

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

ovarienne doit se produire de différentes manières, car nous la voyons survenir dans un certain nombre de conditions diverses; parfois elle est absolument indépendante d'une affection analogue des trompes de l'utérus, mais le fait est rare.

Dans la métrite chronique, les trompes et les ovaires sont aussi intéressés, comme on pouvait le prévoir. Dans les cas d'utérus infantile, lorsque les souffrances deviennent si intenses que nous devons intervenir chirurgicalement, nous trouvons fréquemment les trompes fortement congestionnées et accompagnant un utérus qui ne présente que la moitié ou le tiers de son volume normal. Dans ces cas on a toute raison d'admettre que l'arrêt de développement de l'utérus, et l'arrêt ou la diminution consécutive de l'écoulement menstruel ont déterminé un apport sanguin plus considérable dans les annexes de l'utérus; il se produit alors de l'*hypérémie ovarienne* qui est probablement la cause immédiate des souffrances intolérables de ces malades.

On la rencontre aussi chez des filles vierges à utérus normal. Les ovaires sont alors deux ou trois fois plus volumineux que normalement, ils sont en prolapsus dans le cul-de-sac de Douglas, mais ils n'ont subi aucune altération pouvant être attribuée à une poussée inflammatoire. Sous cette forme, l'*hypérémie ovarienne* est loin d'être une affection rare et en général l'anamnèse et l'évolution de l'affection sont bien caractéristiques, le symptôme principal consiste presque toujours en ménorrhagies.

J'ai soigné il y a quelques années un cas typique, dont voici le résumé :

Fille de parents à tempérament nerveux bien accentué; bien développée. Réglée pour la première fois peu après treize ans. Dès le début ses règles furent abondantes et tout d'abord non douloureuses, elles duraient généralement de six à sept jours. Vers l'âge de 14 ans, sa santé s'altéra. Elle devint nonchalante, endormie, perdit la mémoire. Lorsque je la vis pour la première fois, elle était évidemment *anémique*.

Deux ou trois jours avant les règles, la pression forte sur la région ovarienne déterminait une vive douleur portant au cœur. Pendant la menstruation cette douleur apparaissait sous l'influence de la moindre pression, mais entre les règles on ne pouvait pas la produire; sa santé ne semblait jamais meilleure que pendant l'écoulement.

Il s'agit évidemment dans ces cas d'*hypérémie* non seulement de l'ovaire, mais de tout l'appareil sexuel, résultant peut-être, ou accompagnant seulement l'organisation de l'activité utérine. Elle n'est pas en elle-même dangereuse, il n'y a de péril que dans les pertes mensuelles exagérées que produit l'anémie.

Je pus suivre le cas dont je viens de parler pendant plusieurs années, et j'obtins enfin une guérison complète.

Ce ne fut pas sans avoir eu beaucoup de peine à convaincre les parents de la nécessité pour la fille d'un repos absolu, indication principale dans un pareil cas. A seize ans (1884) elle fut envoyée à l'école malgré mes énergiques protestations, et ce fut seulement après un essai d'une année et lorsque les mauvais résultats devinrent évidents qu'elle me fut confiée sans restriction pour suivre son traitement. Les mauvais résultats constatés à l'école provenaient de deux sources différentes; d'une part, la jeune malade ne pouvait se faire dispenser de ses leçons pour observer le repos absolu au lit pendant toute la durée de ses règles, repos qui lui était absolument indispensable, et d'autre part, elle fut traitée par les ferrugineux par un praticien aussi inexpérimenté qu'obstiné, qui en fait de maladies des jeunes filles ne connaissait que l'anémie, et n'avait pas d'autre traitement que les ferrugineux à hautes doses.

De la nature des cas découle leur traitement. La congestion pelvienne se produit uniquement au moment de la menstruation. Aussi la malade doit-elle absolument garder le lit pendant toute la durée des règles, et cette pratique seule suffira déjà pour guérir la plupart de ces cas. — Les directrices d'école

se plaignent de ne pouvoir garder leurs élèves si elles perdent toute une semaine par ce repos au lit, et prétendent que les jeunes filles de leur temps n'avaient pas besoin de ce repos. Aujourd'hui, ce repos leur est indispensable, dussent-elles perdre le quart du temps consacré aux leçons.

Les ferrugineux, administrés avec précaution, constituent le traitement souverain de l'anémie, mais lorsqu'elle ne reconnaît pas une cause accidentelle comme *des hémorrhagies*. D'autre part, si quelque chose me semble bien établi, c'est que les ferrugineux déterminent l'hypérémie des organes pelviens.

Au contraire les sels de potasse combattent cette hypérémie. Tous les sels de potasse ont cette action spécifique, pourvu qu'ils n'influencent pas la digestion, comme quelques-uns d'entre eux le font. On peut prescrire le tartrate ou le citrate de potasse à la dose de 30 centigrammes. Le nitrate de potasse à la dose de 3 à 6 centigrammes peut être utile, il en est de même du bicarbonate à doses de 15 à 20 centigrammes. Mais avant tout je considère le chlorate de potasse à la dose de 20 à 30 centigrammes comme le remède souverain de toutes les congestions pelviennes. Je crois que ce dernier médicament est surtout avantageux par le fait qu'il est absolument inoffensif, qu'il est bien toléré, qu'il ne donne lieu à aucune éruption cutanée, et qu'il peut être prescrit à des doses plus fortes et être administré pendant beaucoup plus longtemps que tous les autres sels de potasse.

J'ai aussi lu quelque part, qu'il n'était pas éliminé très rapidement par les reins, comme le sont les autres sels, et cela peut être la plus importante indication à son emploi. Il donnera des résultats très satisfaisants dans presque tous les cas d'hémorrhagies utérines, qui ne sont dues ni à un polype fibreux, ni à un cancer. Je le prescris généralement à doses de 30 centigrammes, avec une infusion amère et deux gouttes d'acide chlorhydrique dilué pour le dissoudre; je le

combine avec l'ergotine pendant l'époque des règles, si c'est nécessaire.

