle restera en place, plus le bénéfice sera durable; mais si, après un essai de quelques mois, on ne constate aucune amélioration, il faut cesser toute nouvelle tentative. L'usage de ces tiges galvaniques intra-utérines peut aboutir à la suppuration des trompes de Fallope, on ne saurait être trop prudent dans leur emploi.

Dans un très grand nombre de cas de développement incomplet des ovaires, on rencontre l'*antéflexion complète* de l'utérus; dans cette classe de cas, la tige galvanique est tout particulièrement efficace.

Les résultats de mes premiers essais pour arrêter l'atrophie prématurée de l'ovaire, ont été loin d'être satisfaisants, surtout quand cette atrophie était due à une affection constitutionnelle, comme la tuberculose.

Sir James *Simpson* croyait que l'aménorrhée, que l'on rencontre si souvent chez les jeunes femmes en puissance de tuberculose, était une cause de la maladie subséquente; et il s'efforçait de ramener les règles. Quoique dans quelques cas son traitement semble avoir été couronné de succès, je ne puis approuver cette manière de voir.

En rappelant mes souvenirs sur la pratique de Sir James *Simpson*, je crois qu'il a confondu, encore davantage que nous le faisons actuellement, les différentes affections chroniques des jeunes femmes, dans lesquelles les troubles ou la suppression totale de la menstruation est le facteur principal. La distinction entre ces différents états pathologiques est devenue plus facile depuis que ces maladies ont fait le sujet d'études spéciales.

Nous pouvons admettre comme règle générale que chez les jeunes femmes *toutes les maladies chroniques* ont une tendance à produire la suppression de l'écoulement menstruel, et je suppose qu'il est logique de croire que cet arrêt ou cette diminution des règles constitue une mesure de conservation, un effort de l'organisme pour sauver la malade. Si l'on admet cette opinion, on en déduit naturellement que tout effort tendant à rétablir la menstruation est contraire au traitement rationnel; cette conclusion m'avait été suggérée par des résultats empiriques.

J'ai été consulté par un très grand nombre de jeunes femmes pour des affections dont le symptôme principal était l'arrêt des règles; mettant à part les cas dont lesquels ce symptôme était dû à une grossesse, je crois que l'on peut former trois grandes catégories. Je les rangerai selon l'ordre de fréquence que j'ai constatée.

La *première* comprend la maladie à laquelle j'ai donné le nom d'*anémie des adolescents*, à défaut d'autre meilleur et parce que ce titre seul donne une description suffisante de l'affection.

Je n'ai jamais observé et je n'ai jamais entendu parler de cette maladie chez les garçons, et par conséquent je la regarde comme un état spécial aux jeunes femmes. Elle reste absolument limitée aux dix ou douze premières années de la période menstruelle, et elle est par conséquent une maladie de la menstruation, quoique je ne puisse admettre que l'arrêt des

règles en soit la cause; elle ne constitue rien de plus qu'un simple incident, peut être même un processus de défense de l'organisme. Cette maladie est presque absolument limitée aux femmes habitant les villes, quoique j'en aie observé quelques cas provenant de la campagne. Elle peut être envisagée néanmoins comme une affection liée à la vie civilisée; ce n'est certainement pas une maladie due à la misère, car les cas les plus graves et je crois la majorité des cas se rencontrent dans la classe moyenne. Elle n'est pas associée à tel ou tel genre d'occupations, quoique dans certaines professions comme les couturières, les modistes, les repasseuses, la guérison soit plus longue à obtenir; le climat ni la localité ne semblent pas avoir grande influence étiologique (1).

L'aspect de ces maladies est si caractéristique que j'ai cessé depuis longtemps de réclamer un examen complet et détaillé pour reconnaître cette maladie et j'ai souvent démontré à mes élèves que deux questions suffisent pour poser le diagnostic.

Comme stature, ces malades sont généralement plutôt au-dessus de la moyenne; le teint délicat, cireux, que produit l'affection, lorsqu'elle n'a pas encore atteint le degré qui lui a valu l'ancien nom de *chlorose*, donne à ces malades un charme tout particulier. Elles ne sont ni minces ni émaciées et ceci est un fait commun à toutes les femmes anémiques; quelle que soit la cause de l'anémie, elles ont toujours une certaine tendance à l'embonpoint.

Lorsqu'une de ces jeunes femmes anémiques entre dans une chambre, elle produira sur l'observateur l'effet d'une jeune fille

(1) Une explication des plus bizarres de la nature de cette affection a été proposée dernièrement par Sir Andrew Clark; pour définir sa théorie il a baptisé l'affection du nom d'*anémie féculente* et il l'attribue à une intoxication par rétention et absorption de matières fécales.

