

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.

Une dizaine de jours après ce mariage surviennent chez les deux époux des symptômes gonorrhéiques bien manifestes; la jeune mariée a eu une poussée de *pelvi-péritonite* et quelques mois ou quelques années plus tard elle devra avoir recours à une opération pour l'ablation d'un pyosalpinx. D'où provient cette blennorrhagie?

Il serait téméraire de soupçonner l'inexactitude de l'histoire racontée par le mari, de l'accuser d'une nouvelle fredaine et de l'infection de propos délibéré d'une femme qui va devenir la compagne de son existence, quoique certains auteurs allemands considèrent le cas comme une *anecdote frivole*.

D'ailleurs cette explication ne concorde pas avec les faits que nous observons journellement et qui tendent plutôt à prouver que la blennorrhagie n'a jamais été complètement guérie, qu'elle n'a fait que sommeiller. Elle se réveille à la suite des premiers rapports conjugaux et gagne rapidement le canal génital de la femme.

L'ouvrage de *Noeggerath*, traduit par *Sinclair*, me fournit une confirmation de ce que j'avance. « Un homme a, dit-il, contracté une blennorrhagie. Quoique la maladie semble avoir disparu sans laisser après elle la moindre trace, le malade peut néanmoins propager l'infection à un moment donné. La jeune femme, jusqu'alors bien portante, commence à se plaindre quelques semaines après son mariage. Il lui devient plus difficile de vaquer à ses devoirs domestiques, et la marche, qui auparavant ne lui causait aucune fatigue, lui cause un sentiment de lassitude; la menstruation devient plus abondante et il survient des douleurs pelviennes pendant les premiers jours des règles; un léger écoulement vaginal persiste après chaque période et, augmentant graduellement, il se continue bientôt dans l'intervalle de deux périodes menstruelles. Quelques mois plus tard surviennent des douleurs plus intenses, localisées en général d'un côté du bassin, et enfin la malade est obligée de s'aliter et de réclamer l'as-

sistance médicale par le fait de la fièvre, des douleurs pelviennes, de l'augmentation de l'écoulement. Suivant la gravité de l'accès, elle devra garder le lit pendant des semaines, sinon pendant des mois, perdant ses forces, luttant pour son existence même, enfin arrivant lentement à la guérison, mais pour rester stérile et invalide pour le reste de ses jours.

« La femme qui est mariée dans ces circonstances devient assez fréquemment enceinte; pendant sa grossesse, elle souffre de douleurs pelviennes, qui le plus souvent sont envisagées par elle-même et par son médecin comme conséquences nécessaires de son état; aussi ne reçoivent-elles pas l'attention qu'elles mériteraient. Il arrive même que ces symptômes s'accroissent au point de réclamer un traitement actif, ayant pour but d'éviter une fausse couche. Enfin l'accouchement se fait, et il est suivi d'une endométrite grave avec péri-métrite; le développement de cette inflammation peut survenir soit immédiatement après l'accouchement, soit, et c'est plus fréquemment le cas, huit ou quinze jours, ou même six à huit semaines plus tard. »

Mais *Noeggerath*, partisan de la théorie microbienne, veut nous persuader que, pendant la longue période comprise entre l'accident primitif du mari et l'époque de son mariage, quelques « gonocoques » sont restés tranquillement à sommeiller dans le canal de l'urèthre, « attendant qu'il se passe quelque chose », et qu'ils sont ainsi la cause de tout le mal. Cette théorie absurde met ses partisans dans une position insoutenable, d'où ils ne peuvent sortir, battus en brèche par leurs propres opinions.

Si le jeune homme avait eu de nouveaux rapports avec une nouvelle femme infectée, il aurait eu une nouvelle blennorrhagie. Mais si, pendant sa lune de miel, il s'était conduit avec quelque modération, son urèthre n'aurait pas été atteint d'une récurrence de son ancienne affection et sa femme

ne fût pas devenue malade. Les gonocoques auraient pu continuer leur existence tranquille sans avoir rien à se reprocher. Le fait est que les gonocoques sont le *résultat* de la maladie et non pas la *cause*.