Quant à la destinée utérine de ces malades, je crois que leur histoire menstruelle redevient normale après qu'elles ont eu un enfant, la gestation semblant rectifier en grande partie l'excitation anormale. Si ces femmes ne se marient pas, elles continuent à souffrir de ménorrhagies, elles deviennent extrêmement anémiques; la ménopause s'établit à l'époque habituelle. J'ai eu à différentes reprises l'occasion d'observer que le mariage, sans même qu'il en résultât des grossesses, semble agir favorablement, en ce sens qu'il modifie l'hémorrhagie menstruelle. Dans d'autres cas cependant le mariage semble aggraver la situation; il détermine de l'ovarite chronique, des déplacements des ovaires, qui finalement détruisent entièrement la santé.

Le traitement de ces cas doit, si possible, être commencé dès le début. Tout effort intellectuel doit être évité et je proscriis tout spécialement la musique. Obliger une jeune fille, pendant sa formation, à rester assise sur un tabouret de piano, le dos non soutenu, tambourinant vigoureusement pendant plusieurs heures sur un piano, ne peut être que préjudiciable à sa santé.

J'ai été enchanté de constater que ces principes, tirés d'un de mes précédents ouvrages, ont été utilisés et répandus par quelques personnes désireuses de réformer les écoles au point de vue hygiénique, et qu'ils ont été notamment commentés et approuvés par mon ami le Dr *Milner Fothergill*.

Je veux par conséquent encore insister sur ce que le repos absolu est une partie essentielle du traitement dès le début de l'hypérémie ovarienne, et j'ai à peine besoin de dire que c'est dans cette période que le traitement a le plus de chance de réussir. Ce repos doit être observé rigoureusement, la malade devant rester couchée pendant quelques jours avant les règles, pendant toute leur durée et pendant quelques

jours après l'écoulement. L'application d'un révulsif sur la région de l'ovaire, immédiatement avant les règles, est parfois très utile.

L'hypérémie pelvienne peut résulter des excès de coït auxquels se livrent la plupart des jeunes mariées. — Il est fréquent de constater des ménorrhagies pendant les premiers mois de la vie conjugale, avec hypéresthésie de la région péri-utérine.

Les règles augmentent de durée et ne sont plus séparées que par des périodes de quelques jours. Cette affection est extrêmement fréquente chez les jeunes prostituées, elle aboutit souvent à l'inflammation chronique des annexes, avec adhérence du pavillon de la trompe de Fallope à l'ovaire, et atrophie consécutive de tous les organes sexuels. La guérison dépendra naturellement de la disparition de la cause ; dans les cas graves la guérison ne peut être obtenue que par l'ablation des ovaires et des trompes.

Les modifications pathologiques, survenant dans ces cas d'hypérémie ovarienne suffisamment graves pour réclamer une intervention opératoire, sont très caractéristiques. Les ovaires sont très volumineux et leur coloration normale est remplacée par une teinte rosée et un aspect œdémateux. Les pédicules sont plus allongés et le plexus pampiniforme est plus développé que normalement ; on trouve que les organes sont situés en arrière de l'utérus, celui-ci étant généralement replié sur eux. Ils sont parsemés de petits kystes.

J'arrive maintenant aux modifications qui se produisent dans les organes annexes de l'utérus consécutivement aux *processus inflammatoires spéciaux*. Je devrais ici discuter ou recommander quelque théorie sur l'inflammation, tout au moins attaquer les théories actuelles, si je ne peux en proposer une de mon fonds. Je n'en ferai rien. Actuellement la théorie à la mode est celle qui attribue tout aux microbes, et ceux-ci se glissent partout pour expliquer *l'inexplicable*.

J'aurai l'occasion de revenir sur ce sujet plus tard ; je dirai simplement ici que durant ma courte existence j'ai déjà dû apprendre et oublier six théories différentes sur l'inflammation. Chacune d'elles a été aussi violemment défendue que la théorie microbienne actuelle et cinq d'entre elles ont déjà éprouvé le sort qui menace cette théorie. Il existe une quantité énorme d'observations de grande valeur sur les processus inflammatoires, mais nous ne possédons pas encore une théorie qui les explique tous.

Nous sommes certains d'une seule chose, — nos ancêtres la connaissaient déjà fort bien, et actuellement nous ne sommes pas plus avancés — c'est que le processus inflammatoire peut être divisé en trois stades différents : a) *la congestion* ; b) *l'exsudation* ; c) *la résorption ou suppuration*. Ce sont des expressions anciennes et démodées actuellement, mais elles expriment des faits, et elles sont absolument indépendantes des théories radicales et éphémères.

J'ai parlé plus haut de *l'hypérémie des organes annexes de l'utérus*, état qui semble plutôt passif qu'actif, quoiqu'il puisse sans aucun doute se transformer très aisément en un processus inflammatoire. Dans un cas pareil il n'est pas nécessaire de supposer que le processus secondaire ait une origine *spécifique* (comme on le prétend aujourd'hui pour tout), et qu'il s'agisse d'un *coccus*, car nous ne pensons pas qu'un genou affecté d'arthrite chronique, et où survient, à la suite d'un traumatisme, une poussée aiguë, a dû recevoir nécessairement un *coccus* dans l'intérieur de l'articulation.

Mais il existe certainement des *inflammations spécifiques des organes annexes de l'utérus*, qui sont dues à des causes *spécifiques*, et nous pouvons en parler ici ; les premières en date sont celles sur lesquelles j'ai le premier attiré l'attention il y a seize ans, *les maladies exanthématiques*.

Il y a longtemps que l'on sait que dans le cours de certaines affections zymotiques, plus particulièrement de la rougeole et

de la scarlatine, les garçons peuvent être atteints d'orchites, et je me souviens avoir vu mentionner quelque part le fait qu'une pareille inflammation du testicule pouvait être suivie d'atrophie de l'organe ou de la perte de ses fonctions. Je ne puis cependant appuyer mon souvenir en produisant des indications bibliographiques exactes.