Il est certain que toutes les femmes ont certainement une tendance à avoir des accumulations fécales dans le rectum, mais cette situation n'est certainement pas spéciale aux femmes ayant moins de 25 ans, comme l'est absolument, d'après mon expérience, l'anémie des adolescents. Par conséquent je ne puis discuter plus longuement cette nouvelle théorie.

manquant un peu de vivacité mais bien portante, ayant un joli teint rose pâle ou un peu blanc; ceci est si bien un caractère de cette affection telle que nous la rencontrons à Birmingham que j'ai coutume de la nommer en style familier *l'anémie des jolies femmes*. Ces malades se plaignent principalement de maux de tête et de douleurs après les repas. Dans les cas très avancés le principal symptôme sera l'oppression causée par le moindre exercice, mais le caractère pathognomonique de l'affection est la gêne de la respiration causée par l'ascension des escaliers ou d'une colline. Un simple interrogatoire nous apprend que les règles étaient au début abondantes, régulières et non douloureuses; la menstruation avait commencé à l'époque ordinaire et elle cessait sans encombre. Quelque temps après il s'est produit lentement un changement; les règles sont retardées, l'écoulement est devenu très pâle et à mesure que la maladie fait des progrès, elles disparaissent peu à peu jusqu'à ce qu'il se soit produit une aménorrhée complète.

En même temps que cette aggravation surviennent différents symptômes, qui doivent être attribués à la même cause, l'apport de sang insuffisant à tous les organes. En dernier lieu il se produit des œdèmes généralisés et dans quelques cas exceptionnels la mort peut survenir.

Mais dans la grande majorité des cas l'amélioration suit bientôt l'établissement d'un traitement judicieux, qui d'ailleurs est fort simple. J'ai pu suivre un grand nombre de cas pendant toute leur durée, et je n'en ai observé que deux qui se soient terminés par la mort. J'ai l'occasion d'en voir chaque année plus de deux cents à mon cabinet de consultation et depuis quelques années je conserve l'observation très détaillée de toutes ces malades, surtout relativement à certaines assertions que j'avais rencontrées au cours de mes études ou dans les manuels.

Plusieurs de ces *grands principes* se sont évanouis avec le

temps, notamment celui d'après lequel beaucoup de ces cas devaient être envisagés comme des tuberculoses au début. Il n'en est certainement rien. J'étais aussi imbus de l'idée qu'il devait exister certains souffles cardiaques ou vasculaires, caractéristiques de cette affection. J'ai pris des observations suivies où j'ai enregistré les résultats obtenus après chaque examen et je suis arrivé à la conclusion qu'il n'existe aucun point dans le système vasculaire, dans lequel on ne puisse entendre à un moment donné ces souffles bien connus, qui sont simplement d'origine circulatoire ou vasculaire. Ces souffles varient suivant le moment où l'on pratique l'examen, ils apparaissent ou disparaissent de la manière la plus incompréhensible et ils n'ont en somme aucune espèce de signification.

J'ai déjà dit que le *traitement* de ces cas est facile, simple et d'une efficacité assurée. Afin d'obtenir une rapide guérison il faut exiger un *repos complet*. Si les malades sont encore à l'école ou si elles sont employées à un travail professionnel quelconque, on doit les en retirer pour six mois ou un an et les tenir dans un repos absolu. On prescrira à ces malades de petites doses de fer — de très faibles doses — combinées avec une infusion de quassia ; les fortes doses ne font que produire de la constipation et entraver la nutrition. Mais le traitement le plus efficace est la *lumière solaire*, et on doit s'efforcer d'amener ces malades à se soumettre à son influence le plus possible. On conseillera de choisir un appartement et une chambre exposée au midi, on ordonnera le séjour pendant l'hiver dans les stations où la malade pourra prendre de véritables bains de soleil. Tels sont les moyens qui, d'après mon expérience, produisent les meilleurs résultats. Je suis convaincu depuis longtemps que l'absence relative de lumière solaire dans nos grandes villes est la cause la plus fréquente de l'anémie chez les jeunes femmes.