Différents observateurs (*Sænger, Oppenheimer, Lomer*) ont trouvé le coccus spécifique chez environ 30 0/0 des femmes enceintes ! C'est un nouveau genre de folie « la *cocci-phobie* ». *Sinclair* lui-même est atteint de cette maladie, car il cherche à expliquer — ingénieusement mais sans succès — une des difficultés que je viens de faire ressortir, la *gonorrhée latente*, de la manière suivante : « Les gonocoques sont peu nombreux et affaiblis, nous dit-il, ils font probablement complètement défaut dans les émissions périodiques d'un homme continent. Ce sont seulement les excès qui suivent la nuit de noces qui leur rendent la vigueur nécessaire pour devenir nuisibles. » L'idée d'un *coccus affaibli* est vraiment une trouvaille. Les observateurs allemands les plus avancés reconnaissent qu'ils ne peuvent trouver et démontrer la présence de ces petites bêtes, dès que la période aiguë est passée, et néanmoins l'urèthre n'est jamais guéri de cette affection, car il est toujours prêt à un nouveau développement du virus suivi de l'infection d'une autre victime.

J'entendais dire il y a fort longtemps par un chirurgien distingué, un de mes maîtres, que, s'il était condamné à avoir une maladie vénérienne, il préférerait la syphilis à la blennorrhagie. Cela m'étonnait et je n'ajoutais pas grande confiance à son dire, mais je reconnais actuellement que si en émettant cette opinion il pensait à la femme, il avait pleinement raison. La syphilis est une affection relativement bénigne. Elle peut bien causer quelques ennuis et quelques désordres, même quelques souffrances, mais je doute fort que des femmes y succombent. En admettant encore que la syphilis fasse dix victimes, la blennorrhagie en fera mille, et il faudrait rassembler les souffrances d'une centaine de cas

de syphilis pour arriver à la somme d'années de souffrances que peut occasionner un seul cas de pyosalpinx d'origine gonorrhéique.

J'ai publié en 1873 une observation très intéressante d'ovarite ayant intéressé alternativement les deux ovaires.

J. K., 25 ans, mariée depuis 3 ans, nullipare, sans antécédents gonorrhéiques bien nets, entra à l'hôpital pour une ovarite aiguë gauche. L'ovaire guérit en quelques semaines, mais il resta un peu gros et très sensible, peu mobile. Deux mois plus tard l'ovaire droit se prenait à son tour ; puis j'eus à la soigner pendant quelque temps tantôt pour l'un, tantôt pour l'autre ovaire, mais ils ne furent jamais atteints en même temps et aucune de ces poussées aiguës ne se trouva coïncider avec la menstruation, qui, toujours irrégulière, devint graduellement plus rare, moins profuse. On peut expliquer ce cas en supposant que l'infection traversa les trompes et atteignit les ovaires sans présenter d'autres manifestations ailleurs.

Cette observation fut publiée de nouveau dans la première édition de ce volume en 1877 et je me souviens très bien qu'une revue me plaisait agréablement à ce propos en considérant l'observation comme un véritable tour de force de diagnostic. Mais l'histoire ultérieure de ce cas confirma mon diagnostic, car en 1880 j'enlevai ces annexes et je trouvai un pyosalpinx double et une ovarite chronique. Ce fut ce cas qui me donna la première idée de la gravité de l'infection gonorrhéique des annexes de l'utérus.

Un autre cas que j'ai aussi publié est le suivant :

Il y a quelques années un gentleman, marié depuis peu de temps, rencontra dans une ville voisine de sa résidence une ancienne amie qu'il avait connue comme étudiant. Quelques jours après il arrivait chez moi avec les premiers symptômes d'une gonorrhée et avec la crainte terrible de l'avoir communiquée à sa femme. Je l'engageai à cesser tout rapport avec elle ; sa blennorrhagie fut légère et guérie au bout d'une semaine. Désirant prendre ses vacances annuelles il m'amena sa femme pour savoir si elle n'était pas malade et je ne constatai aucune trace de vaginite. J'autorisai par conséquent leur voyage. Trois jours après je fus appelé chez elle et je constatai une inflammation *très grave* de l'ovaire gauche. Quelques semaines après elle était mieux, mais l'ovaire était resté aussi volumineux qu'une petite orange, il était immo-

bile et très sensible. L'ovaire droit fut pris à son tour et après une très grave maladie il resta aussi volumineux et immobile. Depuis lors elle n'a jamais été réglée et elle est restée incapable d'exercice; elle ne peut supporter les rapports sexuels; la seule indication serait l'ablation des annexes de l'utérus.

Dans ces cas il est certain que le poison a dû pénétrer dans l'utérus et les trompes de Fallope, puisqu'il s'est propagé de la trompe à l'ovaire probablement au moment où les franges de la trompe se trouvaient en contact avec lui; mais il est assez surprenant qu'il n'y ait jamais eu de vaginite.