Le D^r *Macfie Campbell*, de Liverpool, me donne dans une lettre, datée du 26 octobre 1883, la relation du cas suivant :

Je soignais cette année, au mois d'avril, un jeune garçon de 15 ans pour une rougeole; il avait en même temps une orchite double, le testicule gauche étant comme d'habitude plus gravement atteint. La tuméfaction disparut bientôt sans beaucoup de difficultés, en somme l'attaque avait été légère. Mais il y a quelques jours il revint me faire voir son testicule gauche, qui comme il disait « se ratatinait complètement. » Il avait un volume infantile, de plus de moitié plus petit que le droit, et le scrotum avait un aspect inusité, dû au fait que le côté droit descendait considérablement plus bas que le gauche.

En 1870 et 1871 et surtout en 1874, je remarquai que parfois la péritonite pelvienne aiguë succédait à la scarlatine et la variole. La maladie débute dans les ovaires. Ayant pu suivre pendant longtemps deux de ces cas, je constatai que la menstruation diminuait considérablement, qu'elle s'accompagnait de dysménorrhée grave et que dans un des cas elle finit par cesser. Ces faits m'amènèrent à penser que les accidents primitifs étaient dus à l'inflammation des annexes de l'utérus, qui devait elle-même dépendre des maladies zymotiques antérieures.

La terrible épidémie de variole, qui sévit à *Birmingham* de 1872 à 1874, me permit de continuer mes recherches. Je ne vois rien à changer aux conclusions que j'ai données autrefois à ce sujet.

J'ai été appelé de 1872 à 1874 quatre fois pour des affections pelviennes qui n'étaient que des cas de variole. Dans un de ces cas les symptômes, précédés d'un frisson subit, se localisèrent dans le bassin; je constatai une ovarite double aiguë.

La malade était enceinte, elle avorta le cinquième jour, puis l'éruption de variole devint confluyente. La convalescence fut longue, et les règles n'ont pas reparu. A l'hôpital, j'ai rencontré un grand nombre de cas analogues.

Dans mes autopsies, il m'est arrivé souvent de trouver les ovaires atrophiés bien avant la ménopause. Une seule fois j'ai pu me procurer des détails sur la malade au point de vue qui m'occupe. Elle avait été réglée seulement entre 20 et 30 ans, époque à laquelle elle semblait avoir eu la scarlatine.

Il est évident pour moi que certains exanthèmes sont l'origine d'une forme d'ovarite bien distincte, quant à ses effets, de l'inflammation ovarienne que j'ai appelée péri-ovarite. Elle a pour conséquence la cirrhose de l'ovaire avec atrophie des éléments glandulaires et prédominance des éléments fibreux.

Ce processus me semble dû à la résorption des éléments glandulaires de l'ovaire, l'élément fibreux persistant. Mais d'après le D^r *Saundby* la question n'est pas élucidée. Il est probable que, dans la cirrhose, la transformation régressive des éléments existants joue un rôle plus important que la migration des cellules provenant des vaisseaux sanguins ou la prolifération des corpuscules du tissu connectif.

En même temps que cette transformation fibreuse des ovaires il se produit des adhérences avec les trompes qui s'atrophient consécutivement. En général, elles ne s'oblitérent pas; quand le fait se produit leur cavité se remplit de sérosité, et je n'ai jamais rencontré de *pyosalpinx* causé par les maladies exanthématiques.

La cirrhose de l'ovaire peut s'accompagner de cette atrophie utérine que *Simpson* a appelée super-involution de l'utérus (1). Cette affection est très rare; elle est analogue aux

(1) Cette atrophie ne va jamais jusqu'à la disparition complète du tissu utérin. Il peut devenir cependant si mince qu'une sonde perce facilement la paroi comme dans le cas publié dans le *British Medical Journal*, par le D^r *Whitehead*, de Manchester. J'ai déjà parlé de ce fait que j'explique par l'existence d'une fistule métrô-péritonéale.

arrêts de développement de l'utérus ; son mécanisme nous reste inconnu. La seule autopsie que nous en possédions est celle qu'a publiée *Simpson* lui-même. Les cas de cette affection que j'ai eus à soigner avaient succédé à une maladie infectieuse ; le plus souvent l'origine était un avortement. Pour moi ce processus est le résultat d'une inflammation survenant au moment où se fait l'involution utérine. Dans un cas, je réussis à rétablir la menstruation par l'emploi de pessaires galvaniques ; mais quand on en cessait l'emploi, les règles ne se montraient plus et des crises épileptiformes survenaient.

Chez nombre de femmes atteintes d'atrophie ovarienne in-



FIG. 52. — Cirrhose exanthématique de l'ovaire.

flammatoire en dehors de l'état puerpéral, l'utérus ne s'atrophie pas, ne se trouvant pas en involution au début de l'inflammation ovarienne.

Dans un cas que j'ai cité avec tous ses détails dans mon *Traité des Maladies des ovaires*, l'application de pessaires galvaniques fournit d'abord de bons résultats ; puis les règles cessèrent et la malade fut prise de crises épileptiformes telles qu'on l'envoya dans un asile d'aliénées. Pensant alors que cette épilepsie pouvait dépendre d'une cirrhose exanthématique de l'ovaire, je proposai la castration. L'opération fut pratiquée le 11 août 1879 ; le 18, les points de suture furent enlevés ; le 23, la malade se leva ; je la revis le 29 septembre, elle était complètement guérie.

Les ovaires furent examinés par mon ami *Alban Doran*. Ils étaient de volume à peu près normal, mais leur surface était sillonnée de circonvolutions comme un cerveau en miniature, à la coupe ils présentaient l'aspect que représente la figure 53. Nous possédons donc dans la castration le moyen de soulager efficacement les souffrances de malades incurables par d'autres procédés.

