

15) Il s'ensuit que, d'après la théorie de l'auteur et d'après les observations publiées par M. *Lawson Tait*, dans les cas où il est indiqué de provoquer prématurément la ménopause, il faut pratiquer la *salpingotomie*, c'est-à-dire la résection partielle des deux trompes, et non la *castration*.

16) Si pour une raison quelconque l'ablation des ovaires a été tentée et s'il a été impossible de les enlever complètement, la *salpingotomie* est directement indiquée ».

Je ne vois pas qu'il soit possible d'admettre pour la menstruation une cause autre que l'existence d'un mécanisme nerveux spécial, et pour le moment nous devons nous en tenir à cette explication.

But de la menstruation. — La nidation utérine et sa signification réelle. — Le but de la menstruation est plus facile à saisir que sa cause ; malheureusement la cause et le but n'ont été que trop souvent confondus par les différents auteurs, tout spécialement par le D^r *John Williams*. Lorsque l'on envisage uniquement le but de cette importante fonction, on se trouve attiré par la théorie de la nidation utérine du D^r *Aveling*, et si l'on tient compte en même temps des brillantes recherches de M. *Bland Sutton* et du D^r *Arthur W. Johnstone*, il me semble facile de trouver la solution complète du problème.

Fait remarquable et digne du plus grand intérêt dans l'histoire de cette question si intéressante, les travaux résultant des savantes recherches de ces deux observateurs ont été communiqués le même jour (23 juin 1886) à la *British Gynecological Society* et cela sans qu'aucun des deux auteurs ait eu connaissance ni des recherches de son confrère, ni du mémoire qu'il avait préparé sur ce sujet. Mais, en lisant les deux mémoires l'un après l'autre, on est tellement frappé de leur similitude que l'on pourrait croire que les deux auteurs s'étaient communiqué leurs résultats. La façon dont chacun

confirme les recherches de l'autre rend par conséquent leurs démonstrations tout à fait évidentes et accablantes pour leurs adversaires. Les deux auteurs acceptent la théorie de la nidation du D^r *Aveling*, mais ils modifient sa description du processus de dénudation ; ces deux faits constituent la base des progrès qu'ils ont réalisés.

Ainsi M. *Sutton* admet comme définition habituelle de la menstruation « un écoulement périodique de sang, provenant de l'utérus », mais en la complétant de la façon suivante, « écoulement accompagné de la desquamation de l'épithélium du corps et du fond de l'utérus, aussi bien que de celui du revêtement des glandes utriculaires, situé près de leurs orifices », ce qui est d'importance capitale. Suivant lui l'épithélium de la région cervicale ne participe pas à ces changements, et la trompe de Fallope, en tant que *surface muqueuse*, reste tout à fait passive ; fait très important, comme nous le verrons plus loin, lorsque je discuterai la pathologie de la grossesse extra-utérine.

Le D^r *Johnstone* confirme complètement les faits observés par *Sutton* en disant, que dans ses différents examens de la muqueuse utérine au moment de la menstruation, il ne trouva aucune lésion quelconque autre que la desquamation du revêtement épithélial tapissant la cavité et les extrémités externes des follicules, c'est donc une confirmation presque mot pour mot.

Selon les auteurs qui s'étaient occupés de cette question avant *Sutton* et *Johnstone* le revêtement muqueux de l'utérus était éliminé dans sa presque totalité. Chose assez curieuse, nos deux auteurs ont voulu tous deux rendre principalement le D^r *John Williams* responsable de cette erreur. Ils sont aussi d'accord pour nous dire que les erreurs sont dues à ce que les observateurs ignorent les meilleures méthodes d'examen, et aux pièces examinées. Ainsi d'après *Sutton*, si l'on avait pris davantage de soins pour durcir les préparations, on

aurait pu voir qu'il n'existait pas d'autre destruction que celle du revêtement épithélial; mais lorsque les pièces ont été mal conservées, ou qu'il s'est écoulé trop de temps avant que les parties aient été placées dans les liquides de durcissement, on constate les changements décrits sous le nom de dénudation. En résumé les modifications de la muqueuse utérine, décrites par le Dr *John Williams*, sont, d'après *Sutton*, dues à des fautes de technique.

D'autre part, *Johnstone* relève ainsi qu'il suit d'autres erreurs de *John Williams*: « La première erreur du Dr *Williams* consiste en ce que les préparations sur lesquelles il base sa théorie de la destruction totale de la muqueuse utérine provenaient de malades qui sont mortes de fièvre typhoïde ou d'autres maladies pyrétiques qui, comme le fait est bien connu, produisent du ramollissement et de la dégénérescence des tissus. Qui oserait actuellement étudier l'histologie normale de la rate ou du pancréas sur des organes ayant une pareille origine? Ne devons-nous pas penser que des tissus, déjà mous à l'état normal, passent presque à l'état de nécrose dans de telles conditions? Si nous examinons l'origine de ses préparations nous trouvons: n° 1, fièvre typhoïde; n° 2, tétanos (l'auteur ne nous dit pas de quelle région); 8° fièvre typhoïde et péritonite; 10° fibrome utérin (l'auteur ne donne pas la cause de la mort); 11° pleurésie; et 12° opération pour fistule anale. Toutes ces malades avaient leurs règles au moment de la mort, et chez toutes le Dr *Williams* trouva du ramollissement et de la destruction plus ou moins étendue des tissus. Pouvions-nous en vérité nous attendre à autre chose? Les cinq autres cas, qui lui ont permis de faire une bonne description du développement de ce tissu, proviennent de trois accidents, d'une péritonite et d'une pneumonie, donc tous les cinq sont des cas que nous pouvons accepter sans restriction. Ainsi la première critique que l'on peut faire à ce travail c'est

qu'il décrit des *états pathologiques de la muqueuse* en les considérant comme *physiologiques* ».