J'ai eu depuis lors l'occasion d'observer à différentes reprises le fait signalé dans ce cas, l'absence de vaginite spécifique; les observations remarquables du Dr *Sinclair* ont confirmé le fait que je soupçonnais depuis longtemps, à savoir que la blennorrhagie peut être communiquée à l'utérus sans que le vagin soit intéressé et cela probablement dans les cas les plus graves de la pratique. Le Dr *Sinclair* va jusqu'à dire: « On croit en général que la forme aiguë de la gonorrhée se présente toujours sous la forme d'une vaginite, et pourtant c'est encore une question de savoir si la vaginite blennorrhagique existe réellement. Le vagin semble être la dernière portion du tractus génital qui soit affectée de blennorrhagie et c'est la première qui guérit sous l'influence d'un traitement antiseptique. »

Je n'irai certainement pas aussi loin que lui, car la vaginite aiguë, indubitablement d'origine gonorrhéique, ne s'étendant pas plus loin, est très fréquente parmi ma clientèle hospitalière. Mais je suis tout disposé à affirmer qu'il y a un certain nombre de cas, où l'infection gonorrhéique s'attaque immédiatement à l'utérus et de là à travers les trompes à la cavité péritonéale; dans ces cas nous ne trouvons jamais la vaginite initiale.

La dernière observation dont j'ai parlé est certainement aussi intéressante que la précédente sur l'ovarite *alternante*,

car après environ onze années de souffrances je décidai la patiente à consentir à l'ablation des annexes de l'utérus. Je les trouvai fixés ensemble par des adhérences, formant un double kyste tubo-ovarien à contenu caséux. La convalescence fut longue, mais la santé de la patiente s'est améliorée depuis lors et elle est revenue à un état qu'elle n'avait pas connu pendant toute son existence matrimoniale.

Mes premières observations sur l'inflammation gonorrhéique des annexes de l'utérus ont été faites en 1870 et 1871 et elles sont citées dans le *Hastings Prize Essay* (1). Comme ce mémoire a été écrit à la fin de 1871 et au commencement de 1872, et qu'il a été entre les mains des juges pendant plusieurs mois, il est bien évident que ces conclusions sont entièrement indépendantes de celles du Dr *Noeggerath*, dont le travail n'est pas arrivé en Angleterre avant 1873, et dont je n'ai eu personnellement connaissance qu'en 1876.

Je mentionne ces dates simplement parce que quelques critiques allemands ont prétendu que j'avais tiré mes idées du mémoire de *Noeggerath*, on voit ce que cette assertion peut contenir d'exact. Mes opinions se sont formées d'une manière indépendante et n'ont aucunement changé depuis lors, autrement que pour être confirmées.

Des travaux publiés sur cette question, de beaucoup le meilleur, est celui du Dr *William Japp Sinclair*, que j'ai déjà cité, et qui a paru récemment (2). Je lui dois bien des renseignements sur l'état actuel de la théorie microbienne de cette maladie, théorie qui a été tant discutée. Ce travail semble être très complet sur tout ce qui concerne l'histoire de la question, jusqu'au moment où il a été écrit.

Il est impossible de discuter cette question si intéressante, mais si embrouillée, sans toucher un peu à la théorie zymotique de l'inflammation, qui est actuellement à la mode et qui

(1) *British Medical Journal*, 1873.

(2) On Gonorrhœal Infection in Women, *Medical Chronicle*, Manchester.

a été naturellement étendue à la blennorrhagie. On a découvert un « gonocoque, » et un « diplocoque », et ils ont été trouvés dignes d'être rendus responsables de la blennorrhagie.

Les affirmations sur tout ce qui se rapporte à cette question ont été si positives, mais en même temps si dénuées de fondement qu'elles rappellent les anciennes théories phlogistiques. La théorie microbienne a eu un succès tout particulier en Allemagne, et le travail de *Sinclair* est un résumé important et très clair de la masse innombrable des travaux dont les bactériologistes allemands nous ont inondés ces quatre ou cinq dernières années.

Je dois avouer que j'avais dû renoncer depuis quelque temps à les suivre, car j'y perdais mon temps et ma peine, et par conséquent je suis très reconnaissant au Dr *Sinclair* de nous avoir donné son résumé.

Je veux seulement exprimer mes regrets de ce qu'un critique comme lui se soit laissé entraîner à cette *folie microbienne*, mais je ne mets pas en doute qu'il en guérisse bientôt, car elle est absolument inconciliable avec les faits cliniques que nous rencontrons chaque jour et que des Allemands sont trop disposés à écarter comme des *anecdotes frivoles*.