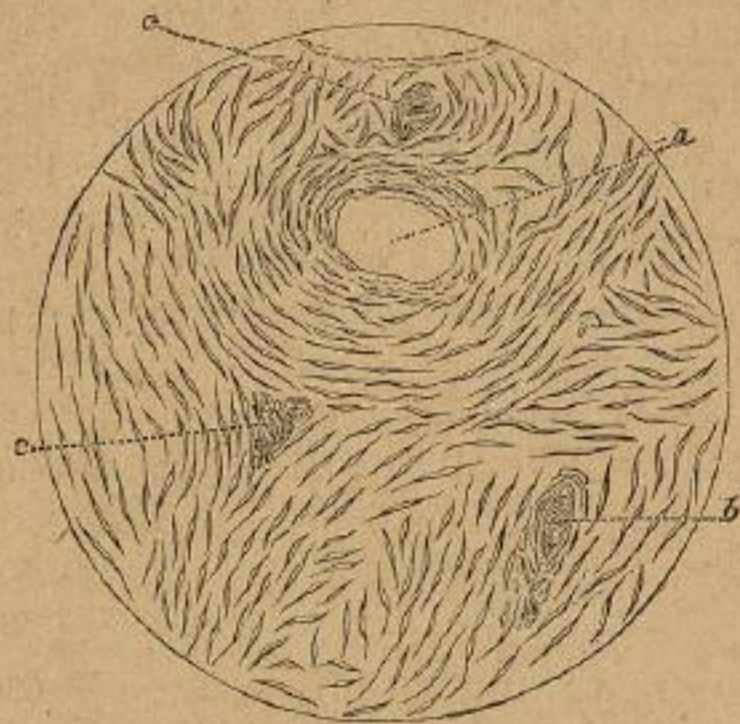


FIG. 53. — (d'après *Alban Doran*). — Coupe de l'ovaire représenté dans la figure précédente. 250 diamètres ; a, artériole normale, c, vestiges probables des vaisseaux oblitérés par pression du tissu néoformé.

La castration fut faite en 1872 par *Hegar*. Je la pratiquai quelques jours après lui avant que l'article qu'il publia sur son cas eût pu parvenir en Angleterre. Il n'y a donc aucune raison de donner à la castration le nom d'opération de *Batley*, cet opérateur n'ayant pratiqué l'ablation des ovaires qu'après la publication du mémoire de *Hegar* et du mien.

Mes conclusions au sujet de l'influence des maladies infectieuses sur les ovaires ont été confirmées par de nombreux travaux, notamment par ceux du D^r *Lebedinsky*.

L'ovarite chronique peut résulter, comme je l'ai dit, de l'hy-

perhémie menstruelle, elle peut aussi être le reliquat de l'ovarite aiguë, mais son étiologie principale est réellement limitée entre les excès de coït et la masturbation d'une part, et les maladies infectieuses d'autre part, en y comprenant sans doute la syphilis.

Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de vérifier à l'autopsie le diagnostic d'ovarite chronique posé par moi pendant la vie. Elle était certainement le résultat de rhumatisme aigu. Les ovaires étaient volumineux, mous, recouverts de lymphes et parsemés de follicules hypertrophiés; tout autour le péritoine était épaissi. Le pavillon de la trompe gauche adhérait à l'ovaire.

Dans un autre cas qui me fut envoyé par le D^r Bradley, de Dudley, j'obtins la guérison par la castration; malheureusement elle fut retardée dans son cours par la production d'une hématocele. Les ovaires enlevés présentaient tous les caractères de l'ovarite interstitielle que produit le rhumatisme.

J'ai eu l'occasion d'observer un grand nombre de cas, qui au début ont un caractère moins grave, mais où il survient par la suite une déviation utérine, dont nous avons déjà parlé, mais qui présente en plus quelques caractères particuliers. Au début de mes études sur les affections pelviennes j'avais émis l'opinion que la *rétroversion utérine* était très rare chez les vierges et qu'alors elle était toujours d'origine congénitale. Aujourd'hui j'ai dû modifier considérablement cette opinion.

Cette déviation n'est pas aussi rare que je le supposais, et je suis disposé actuellement à ne plus la regarder comme congénitale, mais bien comme le résultat d'une inflammation péritonéale survenue pendant l'enfance. Je suis absolument certain qu'elle est généralement associée à la *péri-ovarite des maladies exanthématiques*. J'ai eu différentes occasions très favorables pour vérifier ce fait et l'observation de ces

cas a contribué à m'expliquer la pathologie de quelques-uns de mes cas de *rétroversion utérine*.

Lorsque l'on rencontre une *rétroversion* ou une *rétroflexion* chez une jeune femme non mariée, qui est restée chaste, on constate presque toujours que l'utérus présente les caractères d'un organe infantile, le col est petit, conique, mal développé, et tout l'organe est atrophié. La *rétroversion* n'est généralement pas accompagnée de flexion, car le plus souvent on trouvera que l'organe est droit, mais aplati en arrière contre le rectum et fixé à cet organe par des adhérences. Lorsqu'il est *fléchi* en arrière, il présentera les mêmes caractères et on verra qu'une *rétroversion* à un degré plus ou moins prononcé accompagne toujours cette flexion. C'est dans ces cas que les efforts, pratiqués dans le but de remettre l'organe en position normale, ne peuvent être que nuisibles.

Dans l'examen *post mortem* dont je viens de parler, pratiqué pour des raisons toutes différentes, il s'agissait d'une jeune dame que j'avais soignée bien des années auparavant; je connaissais assez exactement l'état de ses organes pelviens. Elle me fut amenée pour des troubles menstruels, accompagnés de douleurs. A cette époque elle était âgée d'environ 23 ans; elle avait été réglée à 14 ans, et à l'âge de 15 ans, pendant qu'elle était en pension, elle avait eu une scarlatine assez grave.

A ce moment on ne fit pas grande attention aux complications pelviennes, mais d'après ce que la malade me raconta il est parfaitement certain qu'elle eut une poussée de *péri-ovarite exanthématique*.

Bientôt après elle eut deux ou trois fois des règles très abondantes, mais peu douloureuses; à partir de cette époque sa menstruation commença à devenir moins abondante jusqu'à s'arrêter presque complètement, et lorsque je la vis pour la première fois elle était réglée à intervalles irréguliers de

4, 10 ou 12 semaines, l'écoulement durait seulement un jour ou deux, il était très peu abondant et s'accompagnait de quelques légères douleurs.

Après un traitement général continué pendant environ une année, sans en obtenir le moindre bénéfice, j'informai la malade et sa mère qu'un examen pelvien devenait nécessaire. Je trouvai un exemple typique des cas dont je viens de parler. L'utérus n'avait pas la moitié du volume qu'il aurait dû avoir, il était recourbé légèrement en arrière et il adhérait complètement à la paroi postérieure du cul-de-sac de Douglas.