« La seconde objection à faire au Dr *Williams* est que ses grossissements sont trop faibles. Je ne veux pas dire qu'il aurait dû employer un grossissement de 3000. Mais je suis certain que si sa figure (1) avait été dessinée avec un agrandissement de 800 au lieu de 150, comme elle me semble l'être, malgré la destruction attribuable à la fièvre, il aurait constaté lui-même la présence des couches profondes de la muqueuse, au lieu de les confondre avec la couche musculaire; son esquisse montre quatre follicules utriculaires bien distincts et à ce grossissement je considère qu'il est parfaitement impossible à qui que ce soit de faire la différence entre les faisceaux que l'on voit sur sa figure et une grosse fibre musculaire. Il me semble par conséquent que le travail le plus complet qui ait été écrit sur cette question contient des *erreurs manifestes* et nous ne pouvons admettre ses conclusions. »

Nous en arrivons ainsi à la conclusion de *Sutton*; en appelant l'écoulement hémorrhagique provenant de l'utérus *la menstruation*, nous commettons une grossière erreur, et c'est certainement une de celles qui ont donné lieu aux plus grandes bévues tant en pathologie que pour le traitement des affections utérines. « Par le mot de *menstruation*, dit-il, les médecins comprennent généralement tout écoulement de l'utérus », tandis que d'après ce que je viens de dire il est bien clair que le facteur principal de ce processus consiste en la préparation de cette muqueuse utérine pour la rétention de l'ovule dès qu'il aura été fécondé, préparation qui consiste en la dénudation de son épithélium. La perte de sang qui accompagne ce processus (ainsi qu'il a été nettement démontré par les recherches de *Johnstone* sur des utérus d'animaux) est un accident *secondaire et surajouté*.

Chez la femme la grossesse peut survenir sans menstrua-

(1) *Obstetric Journal*, Vol. II.

tion, mais en son absence la rétention d'un ovule fécondé semble impossible, et cette conclusion jette un nouveau jour sur certains faits concernant les affections intra-utérines, faits qui sans cela resteraient absolument incompréhensibles. Lorsqu'une femme ayant un utérus normal a régulièrement ses règles son utérus se dénude une fois par mois et alors si un ovule, arrivé à maturité, rencontre dans cette cavité un spermatozoïde sain, l'ovule se trouve fécondé et il sera retenu. Nous obtenons ainsi une grande simplification de toute cette question et nous pourrions bien être sur le chemin de la vérité, sinon connaître la vérité elle-même.

A l'état pathologique, il peut survenir dans l'utérus des hémorrhagies sans dénudation; l'utérus infantile et sénile n'a ni hémorrhagie ni dénudation et par conséquent la grossesse est absolument impossible dans ces cas, conclusions qui s'accordent fort bien avec les faits observés. Enfin l'implantation d'un ovule fécondé ne peut se faire que sur une muqueuse saine, fraîchement dénudée; et nous avons ici l'explication du *calendrier* de la grossesse et dans ce sens l'explication est complète.

Mais les travaux si intéressants de nos deux auteurs nous apprennent encore d'autres faits. « Avant la menstruation, dit *Sutton*, les tissus de la muqueuse sont partout infiltrés de cellules rondes et de cellules de forme irrégulière, que pour plus de commodité nous pouvons appeler *éléments corpusculaires*. Ces cellules diminuent très considérablement en nombre après la cessation de l'écoulement menstruel, pour réapparaître immédiatement avant la période suivante. Il est très probable que cet élément corpusculaire est dû à l'augmentation de l'apport du sang dans l'organe ». *Johnstone* confirme cette assertion et il nous donne un fort beau dessin des corpuscules, que je reproduis ici (Fig. 46) et un autre de l'utérus en état de menstruation, où l'on peut voir tout le processus. « Dans celui-ci on voit chaque détail; le libre développement

du revêtement épithélial, les fines fibres qui deviennent granuleuses et les corpuscules qui deviennent plus nombreux ».