Dans tous ces cas je n'ai pas été à même de me rendre compte si les ovaires, l'utérus ou les trompes subissaient une

diminution de volume, pour la simple raison que chez ces malades il est très rare qu'un examen pelvien devienne nécessaire et soit par conséquent justifié. Il est absolument certain que dans ces cas les ovaires ne perdent pas leurs fonctions, même lorsqu'il existe un arrêt complet de la menstruation, car par la suite ces malades deviennent très fréquemment enceintes. Elles se marient assez souvent au cours de leur maladie et elles ne sont pas nécessairement stériles. Il n'est pas rare qu'avant les douze mois que j'indique toujours à ces malades comme époque de leur guérison, un nouveau diagnostic ne devienne nécessaire, et si une grossesse survient chez une de ces malades elle présente souvent certaines difficultés pour le praticien. La malade n'a pas été réglée depuis seize mois et par conséquent on pourrait être tenté de conclure qu'elle ne peut être enceinte. Ce qu'on dit au médecin peut être exact, mais il n'en est pas moins vrai que la femme peut très bien être enceinte de quatre ou cinq mois.

Le *second groupe*, dans lequel les troubles ou l'arrêt complet des règles est un des principaux symptômes, comprend les cas dans lesquels *l'arrêt de développement des organes* est la cause immédiate de l'affection, soit que les organes n'aient jamais atteint leur développement complet, soit qu'ils se trouvent atteints par une sénilité prématurée, à l'occasion de quelque processus pathologique.

Dans ces cas il s'agit de jeunes femmes, physiquement bien développées, non anémiques, ne présentant aucun des symptômes physiques indiqués pour le premier groupe, de sorte que le premier coup d'œil suffit pour faire la différence entre ces deux catégories de malades. L'*étiologie* est très différente et la première question posée, à quel âge la menstruation est-elle apparue, donne la clef du diagnostic. La menstruation n'a débuté qu'à 17 ou 18 ans, les règles ne sont jamais régulières, elles apparaissent à des intervalles de 6 ou 8 semaines et elles sont toujours douloureuses. A 20 ans elles devien-

ment régulières. Lorsque les malades se marient, elles peuvent bientôt après devenir enceintes, mais, si la grossesse ne survient pas, la menstruation redevient irrégulière vers l'âge de 28 ans et la ménopause peut survenir avant 35 ans. En fait, chez ces femmes la période de fécondation possible est diminuée de moitié, et pour beaucoup d'entre elles elle n'existe pas.

A l'examen local de ces malades nous constatons toujours l'existence d'un utérus infantile, avec antéflexion; déplacement sur lequel les gynécologues imbus des théories mécaniques ont tant discuté et ont écrit tant de non-sens. Dans tout le domaine de la médecine et de la chirurgie il n'existe pas de meilleur terrain pour les charlatans que les pessaires à antéversion et les sténoses cervicales.

Nous avons déjà parlé tout au long de l'utérus infantile, mais je dois ajouter ici, qu'en même temps que l'utérus infantile nous pouvons rencontrer les trompes et les ovaires soit atrophiés, soit énormément augmentés de volume. Dans le premier cas la stérilité est certaine; dans le dernier elle peut être évitée, au prix de dangers qui doivent toujours être expliqués aux malades avant de commencer le traitement.

Chez les femmes qui sont obligées de gagner leur vie comme domestiques ou comme employées de magasin, ce développement insuffisant des organes génitaux donne lieu souvent à des troubles si graves, qu'elles ne peuvent continuer leurs occupations, de sorte que nous sommes absolument autorisés à les traiter par le procédé un peu sommaire de l'enlèvement des annexes de l'utérus, — question qui sera encore discutée dans un autre chapitre. Il est en effet certain que, dans ces cas, des autres méthodes thérapeutiques sont inefficaces.

Le troisième groupe de cas, dans lesquels l'insuffisance ou la suppression complète des règles constitue le symptôme important, se présente d'après mon expérience plus rarement, car il est constitué par les exemples de tuberculose ou

d'autres maladies chroniques, épuisant l'organisme, et ils se rencontrent rarement dans le cabinet de consultation du gynécologue. Il est bien rare que le début de ces diathèses ne soit pas signalé par des symptômes suffisamment significatifs, qui conduisent de suite ces malades chez le médecin.

Le Dr *J. E. Pollock* m'a donné quelques renseignements très intéressants sur cette question, tirés de son dernier volume (1). Il croit qu'il est plus logique d'attribuer la suppression des règles aux troubles généraux de la nutrition, qui se trouvent être en même temps la cause de l'arrêt des règles et celle de la tuberculose. Les premiers symptômes de la tuberculose sont en effet l'arrêt de développement et l'émaciation et l'utérus ne fait que participer au défaut général d'activité fonctionnelle auquel sont soumis tous les organes.