Tous les efforts modérés que je pus faire ne contribuèrent pas à le ramener en position normale, et, me rappelant de cas analogues que j'avais observés, je déclarai qu'il s'agissait d'un cas d'atrophie de l'utérus et de ses annexes, due à une ancienne poussée inflammatoire survenue dans le cours d'une scarlatine. Je déconseillai tout traitement local et cet avis fut écouté.

Après la mort de la jeune dame j'obtins la permission de faire un examen du bassin et je trouvai l'état des parties exactement tel que je l'avais diagnostiqué. Les ovaires étaient petits, — à peine plus volumineux que des fèves, — ridés et, ainsi que les trompes, adhérents au plancher pelvien. Les trompes étaient aussi atrophiées et l'utérus lui-même n'était certainement pas plus gros que celui d'un enfant de 10 ou 12 ans. Des brides d'adhérences reliaient tous ces organes aux tissus environnants, principalement à la paroi postérieure du cul-de-sac recto-utérin, de sorte que cette cavité était en somme oblitérée.

Le Dr *Littlejohn*, l'éminent directeur de la salubrité de la ville d'Edimbourg, me procura deux autres spécimens, provenant de ses autopsies; ils sont de même espèce et d'après l'apparence extérieure ils ont probablement la même origine.

Au Musée d'accouchements de l'Université d'Edimbourg existe une autre préparation, sur laquelle mon attention fut

attirée par le professeur *Simpson*. L'aspect extérieur de ces préparations est le même que celui que nous constatons dans bien des cas où nous devons enlever les annexes de l'utérus pour une inflammation chronique de ces organes, et l'histoire des malades est également caractéristique pour la marche chronique de l'affection.



Fig. 54. — Dessin d'une préparation communiquée par le Dr *Littlejohn*. Elle provient d'une prostituée et a été enlevée à l'occasion d'une autopsie médico-légale. — a. Vessie. — b. Fond de l'utérus. — c. Kystes tubo-ovariens. Adhérences fibreuses allant de a au rectum et c à l'intestin grêle.

Je pourrais citer un grand nombre de cas, dans lesquels l'affection chronique a eu comme point de départ l'atrophie et où les souffrances ont été si intenses que les malades ont été obligées de consentir à l'enlèvement des organes malades. Parfois le mariage ne fait qu'aggraver la situation et chez plusieurs de mes malades, qui présentaient un début d'atro-

phie et d'adhérences des annexes, les lésions ont subi une nouvelle poussée à la suite des rapports conjugaux.

L'histoire d'autres malades est plus lamentable; tombées entre les mains de gynécologues partisans enthousiastes des théories mécaniques, elles ont été traitées comme si tous les accidents provenaient uniquement de la rétroversion ou de la rétroflexion utérines, et elles ont été soumises à l'application de toutes les espèces de pessaires. D'autres encore ont vu leur état s'aggraver à la suite d'opérations pratiquées pour sténoses du canal cervical, la sténose étant le résultat de l'affection des annexes, et non pas un état pathologique réclamant par lui-même l'intervention.

Qu'il me soit permis de donner ici cinq observations de malades, qui serviront à préciser ces cas et à faire voir les différents incidents qui peuvent les accompagner.

I. — A. B., âgée de 22 ans, fut réglée à l'âge de 13 ans, très régulièrement jusqu'à l'âge de 15 ans, époque à laquelle elle eut une forte attaque de scarlatine. Après cette maladie sa menstruation devint trop fréquente, trop abondante, les périodes ayant généralement une durée de 8 ou 10 jours et les intervalles entre les règles étant rarement de plus de 15 jours. La perte totale était très abondante et pendant toute cette période les douleurs étaient intenses. Elle menait depuis huit mois l'existence d'une véritable invalide, lorsqu'elle me fut amenée; depuis le moment où elle était tombée malade elle avait toujours suivi quelque traitement. Après sa scarlatine elle avait été vue par différents médecins fort distingués et depuis lors elle avait été encore soignée par deux ou trois spécialistes.

Lorsque je la vis, les conditions étaient telles que je les ai déjà décrites: utérus petit, infantile, en rétroflexion et fixé par des adhérences; de chaque côté, les annexes de l'utérus ne pouvaient être senties qu'indistinctement et ils étaient également immobilisés par des adhérences.

Je conseillai l'ablation des annexes malades, et cette opération fut faite le 18 juillet 1882.

Mon diagnostic se trouva complètement confirmé, la guérison fut facile et la malade n'a jamais eu ses règles depuis lors. Après des troubles d'une durée de quelques mois, provenant de cette ménopause artificielle, tous les symptômes disparurent et elle jouit actuellement (1888) d'une parfaite santé.

II. — A. C..., âgée de 33 ans, mariée depuis 11 ans, a eu cinq enfants,

dont le dernier 4 ans avant l'opération. Bientôt après son accouchement elle eut une scarlatine sévère, et elle ne put nourrir son enfant pendant sa maladie; lorsque ses règles reparurent, elles furent très douloureuses et abondantes. La convalescence de son accouchement et de sa scarlatine dura une dizaine de semaines et même après elle souffrait encore de douleurs pelviennes, pour lesquelles elle fit un séjour de 10 semaines à l'infirmerie de North Staffordshire.

Je la vis pour la première fois en 1882 et je trouvai l'utérus en rétroversion et en rétroflexion, plutôt plus volumineux que normalement, les annexes avaient contracté des adhérences dans toutes les directions. Je conseillai leur ablation et elle se fit avec beaucoup de difficultés.

Pendant quelques mois après l'opération elle eut ses règles irrégulièrement, mais vers la fin de 1884 elles cessèrent complètement, sans jamais reparaitre depuis; elle est actuellement en parfaite santé.

III. — M. A..., âgée de 29 ans, mariée depuis dix ans, a eu un enfant un an après son mariage, elle a eu une scarlatine grave, accompagnée de complications pelviennes très nettes; après sa guérison elle fut réglée toutes les deux ou trois semaines, très abondamment pendant huit ou dix jours; après chaque période elle avait une leucorrhée abondante durant jusqu'aux règles prochaines. Environ quatre ans plus tard, sa menstruation commença à devenir très douloureuse. Malgré un grand nombre de traitements variés, suivis pendant plus de trois ans et demi et recommandés par différents médecins, son état s'aggrava graduellement jusqu'à ce que ses souffrances devinrent si intenses, qu'elle s'habitua à prendre de l'alcool et de l'opium en grande quantité afin d'être un peu soulagée.

