

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 squirrhuse, 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

les trompes de Fallope se perdent dans l'élargissement du ligament large et on ne constate la présence d'aucun ovaire.

Dans la grande majorité de ces cas on peut supposer que ces malformations n'occasionnent pas d'autres troubles que la stérilité. Mais dans quelques cas exceptionnels les souffrances sont si grandes qu'elles réclament une intervention chirurgicale. Un cas typique de cette espèce me fut confié, peu de temps avant sa mort, par mon regretté ami le *D<sup>r</sup> Angus Mc Donald*, d'Edimbourg. Ce cas présente tant d'intérêt, que je désire en donner le détail.

Pendant un séjour que je faisais à Edimbourg à la fin de l'année 1885 et tandis que j'étais l'hôte du *D<sup>r</sup> Angus Mc Donald*, ce dernier me parla d'une opération qu'il avait pratiquée au mois de septembre chez une jeune femme pour des douleurs pelviennes très intenses, s'augmentant à chaque période menstruelle. Il avait eu l'intention d'enlever les annexes de l'utérus, mais il avait échoué d'un côté et l'opération n'eut d'autre résultat immédiat que d'augmenter les douleurs.

Il me demanda si je voulais me charger de cette malade, avec l'espoir que je pourrais peut-être trouver et enlever les annexes. Quelques semaines après notre conversation mon ami fut atteint de la maladie dont il est mort et les communications se rapportant à ce cas me furent fournies par le *D<sup>r</sup> N. T. Brewis*, d'Edimbourg, dont je reçus le 5 mars 1886 la lettre suivante :

« Le *D<sup>r</sup> Angus M. Donald*, auquel j'étais attaché comme assistant, ouvrit l'abdomen d'une jeune dame en septembre dernier avec l'intention de pratiquer l'ablation des annexes de l'utérus. Il réussit à les enlever du côté gauche, mais malheureusement il ne put trouver l'ovaire droit. Il dut refermer la plaie abdominale sans avoir achevé l'opération. Les symptômes douloureux avaient surtout été accentués du côté droit; la douleur existait dans la région de l'ovaire droit, et elles se prolongeaient le long du membre inférieur droit. L'opération n'améliora en aucune façon l'état de cette jeune dame, elle est partie il y a quelques mois pour Clifton et je lui ai fortement conseillé de vous consulter. J'ai

reçu une lettre d'elle, où elle me dit que c'est son intention, et je prends actuellement la liberté de vous écrire pour vous demander si vous voulez bien voir cette dame, et lui donner un conseil, soit pour une opération, soit pour faire ce que vous jugerez le plus avantageux. Si vous êtes assez aimable de vous charger de ce cas, voulez-vous lui écrire et vous arranger avec elle pour la voir prochainement? »

Je me mis donc en communication avec cette jeune dame et je reçus bientôt une longue lettre de sa mère, me faisant une description lamentable de ses souffrances. Elles avaient été sans aucun doute augmentées par l'opération incomplète pratiquée en septembre. Le 14 mars 1886 j'allai faire une visite à cette dame à Clifton, et j'arrivai de suite à la conclusion qu'aucune autre opération que l'ablation du corps de l'utérus ne pourrait améliorer l'état de cette malade. Aux symptômes antérieurs s'étaient récemment ajoutées des ménorrhagies; depuis l'opération l'écoulement menstruel avait augmenté de quantité, et en même temps les douleurs étaient devenues plus intenses. A l'examen local il était évident que le fond de l'utérus était très gros, et qu'il était déjeté du côté gauche.

Je rouvris l'abdomen et je trouvai exactement l'état des parties que m'avait décrit le *D<sup>r</sup> Angus Mc. Donald*. On voyait nettement sur le ligament large gauche une cicatrice froncée, seul témoin de l'ancienne opération; il était sain, et on ne voyait aucune trace des anciennes ligatures. Du côté droit, on sentait la trompe, partant de la corne utérine, s'engageant dans le ligament large, mais à une certaine distance de l'utérus ce dernier s'étalait, s'aplatissait en bas et se perdait dans les parois pelviennes. De ce côté, on ne pouvait découvrir aucune trace d'ovaire. J'attirai l'utérus en dehors de la plaie abdominale, je séparai la trompe de Fallope du ligament large incomplet aussi loin que je pus le faire; je dégageai l'utérus et plaçai une ligature aussi bas que possible vers le col, je la serrai fortement par un nœud de Staffordshire et j'enlevai plus des deux tiers de l'organe. La malade fit une rapide guérison.

Je trouvai dans la paroi de l'utérus un petit myome, pas beaucoup plus volumineux qu'une noisette. Le développement de cette tumeur après la première opération est à noter et il ne peut exister aucun doute que sa présence explique l'exacerbation des douleurs et les ménorrhagies. La trompe de Fallope droite se trouva être parfaitement normale; comme je l'ai déjà dit, elle se perdait dans le tissu cellulaire du ligament large.

La convalescence de la malade fut excessivement lente, car à la fin de l'année, après un séjour de plusieurs mois dans le Midi, elle avait fait beaucoup moins de progrès que je n'avais espéré. La malade pouvait marcher (ce qu'elle n'avait pas fait pendant plusieurs mois avant l'opération) mais pas plus de dix minutes. Elle était très sensible au froid, sa circulation semblait se faire très mal. Il existait encore une apparence de menstruation, mais irrégulière, peu abondante et relativement sans douleurs. Actuellement elle a une excellente santé et elle peut jouer au lawn tennis. La menstruation a entièrement cessé et elle ne souffre plus du tout.

*A partir du point où nous sommes arrivés, il me semble indiqué de décrire d'ensemble et parallèlement les modifications pathologiques qui affectent les trompes et les ovaires, car en considérant les processus pathologiques dont nous avons à nous occuper en premier lieu, — c'est-à-dire ceux dus à l'inflammation, — les deux organes annexes de l'utérus ont des rapports si intimes que le plus souvent il est impossible de les séparer. Même alors qu'ils ne sont pas atteints simultanément, le fait semble plutôt dû à l'arrêt du processus inflammatoire qu'à une localisation remontant à l'origine de l'accident.*

## Ovarites et salpingites

La nutrition de l'ovaire se transforme avec l'établissement de la menstruation; celle-ci peut s'accompagner chez les jeunes filles délicates de douleurs vives. Cela peut tenir à un état d'incomplet développement de l'utérus ou des trompes. Les règles peuvent alors être irrégulières, insuffisantes ou au contraire profuses.

La clinique semble prouver que beaucoup d'affections des ovaires sont dues à des troubles de la circulation dans la glande; l'anatomie pathologique n'a pas encore fait la lumière sur ces faits plus que sur bien d'autres.

Je conserverai la division des maladies des organes annexes de l'utérus dues aux altérations de la circulation sanguine, que j'ai adoptée il y a près de 16 ans. Je les diviserai donc en cinq groupes, ne différant probablement que par le degré de gravité, sauf les cas où l'ovarite aiguë a une origine spécifique. Ce sont:

- 1° L'hypérémie ovarienne.
- 2° L'ovarite aiguë.
- 3° L'ovarite chronique.
- 4° La salpingite aiguë.
- 5° La salpingite chronique.

### HYPÉRÉMIE OVARIENNE

Faire une distinction entre l'hypérémie ovarienne et l'ovarite semblera peut-être vouloir pousser à l'extrême les subtilités du diagnostic, mais je suis convaincu depuis longtemps que cette différence existe réellement. L'hypérémie