Sutton et *Johnstone* sont d'accord lorsqu'ils nous disent que le seul changement qui se produise dans la muqueuse utérine des animaux inférieurs est une simple turgescence, avec augmentation des éléments corpusculaires. *Sutton* ne

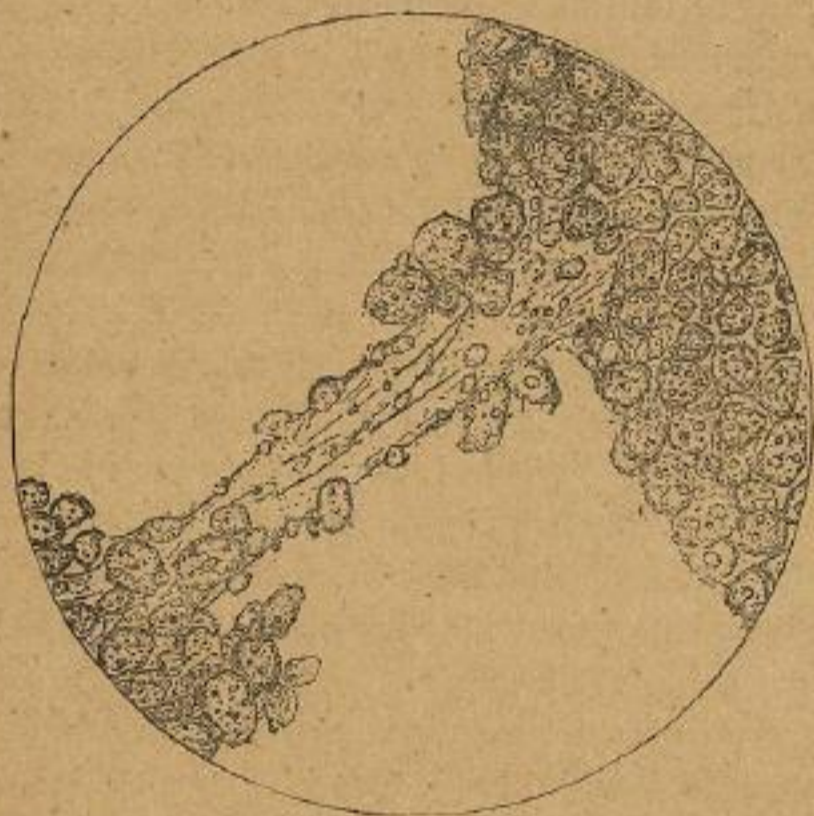


FIG. 46. — Fibre de l'endomètre montrant les différents degrés du développement corpusculaire. Gros. 3000.

put découvrir, chez aucun des singes supérieurs, rien d'analogue à la dénudation. De sorte qu'il est arrivé à affirmer qu'il n'existe rien chez ces animaux qui indique l'existence d'une véritable menstruation. Je crois que par conséquent il serait avantageux de renverser la définition de la menstruation donnée par *Sutton*, en disant qu'elle consiste en « une desquamation de l'épithélium du corps et du fond de l'utérus, aussi bien que de celui tapissant les glandes utriculaires ».

près de leurs orifices, desquamation accompagnée habituellement d'un écoulement périodique de sang ».

Johnstone a poussé ses investigations plus loin que *Sutton*; jusqu'au point commun les deux auteurs sont absolument d'accord. Par conséquent ce que j'ai encore à dire de cette question si intéressante se base principalement sur les observations de *Johnstone*, que je n'hésite pas à considérer comme la contribution à l'étude de ce sujet la plus brillante qui ait vu le jour dans le cours de ce siècle.

Johnstone arrive à une généralisation, qui, bien que formant la conclusion logique de ses observations, nous semble bien surprenante et révolutionnaire. Mais, après avoir mûrement réfléchi à sa communication, et surtout après avoir examiné et étudié ses coupes et leur méthode de préparation, je ne mets pas en doute que ses explications soient exactes. En résumé, il nous dit que « au sens ordinaire, l'endomètre au-dessus de l'orifice interne n'est pas une simple muqueuse, mais qu'il est analogue aux tissus adénoïdes et que la menstruation est pour l'utérus, exactement ce que la circulation lymphatique est pour les glandes lymphatiques et le courant sanguin pour la rate ».

Il comprend naturellement par *menstruation* le processus hémorragique, quoiqu'il soit tout à fait probable que la dénudation — c'est-à-dire la desquamation de l'épithélium, — soit également le résultat de l'effusion sanguine. Le revêtement épithélial est en effet entraîné, avec les éléments corpusculaires, dans et par le courant sanguin.

Le développement de cet élément corpusculaire est, d'après ses observations, exactement l'analogue de ce qui se passe dans la rate, dans le thymus, etc. Les corpuscules se développent non par subdivision des cellules, mais aux dépens des faisceaux sustentaculaires, — faits que j'ai exposés dans un travail sur *l'Anatomie intime du cordon ombilical*, lu en 1876 devant la *Royal Society of London*. Je dois dire qu'à

cette époque j'exposais ces faits sans les bien comprendre. Mon interprétation différait absolument de celle du *D^r Johnstone*. La seule consolation que j'aie eue, c'est d'avoir, grâce à l'emploi de microscopes d'une grande puissance, pu voir les détails signalés par l'auteur.

L'histoire du développement de l'endomètre a été étudiée par *Johnstone* dans tous ses détails.