Je l'opérai le 3 janvier 1880 et je trouvai les conditions déjà décrites précédemment. Elle fit une excellente guérison, et au mois d'août 1881 j'appris qu'elle allait parfaitement bien; état qui s'est maintenu depuis lors.

IV. — Il y a une vingtaine d'années je fus consulté par une jeune dame pour une dysménorrhée très intense; je trouvai un utérus infantile et fixé en arrière dans le bassin. Ignorant à ce moment la véritable nature de ces cas, je m'efforçai pendant quatre ou cinq ans de corriger la déviation par toutes espèces de procédés ingénieux; la patience de ma malade fut vraiment admirable. J'essayai des anneaux, des leviers, des tiges intra-utérines de toute espèce, mais je n'en retirai aucun bénéfice. Je me décidai à laisser ma malade en repos pendant une année entière, mais il n'en résulta aucune amélioration. Je pris l'avis de deux des gynécologues les plus éminents, et bien malheureusement tous deux m'encouragèrent à poursuivre mon traitement mécanique; ce que je fis, mais sans en tirer comme auparavant aucun bénéfice. Découragé, j'envoyai ma malade dans une station de bains. Elle y eut une poussée subite de péritonite et mourut.

L'autopsie fit reconnaître qu'il s'agissait de la rupture d'un pyosalpinx, et actuellement je me rends compte que mon traitement mécanique a pu être l'origine de cette lésion. Il s'agissait évidemment d'un cas de périmérite ancienne, probablement d'origine exanthématique; la rétroversion n'était qu'un incident et non pas l'affection principale. Jamais on ne doit traiter ces cas par les pessaires; un autre cas également malheureux m'a confirmé dans cette opinion. Les pessaires ont probablement fait plus de mal que de bien aux malades par l'usage aveugle et malheureux que l'on en a fait.

V. — C. W., âgée de 34 ans, vint me voir pour la première fois en 1883. Elle était mariée depuis douze ans et n'avait jamais été enceinte. A l'âge de 16 ans elle était en pension à Cologne; ses règles avaient débuté deux ans auparavant; elle avait eu une maladie, dont elle avait failli mourir, mais sur laquelle elle ne pouvait me donner d'autre renseignement sinon qu'elle avait sévi dans toute la pension. Certainement il s'agissait de la scarlatine. Depuis lors sa menstruation avait été défectueuse. Elle s'était mariée malgré l'avis contraire du vieux docteur de sa famille, qui était un ami autant qu'un médecin.

Elle ne sut me dire pourquoi il avait donné cet avis, mais elle croyait avoir compris qu'il se basait plutôt sur des motifs sociaux que sur des raisons d'ordre médical.

Le mariage ne fut pas heureux, car elle constata bien vite qu'elle ne pouvait supporter son existence matrimoniale; les deux époux se séparèrent après moins d'une année de vie commune.

Depuis lors jusqu'en 1883, elle fut constamment soignée par de nombreux praticiens pour une déviation utérine. En 1876, *Marion Sims* lui fit une opération portant sur l'utérus.

Pendant près de deux ans elle resta couchée la plupart du temps sur le ventre ou sur le côté pour suivre les prescriptions d'un des partisans les plus enthousiastes de l'école mécanique. Elle fit quatre saisons à Kreuznach. Tout fut inutile.

Ainsi que je l'ai déjà dit, je la vis en 1883, et je reconnus ce cas pour un de ceux dont je viens de parler. Je conseillai l'enlèvement des annexes de l'utérus. Cette proposition fut repoussée dès que j'eus expliqué qu'elle rendait toute grossesse ultérieure impossible. Son seul désir était d'arriver à guérir son déplacement utérin, de retourner chez son mari et d'avoir un enfant. Elle ne pouvait absolument pas admettre mon opinion que chez elle la rétroversion n'était qu'un simple incident, et que la véritable lésion siégeait dans les annexes de l'utérus.

Pendant près de trois ans, je n'entendis plus parler d'elle jusqu'à ce qu'elle vint réclamer l'opération. Elle avait de nouveau consulté un grand nombre de spécialistes, qui tous lui avaient promis la guérison par une méthode ou par une autre, entr'autres le galvanisme intra-utérin, mais son état s'était plutôt aggravé qu'amélioré.

Je l'opérai en 1885 et je trouvai, ainsi que je l'avais prévu, que le déplacement utérin était dû à des adhérences qui ne pouvaient être rompues par aucune espèce de traitement et que je n'essayai pas même de détruire, ayant mes doigts dans le bassin. Les ovaires et les trompes étaient si atrophiés et avaient contracté des adhérences telles qu'il était certain que toute grossesse était impossible dès l'âge de 16 ans, et que les douze années pendant lesquelles elle avait souffert avaient été entièrement inutiles. L'opération de l'enlèvement des annexes aurait dû être pratiquée de suite après son mariage.

Après environ douze mois de convalescence elle était en si parfaite santé que j'allai voir son mari et je lui dis qu'elle pouvait actuellement reprendre la vie commune. Les deux époux vivent ensemble depuis deux ans, ils sont parfaitement heureux.

Le cas suivant est encore un exemple des résultats déplorables, auxquels on arrive en traitant au moyen des pessaires ces lésions consécutives aux fièvres exanthématiques.

Mme H. me fut envoyée en octobre 1886 par le Dr *Johnston*, de *Leicester*. Elle avait été réglée à 14 ans. A l'âge de 15 ans elle fit une maladie probablement de nature exanthématique, mais ce qu'elle me raconta à ce sujet n'est pas très net. Il survint un arrêt de la menstruation mais elle reparut 8 ou 9 mois après. Puis elle commença d'être assez régulière, chaque période durant 8 à 10 jours; elle était excessivement abondante, s'accompagnait de grandes douleurs pendant les deux premiers jours et précédée de douleurs durant plus d'une semaine. Elle se maria à l'âge de 23 ans et deux ans plus tard elle consulta un célèbre accoucheur de Londres pour sa stérilité et ses souffrances continuelles. Cet accoucheur dilata l'utérus et y introduisit une tige. Une semaine plus tard elle eut une poussée de pelvi-péritonite, dont la formation fut envisagée comme une tumeur sanguine. Il se produisit plus tard un abcès, qui semble s'être ouvert dans le vagin. Elle resta alitée pendant quatre mois, très gravement malade.