Le savant allemand est toujours disposé à considérer le *simple praticien* comme une espèce d'idiot, surtout lorsqu'il se refuse à admettre l'infailibilité des théories de sa prétendue science. Le Dr *Sænger*, de Leipzig, a été tout particulièrement sévère envers moi pour cette raison; mais les injures ne sont pas des arguments et les microbes du Dr *Sænger* sont actuellement aussi loin d'être admis que le premier jour où il les a fait connaître.

La doctrine qui prétend que ces organismes spéciaux peuvent être dans quelques exemples la cause de maladies spéciales, peut être exacte — je pense qu'elle est probablement vraie. Je vais même plus loin et je dirai que dans la fièvre in-

termittente on peut admettre comme démontré que la cause de la maladie est un bacille. Mais nos amis les Allemands, vont trop loin lorsqu'ils nous affirment que ce qui est vrai pour la fièvre intermittente est vrai aussi dans tous les cas où l'on rencontre un organisme spécifique.

La *torula cerevisiæ* ordinaire peut prendre deux aspects bien distincts, suivant qu'elle est cultivée dans une solution de sucre ou à la surface d'une tranche de pomme de terre. Plusieurs de ces différentes formes de « coccus » ne seraient-elles pas simplement les formes différentes d'une même espèce? Aucune expérience de culture n'a encore pu écarter cette objection. De plus la *torula* est partout présente où l'on trouve de l'alcool et, dans tous les cas où on emploie de l'alcool, la *torula* peut être isolée et cultivée. Cependant la *torula* n'est pas la cause de l'intoxication alcoolique comme pourrait se l'imaginer un observateur naïf.

C'est l'alcool produit par la *torula* qui constitue le poison et non pas la *torula* elle-même. Comment pouvons-nous affirmer alors que ce qui se passe pour la *torula* ne se produit pas pour le gonocoque; par conséquent les affirmations des pathologistes allemands, même si elles étaient à l'abri de la contradiction, ne constitueraient que la moitié de l'histoire du microbe?

Mais il y a plus, il existe *a priori* une autre difficulté et non pas la moindre, qui a été négligée dans les travaux des auteurs soit allemands soit anglais, dont j'ai pris connaissance, et en effet elle n'est pas même indiquée dans toutes les expériences de culture que j'ai étudiées. C'est que certains organismes spéciaux ne sont pas la cause mais bien le résultat des processus inflammatoires spécifiques. Ainsi si nous prenons deux arbres, un mélèze et un hêtre, possédant tous deux du bois mort, nous constaterons que les champignons qui croissent sur l'un sont totalement différents de ceux qui croissent sur l'autre; ceux du mélèze ne pourront pas vivre sur le bois mort du hê-

tre et *vice versa*. D'après les idées des bactériologistes nous devrions affirmer que les champignons sont la cause de la mort du bois, et que chacun des deux arbres a été la victime d'une maladie spéciale; mais ceci est réfuté par les « *anecdotes frivoles* » résultant de l'expérience de tous les jours. Nous savons que ces champignons ne peuvent vivre que sur du bois mort ou, au moins dont la vitalité est diminuée. Ils en sont le résultat et non pas la cause, quoique par leur présence même ils apportent sans aucun doute dans les tissus des modifications spécifiques, en les altérant et souvent en les détruisant.

Il devient donc évident que les observateurs des microbes ne se sont encore occupés que d'une des faces de la question et que cette théorie microbienne, comme toutes celles qui l'ont précédée, a négligé de tenir compte, en même temps que des procédés scientifiques exacts, des faits indiscutables observés dans la pratique médicale et chirurgicale. Elle a contribué à ajouter à nos connaissances des faits de grande valeur, mais elle n'explique pas encore tout.

Si ceux qui fatiguent leurs yeux sur l'oculaire du microscope se moquent des *anecdotes frivoles* de l'expérience clinique, nous pouvons aussi, d'autre part, regarder avec quelque pitié les insuccès des savants théoriciens qui disent « *tant pis pour les faits* ».

Ainsi nous savons qu'un homme ne se guérit en somme jamais de sa blennorrhagie, car sous l'influence d'un nouvel excès de boisson ou d'un excès de coït elle pourra récidiver et redevenir infectante. Les bactériologistes avouent unanimement qu'il est singulier qu'à l'état chronique de la maladie on ne puisse plus découvrir de gonocoques. Ces industrieuses petites bêtes se trouveraient-elles ressuscitées sur l'épithélium urétral par l'ingestion d'un verre de bière ou par deux ou trois coïts de plus que d'ordinaire? Il est impossible d'admettre une pareille absurdité. Il est vraisemblable que, à la suite de la première atteinte, la muqueuse urétrale reste mo-

difiée pour toujours, que la congestion temporaire contribue au développement du poison, comme la congestion temporaire de quelques glandes produit une augmentation de leur sécrétion, et sur cette sécrétion s'établissent quelques-unes des nombreuses spores, toujours présentes, qui y développent la forme particulière à cet écoulement. Seule une pareille explication peut être admise et s'accorder avec les *anecdotes frivoles* qui font partie de notre expérience journalière.