En parlant de sa seconde figure (fig. 47) il nous dit: « Au



FIG. 47. — Endomètre d'une jeune fille, âgée de 11 ans, ne montrant aucun développement corpusculaire. Gros. 800.

premier coup d'œil, on pourrait croire que cet endomètre (celui d'une enfant de 11 ans) n'est pas autre chose qu'une couche épaisse et dense de tissu conjonctif fibreux, placé entre la paroi musculaire et la rangée très mince et mal développée de cellules rondes qui occupe la place du revêtement épithélial. Mais en examinant à un plus fort grossissement on pourra facilement reconnaître qu'il ne s'agit pas du tissu conjonctif ordinaire blanc, car ses éléments n'ont pas les gros noyaux,

caractéristiques et bien formés, que possède toujours le tissu fibreux à cet âge; les fibres sont composées d'un tissu très fin en forme de faisceaux, que l'on rencontre uniquement dans les organes adénoïdes. Quelques corpuscules se rencontrent à travers les réseaux, et les petites cavités qui représentent les futures glandes sont remarquables par leur peu de profondeur ».

Cette description fut entièrement confirmée par l'examen



FIG. 48. — Endométrium d'une jeune fille, âgée de 13 ans, montrant un commencement de développement corpusculaire. Gros. 800.

d'une coupe provenant d'un cas d'utérus infantile que je pus mettre à la disposition du Dr *Johnstone* pour ses recherches. Par conséquent nous voyons que cet état remarquable d'arrêt de développement et toutes les souffrances qui s'y rattachent correspondent précisément, comme état local de l'utérus, à celui qui est normal chez l'enfant. Le mécanisme nerveux, aussi bien que le système vasculaire particulier qui en dépend, oblige l'utérus à accomplir des fonctions

qu'il n'est pas apte à remplir et il en résulte des souffrances intolérables.

La figure suivante (Fig. 49) représente l'endométriun d'une fille de 13 ans, qui avait eu deux fois ses règles; on peut y voir le revêtement épithélial librement développé. Les fibres fines sont devenues granuleuses, les corpuscules sont plus nombreux et le tout est beaucoup plus riche en éléments appelés protoplasmiques, tandis que les bandes de tissu dense



FIG. 49. — Endométrium d'une femme âgée de 20 ans, au moment de la menstruation, montrant des follicules utriculaires dépourvus de leur épithélium, avec un follicule contenant encore son revêtement épithélial. Gros. 800.

persistent encore, et quiconque est familier avec le tissu adulte peut voir que cet état indique nettement un acheminement vers cette période.

La quatrième figure (Fig. 49) provient d'une femme adulte, âgée de 20 ans, et il existe déjà dans son endométrium tous les éléments qui sont indispensables pour recevoir et pour nourrir l'ovule par la formation de son placenta, c'est-à-dire

les fibres, les faisceaux, les feuilletés et les cellules nécessaires à son développement protoplasmique. Ainsi on peut dire qu'à cette époque l'endomètre a atteint son plus haut degré de développement en dehors de l'état de grossesse.

Cet état persiste pendant toute la période de l'existence, correspondant à la puberté.

La déchéance correspondant à la vieillesse se rencontre dans la dernière figure (Fig. 50), elle est indiquée par l'ab-



FIG. 50. — Endomètre d'une femme, âgée de 60 ans, montrant l'épuisement de tout l'organe. Gros. 800.

sence des faisceaux volumineux et par la minceur de toute la membrane. Les fibrilles semblent amincies, les corpuscules sont rares et les follicules utriculaires sont ratatinés et peu nombreux.

Comme nous pouvions nous y attendre, l'utérus infantile nous présente sous le microscope toutes les apparences d'un arrêt de développement, principalement dans les parties glan-

dulaires et la dernière des idées de *Johnstone* se « base justement sur l'examen d'un tel cas ».

Dans un cas d'arrêt de développement de l'utérus, dont je possède actuellement la préparation, l'organe mesure seulement 6 centimètres; la femme à laquelle il a appartenu, quoique âgée de 39 ans, et bien qu'elle soit particulièrement grande et forte, avait toujours eu une menstruation irrégulière, très douloureuse et difficile.

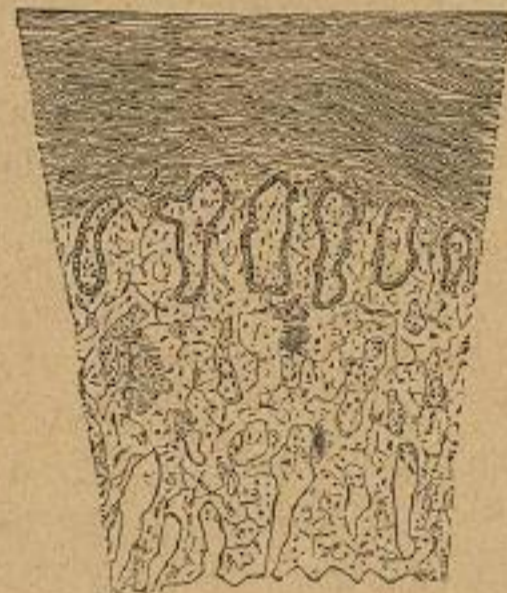


FIG. 51. — Coupe transversale de l'utérus d'une femme, âgée de 22 ans, qui mourut pendant la menstruation. La figure montre la desquamation de l'épithélium de la muqueuse et des glandes utriculaires (SUTRO).