Pour établir que l'établissement des fonctions utérines a un rapport direct avec la tuberculose, il serait nécessaire de démontrer qu'il existe un plus grand nombre de femmes que d'hommes, affectées de phtisie pulmonaire au moment de la puberté. Or sur 300 cas de tuberculose ganglionnaire, le Dr *Pollock* a trouvé 59 garçons et 56 filles entre 10 et 15 ans. Sur 59 cas de phtisie au début, il y avait 19 hommes et seulement 4 femmes entre 15 et 20 ans. Pour la tuberculose survenant sur un terrain rhumatisant entre l'âge de 15 et 20 ans il a trouvé 19 hommes et 14 femmes. Sur 179 cas de phtisie aiguë, 26 hommes et 10 femmes étaient atteints entre l'âge de 15 et 20 ans. D'après ces chiffres il est clair que le nombre des individus mâles atteints est plus considérable que celui des femmes. (123 pour les premiers et 40 pour les dernières.) C'est donc l'âge et non le sexe, ce sont les fonctions générales du développement et l'activité des échanges nutritifs que nous devons envisager comme les causes déterminantes, qui rendent l'époque de la puberté tout particulièrement dangereuse. Néanmoins nous devons remarquer que le

(1) *Elements of Prognosis in Consumption*. Pages 293 et suivantes.

D^r Pollock ne donne pas le chiffre relatif des individus hommes et femmes observés par lui-même et la proportion générale des deux sexes dans la tuberculose. Sur 99 cas de tuberculose, les règles étaient irrégulières et insuffisantes chez 10 malades, elles étaient absentes chez 58; elles étaient augmentées de quantité chez 4, et chez 27 elles n'avaient jamais fait leur apparition.

En somme l'aménorrhée est un symptôme *grave*, qui est rarement absent dans la période avancée de la maladie. L'établissement de la menstruation est souvent accompagné d'une amélioration ou d'un arrêt de l'affection générale et sa régularité persistante est un excellent signe, tandis que l'arrêt permanent est un symptôme défavorable. Lorsque chez une phtisique la menstruation est à peu près régulière, tous les symptômes peuvent disparaître sous l'effet d'une augmentation de l'écoulement menstruel. Lorsque les règles s'arrêtent subitement, il survient fréquemment une hémoptisie. Il est possible d'ailleurs qu'elle doive être regardée comme compensatrice et avoir moins d'importance au point de vue des lésions pulmonaires que dans d'autres circonstances. Dans les cas chroniques, la persistance ou la réapparition de ces importantes fonctions est d'un bon pronostic.

Pendant la grossesse, qui peut très bien se produire, la phtisie est en général latente, mais après l'accouchement elle semble reprendre unemarche plus rapide, et bien des cas indécis semblent alors s'accroître. La lactation accélère la marche de la maladie et la phtisie doit constituer une contre-indication absolue à l'allaitement.

Il est certain que non seulement l'ovaire est très exposé à être arrêté dans son développement depuis l'enfance jusqu'à l'adolescence, mais qu'il peut être frappé de *sénilité prématurée*. Nous verrons plus tard que cela survient assez fréquemment après le premier accouchement, plus particulièrement après des fausses couches au début de la vie sexuelle;

ce qui s'explique par les adhérences contractées par les trompes, sujet sur lequel nous reviendrons plus tard.

L'atrophie prématurée de l'ovaire, associée à un état analogue de l'utérus et des trompes, peut être encore nettement causée par les maladies infectieuses; c'est un sujet dont je m'occupe dans un autre chapitre.

DÉPLACEMENTS DE L'OVAIRE.

Le déplacement le plus fréquent de l'ovaire est la chute de l'organe dans le cul-de-sac rétro-utérin, chute à laquelle on a donné le nom de *prolapsus de l'ovaire*. Ce prolapsus est tantôt indolent, tantôt il cause de souffrances intolérables. L'étiologie de ce déplacement est très variable. Il peut être congénital ou s'être produit à la suite de quelque effort. Il survient le plus souvent pendant l'involution utérine après l'accouchement ou après une fausse couche; il s'accompagne de rétroversion ou de rétroflexion de l'utérus. Presque tous les cas accompagnent une subinvolution utérine, ce qui s'explique par l'hypertrophie des ovaires dans l'état puerpéral. *Henning* a constaté que l'ovaire gauche était alors plus volumineux que le droit, ce qui explique ce que dit le professeur *Goodell* à savoir que le prolapsus de l'ovaire porte presque toujours sur l'ovaire gauche.

Il s'agit donc d'une *subinvolution de l'ovaire*, et de même que pour l'utérus nous voyons l'hypérhémie de l'organe passer peu à peu à l'état de métrite chronique, nous voyons aussi le même processus se produire pour l'ovaire.

Il est survenu le plus souvent après l'accouchement quelque complication, suivie d'une convalescence prolongée, d'une réapparition trop rapide de la menstruation, de grandes difficultés et de douleurs pendant la marche, presque toujours