Pourquoi la même femme donnera-t-elle la blennorrhagie à un homme et non pas à six ou huit autres, qui auront eu des rapports avec elle dans l'espace de quelques heures? Pourquoi existe-t-il des hommes qui ne peuvent avoir des rapports avec quelque femme que ce soit, même chaste, sans contracter une blennorrhagie? Nous pourrions continuer à poser cinq cents autres questions, auxquelles on ne pourra trouver davantage une réponse qui s'accorde avec la théorie microbienne.

Les bactériologistes, comme tous les enthousiastes, tirent de la présence de leurs gonocoques spécifiques des conclusions plus étendues et plus dangereuses. Quelques-uns d'entre eux assurent que partout où le gonocoque existe, il y a blennorrhagie, et que, où il n'y a pas de ces petites bêtes, il n'y a pas de blennorrhagie. Un autre affirme que l'on rencontre invariablement le gonocoque dans l'écoulement de la vaginite infantile. Rien d'étonnant à ce qu'il subsiste longtemps un abîme entre de pareilles théories pathologiques et nos faits cliniques. Au point où nous en sommes, nous avons déjà beaucoup de peine à faire reconnaître le fait que dans la plupart de ces cas la maladie n'a pas été communiquée à ces petites malades. Si la théorie du « gonocoque » devait prendre pied dans l'esprit public, tout cela aboutirait à des complications sans fin et à des résultats désastreux.

Mais le dernier témoignage contre cette théorie microbienne, le plus puissant de tous, est celui que nous fournis-

sent les résultats de la thérapeutique. Si la théorie microbienne était exacte, si elle répondait aux faits cliniques, nous pourrions affirmer que le meilleur traitement de la blennorrhagie serait basé sur l'emploi des antiseptiques. Naturellement les auteurs allemands affirment l'exactitude de ce fait, et nous trouvons dans leurs ouvrages toutes sortes de recommandations sur l'emploi d'injections chaudes au *sublimé*, à l'*acide phénique*, à l'*iodoforme*, etc. tandis que nous, c'est-à-dire ceux qui rencontrent journellement des *anecdotes frivoles* dans leur pratique, savons qu'il n'y a rien de plus dangereux que de faire prendre des injections vaginales à une femme qui souffre de blennorrhagie et rien de moins efficace que les substances antiseptiques que je viens d'indiquer.

D'autre part le médicament qui réussit le mieux est le vieux pessaire au beurre de cacao, contenant quelques grains de tannin et d'opium pulvérisés. *Sinclair* nous dit que *Schwarz*, de Halle, recommande une longue méthode de traitement par les antiseptiques, « qui donne presque toujours de bons résultats » ; mais à la même page il nous dit aussi que les expériences de *Mabusardi* tendent à démontrer que l'*iodoforme* n'a pas d'action sur le gonocoque, et justement l'*iodoforme* est le principal élément de la méthode de *Schwarz*. Vraiment ces savants se permettent parfois des affirmations assez frivoles.

En laissant de côté toutes les théories comme trop fantaisistes, inutiles et dangereuses, en acceptant avec reconnaissance les simples faits que les savants peuvent nous donner et en abandonnant leur interprétation à l'avenir et à une meilleure occasion, tâchons de voir ce que nous enseigne l'expérience clinique sur les effets désastreux de l'infection gonorrhéique chez la femme.

Sinclair dit avec beaucoup de raison que jusqu'à ces dernières années les chirurgiens n'ont envisagé la blennorrhagie que comme un accident sans conséquences fâcheuses, et

il est évident que les accoucheurs, qui avaient le plus d'occasions de l'étudier, ont entièrement méconnu les faits exacts. Les gynécologues modernes sont arrivés à la conclusion que la gonorrhée chez la femme est une maladie terrible, souvent fatale.

Lorsque je commençai il y a 12 ou 14 ans à présenter aux Sociétés médicales mes préparations de pyosalpinx et à citer les observations des malades auxquelles elles avaient été enlevées, on ne put mettre les faits en doute, car ils étaient irréfutables. Je pus aussi montrer que les vieux auteurs avaient connu et étudié ces cas, qu'ils les avaient très bien décrits, mais qu'ils avaient tous affirmé qu'ils étaient rares.