« En considérant ainsi l'endomètre comme un organe adénoïde, et en étudiant la formation du placenta je m'explique facilement le mécanisme de la *dysménorrhée membraneuse* et la formation des *môles utérines*. Sous l'influence de quelque irritation anormale il se produit un *faux départ*, et il en résulte la formation d'un placenta rudimentaire; de sorte qu'après tout, il s'agit surtout dans ces cas de la perversion d'une fonction physiologique. Le traitement de l'endométrite chronique du corps par la curette, les caustiques chimiques, le fer rouge, et d'autres révulsifs puissants n'agissent pas seulement par l'ablation mécanique des tissus

indurés, mais à la suite de ces interventions le tissu retourne à l'état médullaire ou embryonnaire, et c'est en partant de cet état que les tissus peuvent revenir à leurs conditions normales ».

Quant aux rapports fonctionnels de l'utérus et des ovaires, *Johnstone* s'exprime en termes excellents et il confirme les faits dont *Ritchie*, *Reeves Jackson* et plusieurs autres se sont efforcés de démontrer l'exactitude, sans trouver auprès de leurs confrères le succès qu'ils méritaient.

Voici ce qu'il dit à ce propos (1) : « L'utérus, bien loin de constituer une simple annexe de l'ovaire, est un organe spécial aussi bien que l'ovaire lui-même, et nous comprenons actuellement ses fonctions comme indépendantes et absolument distinctes, aussi bien que nous connaissons celles de la matrice de l'œuf. Ses rapports avec l'activité ovarienne sont analogues à celles de deux divisions d'une armée, dont l'objectif particulier doit être exécuté complètement avant que l'objectif commun puisse être réalisé. Ils sont tous deux sous la dépendance de rameaux du sympathique, et, au lieu d'avoir leurs actions réciproques déterminées l'une par l'autre, les ordres qu'ils reçoivent émanent d'un pouvoir supérieur qui contrôle leur activité fonctionnelle ».

La muqueuse utérine est perforée sur toute son étendue par les prétendues glandes, dont les ramifications convertissent toute sa surface en une masse spongieuse. Tous ces canaux conduisent dans l'intérieur du corps utérin. Son revêtement épithélial consiste en une simple couche de cellules s'engageant dans chaque dédoublement des canaux glandulaires et constituant ainsi une couche protectrice pour le tissu mou protoplasmique. Lorsque par le fait d'une endométrite chronique villeuse la muqueuse devient trop épaisse il survient des hémorrhagies et une menstruation plus abondante, qui cèdent facilement à l'emploi de la curette. Ainsi que j'aurai

(1) *Transactions of the British Gynecological Society*, 1887, page 350.

encore l'occasion de le démontrer, nous avons ainsi l'explication complète des modifications pathologiques d'après les idées de *Johnstone*.

Johnstone attribue la différence entre les conditions que l'on observe chez la femme et celles qui existent chez les animaux inférieurs à la station debout. « Chez les deux ruminants que j'ai examinés, dit-il, il semble que la nature ait fourni l'endomètre d'un abondant réseau lymphatique, qui, en dehors de l'état de grossesse, élimine le surplus de la circulation exactement comme pourrait le faire un autre ganglion lymphatique. Mais chez la femme, où, de par sa position verticale, l'utérus doit compter sur la tonicité de ses propres fibres pour maintenir sa position, les tissus ne peuvent avoir la mollesse que produirait un réseau lymphatique. Ainsi, pour maintenir l'intégrité des parois utérines, le liquide est évacué dans la cavité utérine et de là il est expulsé à travers le vagin. »

C'est une explication des causes déterminantes du processus de la menstruation chez la femme.

« En dernier lieu, dit *Johnstone*, le microscope confirme ce fait, admis depuis longtemps, que la fécondation se produit plus volontiers à certains moments. Le fait, bien constaté, que la grossesse survient beaucoup plus facilement de suite après la menstruation, a toujours été l'écueil contre lequel se sont heurtés les auteurs soutenant la théorie de la *dénudation*. Il est plus simple de dire que la menstruation consiste en une évacuation périodique des corpuscules trop vieux ou trop altérés pour pouvoir former un placenta. Dépourvu de son épithélium, l'endomètre reste forcément l'analogue des tissus spongieux des ganglions lymphatiques et il est très facile d'observer le sang menstruel suintant à travers les mailles du tissu, comme la lymphe dans l'intérieur des ganglions, et entraînant avec lui les corpuscules, comme cela se passe continuellement dans la rate. Contre les idées

que j'ai avancées on pourrait faire l'objection suivante : comment se fait-il si l'utérus est un organe indépendant que l'ablation de ses annexes provoque l'arrêt de ses fonctions ? Je répondrai par une autre question, comment se fait-il que la section de la corde du tympan entraîne la destruction fonctionnelle de la glande sous-maxillaire, ou que de l'excision d'un tronçon du sciatique résulte l'atrophie, sinon la nécrose, de tout le membre inférieur ? »

Dans un travail plus récent, lu en 1887 à la réunion de l'*American Gynecological Society*, le Dr *Johnstone* a continué ses recherches sur cette question très intéressante et j'en ai déjà donné les résultats en détail.