Je la vis en octobre 1886, et je trouvai que ses règles étaient très abondantes, qu'elles avaient une durée de 7 ou 8 jours et qu'elles étaient très douloureuses; l'état de la malade était pire que jamais: elle ne pouvait marcher au moment de ses règles, ne pouvait pas supporter les rapports conjugaux. Les annexes à gauche étaient absolument immobilisées et il existait deux grosses masses globuleuses fluctuantes de chaque côté

de l'utérus. Je diagnostiquai un pyosalpinx double et je conseillai l'ablation des annexes.

J'opérai le 11 novembre 1886 et je trouvai tout le contenu pelvien fixé en une seule masse ; les deux trompes étaient distendues par une grande quantité de pus et les ovaires étaient détruits.

La malade fit une heureuse guérison, mais malheureusement il se produisit une hématocele du ligament large gauche, qui retarda passablement sa convalescence. Lorsque je la vis en janvier 1888 sa santé s'était considérablement améliorée.

Je ne mets pas en doute que dans ce cas il devait déjà exister, avant la dilatation et l'emploi d'une tige intra-utérine, une affection de la trompe, probablement un *hydrosalpinx* ; mais le fait de l'application d'un pessaire intra-utérin transforma cette affection relativement bénigne en *pyosalpinx* virulent pour lequel j'eus à intervenir.

Je n'ai pas l'intention de m'occuper ici de cette question, tant discutée, de l'enlèvement des annexes de l'utérus, j'en parlerai plus tard, mais il existe un ou deux points spéciaux, se rapportant à ces cas d'adhérences et d'atrophie d'origine exanthématique, qui ont une grande importance. Le premier est que, si nous pouvions reconnaître ces lésions à temps, il serait de notre devoir de *déconseiller le mariage à ces malades*.

J'ai vu dernièrement un cas très prononcé où l'atrophie était complète et la menstruation arrêtée dès l'âge de 19 ans. Cette malade se maria à 23 ans et la sénilité prématurée sembla alors avoir fait tant de progrès qu'elle s'étendait même au vagin ; lorsque je la vis, environ deux ans après son mariage, le col utérin ressemblait à un petit bouton, situé dans un canal étroit et absolument irrégulier. Comme elle avait été réglée normalement de 13 à 15 ans nous pouvons affirmer que jusqu'à ce moment ses organes avaient dû avoir leur volume normal et remplir exactement leurs fonctions. Dans le cours de sa seizième année elle fut atteinte d'une variole assez grave, accompagnée de pelvi-péritonite, et c'est à

cette date que remontait l'atrophie des organes. Différentes tentatives avaient été faites pour dilater le canal cervical au moyen d'instruments et d'incisions, mais le seul résultat obtenu avait été l'augmentation de ses souffrances. Je conseillai la séparation des époux et c'est ce qui fut fait ; et je pense qu'un état local pareil constitue un motif suffisant de divorce.

Les femmes qui ont une rétroversion de l'utérus avec adhérences souffrent toujours beaucoup au moment des rapports conjugaux et ceci constitue dans les cas prononcés un des arguments en faveur de l'ablation des annexes. Nous nous occuperons des autres arguments en faveur de cette opération en temps et lieu.

Quant à la technique de cette opération deux ou trois points spéciaux doivent toujours être présents à l'esprit. Le premier est le suivant : comme la marche de l'affection a été essentiellement chronique, et que nécessairement il s'est écoulé plusieurs années depuis le début de l'affection, les adhérences seront toujours *solides* et difficiles à rompre. Par conséquent ces opérations seront surtout du ressort de chirurgiens ayant déjà acquis une certaine expérience. Le débutant est presque certain de s'arrêter au milieu et de laisser l'opération inachevée et c'est la raison principale pour laquelle cette intervention a été assez mal reçue par certains critiques.

Ces chirurgiens, qui ne se sont essayés que sur quelques malades, ont déclaré qu'il était impossible de faire l'ablation dans ces cas et par conséquent ils ont abandonné cette opération. J'ai fréquemment réussi à enlever les annexes dans des cas où d'autres avaient échoué avant moi ; mais lors de mes premiers débuts j'ai échoué plusieurs fois moi-même ; j'y suis revenu après avoir acquis une plus grande expérience et j'ai réussi dans une seconde, parfois dans une troisième opération et j'ai ainsi obtenu la guérison de mes malades.

Actuellement je suis tout à fait convaincu *qu'entre les mains d'un opérateur compétent il n'y a pas d'adhérences des an-*

nexes de l'utérus qui ne puissent être détachées et qu'aucune opération ne doit être laissée inachevée. Les opérations inachevées doivent être regardées comme l'opprobre de la chirurgie abdominale, et rien ne peut discréditer davantage les opérateurs qui s'en rendent coupables.

Ainsi que je l'ai dit, la rétroversion utérine avec adhérences n'est qu'un simple incident dans ces cas, et on ne doit pas s'en préoccuper. *Après l'ablation des annexes et après l'arrêt de la menstruation, l'utérus ne donnera plus lieu à aucun trouble sérieux.*

Les adhérences utérines donnent lieu à des graves hémorragies lorsqu'on essaie de les détacher, et il est très difficile de se rendre maître de ces hémorragies. Dans les quelques cas où j'ai essayé de détacher ces brides, j'ai toujours eu à regretter mon intervention.

Matthews Duncan parlant de l'ovarite chronique pense que ces cas sont presque incurables; *Matthews Duncan* étant accoucheur et ne pratiquant pas la chirurgie abdominale, nous avons tout lieu d'admettre qu'il se prononce sans se laisser influencer par aucun préjugé chirurgical. Il nous cite à l'appui de son opinion quelques observations de malades, chez lesquelles il employa toute espèce de traitement sans en obtenir aucun résultat satisfaisant.