Mais à mesure que j'acquerrais une plus grande expérience opératoire, ma mortalité diminuait, et je devenais de plus en plus autorisé à étendre mes opérations à mesure que le danger devenait moindre : je reconnus alors que ces cas, bien loin d'être rares, étaient extrêmement nombreux.

Au congrès international de 1881, la célèbre réponse de Sir *Spencer Wells* : « J'ai vu seulement un seul de ces cas pendant toute ma vie ; je suppose qu'ils doivent tous aller à Birmingham » donne la mesure de l'incrédulité de mes confrères. Cependant le moment est venu où mes assertions se trouvent pleinement confirmées, et nous devons forcément en conclure que, comme je l'ai déjà dit, la blennorrhagie est une affection terrible, souvent fatale. Il existe néanmoins encore quelques personnes, qui se refusent à conclure de la multitude des faits, et à admettre l'existence des lésions dont je viens de parler, et j'ai été très affecté de l'observation que cite le D^r *Sinclair* et où se trouve intéressé un gynécologue de Londres :

« Une dame âgée actuellement de trente ans, mariée depuis 12 ans avait contracté de son mari une blennorrhagie dès la première année de son mariage. Elle avait fait une fausse couche de sept mois environ une année après son mariage et depuis lors était restée invalide. Actuellement elle souffre d'une hypertrophie de l'utérus ; il se place en anté-

version à l'occasion du moindre effort, et rend ainsi toute promenade impossible.

Les ovaires sont volumineux, particulièrement le droit, et ils deviennent très douloureux au moment des règles. Celles-ci sont peu abondantes et très douloureuses. Il y a à peine des traces de leucorrhée. L'antéversion utérine cause par moment beaucoup de troubles vésicaux. La malade est anémique et amaigrie, contrairement à ce qu'elle était avant son mariage.

La malade mentionne en plus une affection puerpérale de longue durée, très grave, ayant nécessité un traitement médical continu pendant plus de douze mois. La malade a toujours été en traitement, depuis la guérison de sa première attaque, pour des rechutes, survenant à intervalles rapprochés. Elle n'est plus jamais devenue enceinte.

Elle a porté toutes les variétés imaginables de pessaires, et a essayé de toutes les applications locales possibles, externes ou internes.

On lui dilata l'utérus et il en résulta de graves accidents. Elle avait toujours plusieurs jours de souffrances chaque fois que l'un des nombreux spécialistes qu'elle a consultés l'a examinée au moyen de la sonde utérine. Parmi des autres méthodes thérapeutiques, qui ont été employées dans ce cas, on peut encore citer la dissection du col, dont on reconnaît encore la trace à une petite échancrure siégeant sur la lèvre postérieure. Quant à l'origine de la déviation utérine il est actuellement difficile de faire la distinction entre ce qui est dû à la gonorrhée et ce qui est dû aux différents traitements employés.

Il y a douze mois, elle consulta, d'après mon avis, un gynécologue de Londres qui m'écrivit : « Il me semble qu'elle n'a pas grand chose » et qui lui dit que, d'après son opinion, elle souffrait davantage des différents traitements qui lui avaient été appliqués que d'autre chose ; il lui conseilla de les abandonner tous, « de se promener, de danser et de jouir de la vie ».

Ce même gentleman — et il n'est pas difficile à reconnaître — a dit plus d'une fois la même chose à de pauvres femmes, auxquelles j'enlevai plus tard les trompes en état de suppuration et des ovaires nécrosés.

Au début de ma pratique, je m'efforçai de classer mes cas d'après la nature du liquide contenu dans les trompes de Fallope oblitérées. Mais quand j'eus acquis plus d'expérience, je trouvai que cette classification était impossible, car la nature du contenu n'a aucun rapport avec l'intensité des symptômes, et la présence de liquides différents dans les deux poches tubaires, particularité qui se rencontre assez fréquemment, rend cette classification impossible.

Pendant ces dernières années j'ai essayé de faire une classification d'après les *causes étiologiques de la maladie*, mais j'ai rencontré des difficultés presque aussi grandes, et par conséquent je pense que nous devons simplement nous contenter de ranger ces cas dans une seule et grande catégorie comme « *affections inflammatoires des annexes de l'utérus* », en abandonnant toute autre classification à l'appréciation des différents chirurgiens ou de leurs critiques.