Comme conclusion on peut déjà prévoir que ce sera sa grande simplicité qui formera la plus grande difficulté à l'acceptation de cette remarquable théorie de *Johnstone*, car il est certain que les physiologistes et les pathologistes n'accepteront, comme explication des processus naturels, que des théories compliquées, embrouillées et surtout incompréhensibles. La plus forte objection qui fut soulevée contre la théorie de *Darwin* sur l'origine des espèces, a été la sublime simplicité des processus par lesquels il l'expliquait. Ainsi je m'attends à ce que cette théorie de *Johnstone*, qui me semble devoir aussi bien expliquer l'acte physiologique de la menstruation que s'adapter à la pathologie de l'utérus et de ses annexes, restera probablement dans l'ombre pendant un siècle ou deux, jusqu'à ce que nous ayons échappé aux théories allemandes, qui n'ont fait, pendant les vingt-cinq dernières années, qu'aigrir la discussion.

Historique des affections tubaires. — Il sera toujours difficile d'adopter un ordre logique pour décrire les maladies des organes spéciaux de la femme. L'ordre chronologique n'est pas assez bien défini, ne donne pas une base suffisante pour pouvoir être adopté comme guide.

Les tumeurs d'origine ovarienne sont les maladies les plus

importantes des annexes de l'utérus, et par conséquent elles devraient attirer en premier lieu notre attention. Lorsque je ferai l'histoire de l'ovariotomie je ferai voir qu'il y a environ trois quarts de siècle le traitement des tumeurs ovariennes était alternativement heureux et fatal, et qu'il a été pendant plus de cinquante ans un champ de bataille entre ceux qui appelaient le progrès et ceux dont l'organisation mentale était telle, qu'ils s'y opposaient absolument. Même pendant mes années d'études (1860-65) la question « L'ovariotomie est-elle une opération justifiée ? » était un des sujets ordinaires de discussion et les tendances conservatrices exercèrent leur plein pouvoir en empêchant nos efforts de se diriger dans cette direction jusqu'en 1878.

J'en donnerai les raisons détaillées en temps et lieu. Pour le moment je me bornerai à dire que la réalisation de tout progrès semblait devoir être payée à un prix trop élevé ; en effet, avant l'abandon du clamp, la mortalité de l'ovariotomie était de 25 0/0. Il en résultait que toute intervention opératoire pour ces tumeurs était retardée aussi longtemps que les malades pouvaient s'en passer. On les ponctionnait, puis on les perdait de vue ; et plus la cure radicale était retardée, plus les dangers de l'opération étaient augmentés. On ne pouvait pas soupçonner, à ce moment, qu'il existât des affections autres que ces tumeurs volumineuses de l'ovaire, moins embarrassantes il est vrai, mais qui réclamaient un traitement chirurgical d'une manière tout à fait aussi impérieuse.

Je n'ai pu trouver nulle part une exception à cette règle avant le 11 février 1872, date à laquelle j'enlevai un petit ovaire, pas beaucoup plus gros qu'un œuf de pigeon. L'opération fut décidée à cause des souffrances intolérables éprouvées par la malade ; elles étaient occasionnées par un abcès dans le tissu de l'ovaire. Bientôt après je vis d'autres cas semblables et j'opérai de nouveau, rencontrant des collections purulentes ou autres dans les trompes de Fallope. De telle sorte que gra-

duellement j'établis comme règle générale de ma pratique de ne pas borner mes efforts à sauver les malades mises en danger par des tumeurs ovariennes, mais je les appliquai à un but plus élevé, celui de soulager toutes les souffrances ayant pour origine une affection pelvienne. Nous avons à présent combattu pour cette question pendant plus de seize ans, et l'histoire de cette lutte tiendra une certaine place dans ce volume. La victoire est restée au progrès, et non seulement nous avons fait sensiblement progresser l'art de guérir, mais nous avons en même temps contribué à débrouiller la pathologie, jusqu'alors si obscure, des organes pelviens de la femme.

Rien n'est plus intéressant dans l'évolution de tout progrès humain que d'en suivre l'histoire et de rechercher quelles en ont été les origines. Il est assez curieux de savoir que *Philipp Reis* inventa le téléphone dès 1859, et qu'il publia un mémoire détaillé et complet sur son invention en 1861, mais l'importance de tout son travail resta ignorée jusqu'à ce que sa découverte fût recueillie par *Graham Bell* en 1876. *Reis* mourut à l'âge de 40 ans, pauvre maître d'école, à Friedrichsdorf; *Bell* fit une fortune considérable.