Pour ma part, je crois aussi que chez nos malades d'hôpital cette affection ne peut être assez améliorée pour que ces femmes puissent continuer à gagner leur vie; dans ce cas l'opération est toute indiquée.

Chez les malades appartenant à la classe aisée, on pourra obtenir quelquefois la guérison sans intervention opératoire; elles peuvent en effet s'accorder le repos nécessaire, suivre plus exactement et avec plus de persévérance les prescriptions et les conseils de leurs médecins et il est possible d'empêcher chez elles les récidives si fréquentes pour cette affection.

Symptômes de l'ovarite chronique. — Ils sont très varia-

bles; cependant on rencontre dans tous les cas certains caractères uniformes, suffisamment nets pour que l'on puisse leur attribuer une réelle importance pour préciser le diagnostic.

La *douleur* existe toujours, elle siège plus souvent à gauche qu'à droite, et lorsqu'elle est bilatérale elle est généralement plus accentuée du côté gauche. Les malades indiquent toujours la région inguinale comme le point où la douleur atteint son maximum d'intensité. Elle est presque continuelle, mais devient plus forte pendant la station debout, pendant les trajets en voiture et au moment des règles. Pendant ces périodes d'exacerbation, elle se prolonge le long des cuisses et dans la région dorso-lombaire et elle s'accompagne souvent d'une douleur réflexe sous le sein du même côté. Cette douleur est parfois si forte que la malade se voit obligée de marcher demi-pliée, sans pouvoir se tenir droite. Elle est augmentée par la pression, et le toucher de l'ovaire malade par le vagin provoque une douleur toute particulière, qui porte au cœur et qui est caractéristique.

L'ovaire affecté est souvent en prolapsus et par conséquent les rapports sexuels sont toujours douloureux, parfois même intolérables. Dans quelques cas plus rares, j'ai observé que cette douleur, au lieu d'augmenter d'intensité au moment des règles, cessait ou diminuait considérablement dès que l'écoulement menstruel faisait son apparition.

Les règles sont toujours abondantes, mais dans quelques cas ces ménorrhagies sont dues à l'endométrite ou à la salpingite qui accompagnent l'ovarite chronique et ces affections peuvent aussi réclamer une intervention chirurgicale. Je crois que dans ces cas de fortes hémorragies ce sont surtout les *trompes qui sont intéressées* par le processus inflammatoire. J'ai constaté à différentes reprises que lorsqu'il existe une véritable cirrhose de l'ovaire il se produit bientôt une atrophie de ces glandes et des organes annexés, et comme conséquence

de ce changement les règles *diminuent* en quantité. Dans les cas accompagnés de fortes hémorrhagies les ovaires sont *hystiques* et, dans les autres, l'hypertrophie de la glande est formée par un tissu solide.

Nous savons actuellement que l'*ovarite chronique* se présente sous deux formes pathologiques bien distinctes, qui probablement répondent à deux processus morbides différents.

Les *ovaires hystiques* sont entourés d'adhérences, probablement dues à des inflammations circonscrites, résultant de la rupture de ces petits kystes. Cette forme a été bien étudiée et décrite par *Matthews Duncan* et j'ai eu à différentes reprises l'occasion d'observer les différents stades de la rupture de ces petits kystes, de sorte que je ne mets pas en doute l'exactitude de la description de cet auteur distingué. J'ai présenté il y a quelques années à la *Pathological Society* un kyste de la trompe de Fallope, pour lequel j'avais constaté qu'à différentes reprises il s'était produit une rupture, toujours suivie d'une poussée de péritonite aiguë.

Il est évident que dans un cas de ce genre l'exploration doit être faite avec les plus grandes précautions, car il est toujours très désagréable pour une malade de voir ses douleurs augmenter à la suite d'un examen pratiqué sans les ménagements nécessaires.

L'examen par le toucher, à l'aide de la sonde utérine ou du spéculum, doit être fait avec une extrême prudence. On constatera la présence de l'ovaire ou des trompes déplacées soit en arrière de l'utérus, soit au niveau de la partie supérieure du col utérin. J'ai déjà parlé à une autre occasion des graves ennuis et même du danger que l'on peut faire courir à sa malade en appliquant dans ces cas des tiges ou des pessaires, lorsque l'on prend ces organes en prolapsus pour le fond d'un utérus en rétroflexion, je n'insisterai pas davantage.

OVARITE ET SALPINGITE D'ORIGINE GONORRHÉIQUE

J'ai à présent à m'occuper d'un groupe assez important de cas d'inflammation des annexes de l'utérus, due à une infection spécifique, c'est-à-dire de ceux qui sont le résultat d'une blennorrhagie. A mesure que j'ai acquis plus d'expérience je me suis mieux rendu compte de la grande fréquence et de l'importance de cette cause étiologique dans les affections spéciales à la femme.

Chez la femme la blennorrhagie même à l'état aigu est souvent difficile à découvrir et je suis certain que des centaines, sinon des milliers de cas d'infection gonorrhéique, surviennent chaque année et donnent lieu à des désordres fort graves, quelquefois même mortels, sans que les victimes de cette affection se doutent le moins du monde de l'origine de leur mal.

Quelques-uns des auteurs les plus compétents parmi ceux qui se sont occupés de la blennorrhagie chez l'homme pensent que c'est une maladie dont on ne guérit en somme jamais. Comme je n'ai que peu ou point d'expérience sur cette affection chez l'homme, je ne puis exprimer d'opinion sur ce sujet, mais si je juge d'après ce que j'ai entendu dire sur cette question par mes malades et par leurs maris, je suis tout disposé à accepter cette opinion. Je ne vois en effet que cette façon d'interpréter et de comprendre ce qui se passe dans un grand nombre de cas. L'histoire suivante m'a été racontée des douzaines de fois : — Un jeune homme contracte à 18 ou 20 ans une blennorrhagie grave ; il suit un traitement fort judicieux et quelques semaines plus tard il se dit et se croit guéri. Il reste bien portant et assure que cette première leçon lui a suffi et qu'il ne s'est plus exposé à une nouvelle contagion. A 26 ou 27 ans il épouse une femme parfaitement chaste.