Il ne peut exister aucun doute que le pronostic différera très sensiblement suivant la nature du contenu des trompes ou des cavités kystiques des ovaires, et le danger augmentera à mesure que le contenu tendra davantage à la purulence. Mais nous n'avons pas qu'à sauver ces malades, nous devons aussi nous efforcer de les soulager. D'après de nombreuses expériences cliniques nous avons acquis la preuve que les anciennes adhérences exanthématiques des annexes, dues à des processus inflammatoires survenus pendant l'adolescence, peuvent donner lieu à des désordres et à des troubles aussi sérieux, parfois même plus considérables que l'existence d'un pyosalpinx double, quoique ce dernier soit plus dangereux pour la vie de la malade. La nécessité d'une intervention chirurgicale n'est par conséquent pas nécessairement sous la dépendance directe du degré de gravité ou d'étendue des altérations pathologiques.

Dans bien des cas il nous est impossible de remonter à l'origine d'une infection gonorrhéique, et nous devons souvent questionner longtemps et minutieusement les malades afin d'obtenir des renseignements suffisants. Si les symptômes d'une inflammation aiguë des annexes surviennent chez une femme mariée ou chez une femme qui n'est plus vierge, il y aura tout lieu de supposer une origine blennorrhagique, à moins cependant qu'il ne s'agisse d'un accident post-puerpéral, c'est-à-dire consécutif à un accouchement ou à une fausse couche. Même dans ces derniers cas, la blen-

norrhagie peut être souvent, comme je le démontrerai, la cause de l'accident. De jour en jour je me persuade davantage que la grande majorité de ces cas a une origine infectieuse. Il est évident que, si la femme est vierge, cette étiologie doit être éliminée et il faudra chercher autre chose. J'ai rencontré un certain nombre de ces cas; je les traiterai séparément, ils constituent d'ailleurs l'infime minorité des cas que j'ai observés.

Ces cas d'inflammation des annexes de l'utérus se présenteront bien différemment selon le moment où le médecin est appelé à les voir. Ainsi pour ma part il est bien rare que j'aie l'occasion de les observer à la période aiguë. Il est vrai qu'un certain nombre de confrères des environs m'appellent pour voir leurs malades pendant la période aiguë de ces accidents, mais ce n'est en général que si les accidents sont assez graves pour mettre la malade en danger et réclamer une prompt intervention chirurgicale. En règle générale, la période aiguë ne donne pas lieu à une mortalité bien considérable, et les symptômes ne sont pas suffisamment graves pour faire croire au médecin traitant qu'il existe un danger sérieux.

Dans la grande majorité des cas d'inflammation chronique des annexes, l'interrogatoire des malades nous démontre que la période aiguë a été méconnue ou négligée; souvent elle a été envisagée comme de simples coliques, ou comme une inflammation dépendante de l'intestin, et si le médecin traitant a précisé son diagnostic un peu mieux que ce n'est habituellement le cas, il aura déclaré qu'il s'agissait d'une poussée d'ovarite, d'hématocèle pelvienne ou de quelque autre affection pelvienne plus ou moins bien définie.

Mais d'un autre côté le spécialiste verra arriver un grand nombre de ces cas parvenus à l'état chronique. Il ne se passe pas de semaine que je voie deux ou trois et même un plus grand nombre de ces cas bien manifestes, soit à la consultation externe de mon service d'hôpital, soit dans mon cabinet de

consultation; tandis qu'il n'arrive que deux ou trois fois par an que je sois appelé en consultation pour un cas aigu. On a publié des observations d'infection blennorrhagique aiguë, ayant abouti à une péritonite généralisée mortelle, mais je n'ai jamais rencontré cette terminaison fatale. Il est d'ailleurs probable que dans ce dernier cas on appellerait plutôt un médecin qu'un chirurgien.

J'ai été appelé pour des cas, dont je parlerai plus loin, où la péritonite généralisée était si grave que le médecin traitant, après avoir reconnu la nature de l'accident, constatait l'indication d'une intervention chirurgicale; j'ai opéré afin d'enlever la cause de l'accident et l'opération a toujours été couronnée de succès.

Les malades que je vois sont donc principalement celles qui ont passé la période aiguë, et qui à la suite de leurs accidents chroniques sont devenues de véritables invalides. Cette classe comprend toutes les femmes qui souffrent d'ovarite chronique, de salpingite chronique, même de simples adhérences de ces organes entre eux ou avec leur voisinage, d'oblitération et de distension des trompes de Fallope, soit par un liquide séreux, soit par du sang, soit par du pus.