Mais on oublie toujours la leçon fournie par de pareils exemples, et il est vraiment humiliant pour la race humaine de voir combien peu on tient compte aux inventeurs des idées qu'ils ont été les premiers à soutenir. Il en est ainsi dans la question qui nous occupe. Depuis des siècles les pathologistes ont décrit des affections tubaires, qui aujourd'hui attirent si vivement l'attention, et cependant leur existence est encore niée par quelques auteurs contemporains. « Il est vraiment extraordinaire, disait *Sir Spencer Wells* au Congrès international de Londres en 1881, qu'il existe autant de ces cas. Je n'en ai observé qu'un seul pendant toute ma vie. Peut-être vont-ils tous à Birmingham. »

Des cliniciens ont décrit depuis longues années leurs symptômes aussi bien que nous les connaissons actuellement, et

la guérison spontanée de certains cas de plaies abdominales indiquait déjà la voie à suivre pour leur traitement. Malgré tout cela nous n'avons pas profité des enseignements reçus de toute part.

Le premier travail sur la pathologie de la trompe de Fallope, que j'aie pu retrouver, se trouve être une observation de *Friedrich Ruysch*, en 1665, disant que l'occlusion des trompes est une cause de stérilité, fait qu'ignorent encore plusieurs de ceux qui ont pris part à une discussion récente, lorsqu'ils prétendaient qu'une femme perd son sexe à la suite de l'ablation de trompes de Fallope malades. *Josias Weitbrecht*, le grand anatomiste de Saint-Petersbourg, décrit dans ses observations anatomiques (1742) l'oblitération des trompes chez une femme qui resta stérile après avoir eu un enfant. En somme, c'était un cas exactement analogue à ceux que nous rencontrons si fréquemment et qui sont le résultat de périmérite puerpérale. *John Henry Brechtfeldt*, de Copenhague (1675), décrit un cas d'hydropisie de la trompe qu'il guérit par paracentèse, la femme ayant eu plus tard un heureux accouchement; mais dans ce cas l'exactitude du diagnostic de *Brechtfeldt* peut être mise en doute. Voici d'ailleurs son observation originale (1):

Hydrops dextrae tubae uteri paracenthesi curatus.

« Reverendi Don Justi Oldecops, pastoris in Neapoli, Hildesiana vigilantissimi conjugii tumor ingens in dextro inguine paulatim subnascitur, undi musculo psoas ita comprimatur ut nec corpusingere nec progredi sine ligneo adminiculo posset. Vocatus in consilium tumorem promissis universalibus per debita linimenta et emplastra satisdiu applicata resorbens tentu caterum dum eundem neg; discuss neg; emolliss sed, indies potius augmentum capere cerno ex tumoris figura

(1) *Acta Medica et Philosophica Hafniensia*, 1671, 2. C'est au Dr Heiberg, de Copenhague, que je dois la transcription du passage ci-dessus d'après un livre que je n'ai pu me procurer, L. T.

semicirculari et suppressis menstruis malum profundius delitescere et quidem in ipsa uteri tuba persuasus de paracanthesi cogita et dum aegram operi faventem intelligo chirurgum lanceolam in declivorem partem tumoris satis profundi adigere jubeo; sed cum nihil nisi modicum sanguinis efflueret tumidam longi usculam et duresculam vulnere intruderi lidem praecipia quam cum eodem die iterum extraheret aqua limpida et inodora ex vulnere cum impetu proselit quae deinceps ad plurimum librarum mensuram per vices extracta proeter illam quae per vacua musentorum spatia in cruris lateris affecti distillaverat illud; in immensum tumorem substulerat qui tamen fascus lineis phlegmate vitrioli conspersis cruri circumpositis salpius renovates intra paucos dies discussus est. Vulnus ultra trimestre spatium apertum servatum dein debite clausum matronam optima integrae sanitate restituta et post iterum impregnata filiolum sanam feliciter peperit servet iam porro altissimus merito charam conjugem liberis fidam matrem ».

Le Dr *Marcadé*, de Washington, a bien voulu me communiquer les résultats de ses recherches sur le même sujet, j'en donne un extrait dans ce paragraphe. *Nicolaus Tulpus* (1) cite le cas d'une *Cathalina Bonevallin*, qui mourut d'*hydrops in cornibus uteri*. Cette affection est aussi discutée par *Mey* (2). Dans des *Miscellanea curiosa* publiées en 1698, à Nuremberg, se trouve décrit un cas fatal d'hydropisie de la trompe droite chez une vierge, il survint en l'année 1660 et on en trouve un second à la page 232 du même ouvrage; *John Baptist Branchi* donne (3) aussi la relation d'un cas, où la trompe et son contenu pesaient 80 livres et *Mummicks* (4) cite un cas d'hydrosalpinx où le kyste et son contenu liquide pesaient 112 livres.

(1) *Observationes Medicorum*. — Amstel, 1642. — Obs. 44, Lib. IV.

(2) *Mey*, *Hydrops uteri tubarum*.

(3) *De Naturali et Vitiosa generatione*. — Turin, 1741, page 187.

(4) *Bibliotheca anatomica*. Utrecht, 1697, IV, page 624.

Je pense qu'il ne peut exister aucun doute que ces deux cas ont été en réalité des cas de kystes parovariens, avec les trompes hypertrophiées et étalées sur leurs parois, comme nous le voyons si souvent. Nous pouvons aisément nous imaginer qu'un observateur du XVII^e siècle ait pu commettre l'erreur que j'ai vu commettre à un chirurgien du XIX^e siècle, c'est-à-dire de prendre un tel kyste pour un ovaire ou une trompe dilatés.