Tout praticien ayant acquis une certaine expérience aura certainement eu l'occasion d'observer une quinzaine ou une vingtaine de ces cas dans le cours de sa pratique, qui probablement se seront tous terminés par une guérison apparente, c'est-à-dire que la période aiguë s'est terminée sans accident, que les malades se lèvent et sortent après une convalescence plus ou moins longue. Mais ce praticien n'a pas toujours l'occasion de revoir ces cas 10 ou 12 ans plus tard. Les malades chez lesquelles les accidents ont été suffisamment graves pour donner lieu à des souffrances prolongées viennent chercher du soulagement chez le spécialiste, soit à l'hôpital soit dans son cabinet de consultation. Et c'est ainsi qu'il se fait que cette question, qui a soulevé tant de discussions, peut être

envisagée de différentes manières, suivant que l'on s'occupe des accidents aigus ou chroniques, et si l'on veut arriver à la comprendre on doit l'envisager sous toutes ses faces.

Symptômes. — Qu'il me soit permis de spécifier mieux mes idées sur ce sujet par un exemple typique, tel qu'il se présente presque journallement dans mon cabinet de consultation ou dans le service de polyclinique de l'hôpital. La malade me dit qu'elle est âgée de trente ans et qu'elle a été réglée à l'âge de 14 ans. Elle jouissait d'une santé parfaite et ses règles étaient tout à fait normales jusqu'au moment de son mariage à 22 ans. Quelques semaines ou quelques mois après son mariage, elle eut une maladie assez mal définie, qui l'obligea à garder le lit pendant quelques jours, ou même pendant deux ou trois semaines. Dans ce dernier cas, elle aura probablement été soignée par le docteur de sa famille, et on lui aura peut-être dit qu'elle avait une inflammation de l'intestin; dans tous les cas, depuis cette époque elle n'a plus jamais été bien portante.

Il se peut que la malade fasse remonter le point de départ de sa maladie à une poussée de fièvre de lait après un accouchement ou à une inflammation quelconque, après une fausse couche. En tous cas en questionnant exactement on arrive toujours à fixer l'époque à partir de laquelle la malade n'a jamais été complètement libre de douleurs; celles-ci sont augmentées par des exercices exceptionnels ou par des courses plus longues que d'habitude. Les douleurs s'accroissent aussi au moment des règles, et, en cas d'oblitération des trompes, il existera des douleurs *préménstruelles* d'un caractère tout particulièrement pénible; il y a plus d'une douzaine d'années que je fus le premier à signaler ce symptôme caractéristique, et depuis lors mes observations ont été confirmées par bien d'autres auteurs. Ces malades s'aperçoivent en effet qu'elles sont sur le point d'être indisposées au fait qu'il survient des douleurs spasmodiques et expulsives deux ou trois

jours, parfois même une semaine avant l'apparition des règles. Il est assez curieux que ces douleurs diminuent ou cessent même complètement dès que l'écoulement a commencé.

La malade nous raconte encore que depuis l'époque de sa première poussée inflammatoire, ses règles sont devenues beaucoup plus abondantes qu'elles n'avaient jamais été; au lieu de durer de 3, 4 et 5 jours elles persistent à présent pendant 6 ou 7, même 10 ou 12 jours; la quantité est aussi relativement augmentée. Tant que la malade garde le lit, elle est assez bien, mais dès qu'elle doit marcher, gagner sa vie ou remplir ses devoirs d'intérieur, son existence devient un véritable martyre. Dès qu'elle doit se soumettre aux exigences conjugales, ses souffrances se trouvent considérablement augmentées. Quoique ce ne soit pas une règle générale, il est presque certain que, lorsqu'il existe des adhérences péri-utérines, des modifications inflammatoires chroniques des annexes et surtout des trompes de Fallope oblitérées et distendues par des collections liquides, les rapports conjugaux n'inspireront à ces malades qu'un sentiment de répulsion et de terreur.

A la période aiguë il est évident que nous rencontrerons tout le cortège des symptômes ordinaires de l'inflammation, hyperthermie, pouls fréquent. Lorsque la malade est atteinte gravement il peut se produire des symptômes de péritonite générale, distension de l'abdomen, sensibilité à la pression de toute la région abdominale; la malade est couchée les cuisses légèrement fléchies sur le bassin. A l'examen local, on constatera que les organes pelviens sont fixés entre eux par des adhérences solides, on trouvera très rarement de la fluctuation.

Après la période aiguë et lorsque l'épanchement dû à l'inflammation a diminué, on arrivera facilement à reconnaître de chaque côté de l'utérus la position et les contours des différents organes. On percevra en arrière et un peu au-