Néanmoins ce n'est que depuis l'époque à laquelle écrivait *Astruc* (1761-66) qu'une sérieuse attention semble avoir été accordée aux affections des trompes de Fallope, et il est assez curieux de constater que ce que cet auteur nous dit sur ce sujet est plus complet, plus exact et beaucoup plus utile que ce qu'il nous raconte au sujet des maladies de l'ovaire. Il décrit l'hydrosalpinx, le pyosalpinx, et la grossesse tubaire avec une exactitude parfaite.

« Il peut se faire, dit-il, que l'ovule fécondé puisse s'arrêter dans la trompe, s'y fixer et s'y développer jusqu'à ce qu'il déchire la trompe et tue la malade. » Cette variété de grossesse dans la trompe de Fallope n'est pas très rare, selon lui. Il rapporte aussi d'après *de Graaf* que l'on peut trouver les extrémités frangées de la trompe adhérentes à l'ovaire et que cette lésion est une cause de stérilité.

Il cite à propos des trompes un autre fait bien frappant — fait qui est resté ignoré jusqu'à ce que son exactitude et son importance aient été de nouveau mises à jour par mes propres opérations et par les recherches pathologiques de *Kingston Fowler*, *Lewers* et *Grigg* :

« Il arrive constamment, dit-il, qu'à l'occasion d'une autopsie on constate la présence de lésions et de désordres sérieux des trompes, que l'on ne soupçonnait même pas pendant la vie. Cette ignorance épargne aux malades l'inquiétude qu'elles auraient si elles avaient été mieux informées, et aux médecins la nécessité de juger des conséquences de ces lé-

sions. » Puis il donne une sentence, écrite aux environs de 1750, que je recommande tout spécialement à l'attention de M. J. E. Burton, de Liverpool, dont une communication récente sur ces affections au Congrès international de Washington prouve simplement qu'il n'en a vu que fort peu et qu'il n'entend rien à la question. « Il est bien connu en théorie, dit Astruc, que l'inflammation commune se termine par la résolution aboutissant à la guérison, tandis que les cas d'abcès et de gangrène sont souvent mortels. L'hydropisie de la cavité des trompes a une marche très lente et les malades conservent ces hydrosalpinx pendant fort longtemps. »

Lorsque j'aurai à parler de la grossesse tubaire j'aurai encore à recourir aux observations si exactes d'Astruc sur ces lésions des trompes de Fallope.

On voit par ces citations que nos ancêtres connaissaient bien des choses que nous avons oubliées depuis lors, et il est vraiment étrange d'entendre nos critiques modernes déclarer inexacts des faits déjà cités dans les ouvrages d'Astruc, simplement parce qu'ils ont été décrits à nouveau depuis 1872. Antérieurement à cette époque les ouvrages des différents auteurs font, il est vrai, allusion aux affections tubaires; elles s'y trouvent décrites assez exactement, elles y sont reproduites dans de fort belles figures, mais la frayeur traditionnelle qu'inspirait le péritoine était si grande, que l'on n'entreprit rien pour leur guérison. C'est ainsi que Blundell a pu écrire: « Les trompes de Fallope peuvent être atteintes d'hydropisie, de dégénérescence squirrheuse, elles peuvent devenir le siège de grossesse extra-utérine et d'autres affections encore, mais il n'est pas besoin de s'y arrêter davantage. »

ANOMALIES DE DÉVELOPPEMENT ET MALFORMATIONS DES TROMPES.

Ainsi que l'utérus et les ovaires, les trompes de Fallope sont sujettes à des anomalies de développements et à d'autres malformations, quoique l'on trouve fort peu de renseignements sur ce sujet dans la littérature gynécologique. La seule malformation des trompes que j'aie rencontrée, consistait en l'existence d'une seconde extrémité frangée située à environ trois centimètres de distance de son extrémité externe. J'ai rencontré deux fois cette particularité; je pense qu'elle n'a pas d'autre importance que sa curiosité.

Les malformations qui ont le plus d'intérêt pour nous sont celles qui résultent d'erreurs de développement et qui sont l'analogie de celles de l'utérus et des ovaires, quoiqu'elles n'accompagnent pas toujours ces dernières. Ainsi un utérus infantile, ou même un utérus si petit qu'il est à peine perceptible, peut être accompagné de trompes de volume normal et d'ovaires normaux. Au contraire un utérus normalement développé, peut se rencontrer avec des trompes consistant en simples fils et d'ovaires petits et ratatinés. Lorsque les trompes sont insuffisamment ou mal développées, les ovaires le sont généralement aussi; mais ce fait comporte des exceptions.

Lorsque l'un des ovaires (ou tous les deux) n'est pas développé, l'utérus étant normal, on peut faire une curieuse remarque, que je n'ai vue décrite nulle part mais que j'ai notée plus d'une fois au cours de mes opérations. Les trompes sont à leur point d'insertion à la corne utérine normales comme volume, direction et rapport avec les autres organes; mais à une petite distance de l'utérus les plis du ligament large se séparent, leur sommet s'abaisse, s'aplatit et finalement les deux feuillets se perdent dans les parois du bassin, là où