

dessous du fond de l'utérus une tumeur plus ou moins volumineuse, quelquefois bilatérale, très sensible à la pression, et si nous pouvons nous assurer que c'est cette tuméfaction qui est le siège des douleurs prémenstruelles, nous pouvons affirmer qu'il s'agit d'une *affection tubaire*.

Le D^r *Sinclair* est d'accord avec moi pour constater la rareté de la péritonite généralisée comme conséquence de la période aiguë de l'infection gonorrhéique. Il pense que les adhérences qui se forment assez rapidement empêchent l'extension du processus inflammatoire à la cavité abdominale. Ce n'est pas le cas pour les autres formes de péritonite provenant d'affections pelviennes, pour la variété puerpérale par exemple, car il est bien connu que dans cette dernière les adhérences font souvent défaut. Je n'en ai constaté que dans environ la moitié des cas que j'ai opérés.

Il dit encore que « si l'affection atteint l'extrémité frangée de la trompe, il en résultera presque certainement une péri-mérite et une ovarite, vu la continuité des tissus ».

« On a l'habitude de décrire un intervalle entre l'extrémité de la trompe et l'ovaire et à désigner sous le nom de *péri-ovarite* le processus inflammatoire qui reste limité à cette région. Au point de vue anatomique l'existence de cet espace ne fait aucun doute, mais on ne peut en tenir compte au point de vue physiologique, et nous ne connaissons en clinique aucune affection distincte, provenant d'une inflammation localisée à cette partie spéciale du péritoine, qui environne l'ovaire. Il n'existe pas de *péri-ovarite* sans inflammation de l'ovaire même et sans une péri-mérite plus ou moins étendue. Les symptômes provenant de cette extension du processus inflammatoire sont ceux dus à la pelvi-péritonite et à l'ovarite ».

Je suis absolument d'accord avec cette définition, mais elle ne peut s'accorder avec l'explication que l'auteur lui-même nous donne de ces faits. En effet le D^r *Sinclair* se trouve dans une fausse position, en croyant d'une part à l'action du

gonocoque et en étant obligé d'autre part de recourir à une autre explication de la rareté de l'existence du processus inflammatoire à la grande cavité péritonéale. Pour ma part je crois et j'ai toujours cru que, quel que soit l'agent de l'infection gonorrhéique, qu'il s'agisse d'un gonocoque ou, comme je le suppose, de quelque autre agent encore inconnu, il s'attaque généralement aux muqueuses et non aux séreuses. Je ne puis par conséquent accepter l'explication de *Sinclair* qui nous dit que ces cas sont dus à l'extension du processus inflammatoire à travers les couches muqueuse, musculaire et péritonéale de la trompe, à l'adhérence de l'ovaire et à la destruction de son tissu fibreux. La séreuse péritonéale possède un certain pouvoir pour résister à ce poison particulier et cette influence spéciale ne peut s'accorder avec la théorie microbienne.

Il ne peut exister aucun doute sur ce fait que le processus inflammatoire, après avoir intéressé la muqueuse utérine, passe à travers les trompes jusqu'aux ovaires; il détermine des modifications inflammatoires de la muqueuse tubaire, qui aboutissent nécessairement à la destruction du revêtement épithélial; s'il est détruit sur toute son étendue, il ne pourra être reconstitué. J'ai démontré à plusieurs reprises que cette destruction avait une importance toute particulière pour l'étiologie de la *grossesse tubaire*; c'est elle aussi qui devient une cause de stérilité dans bien des cas où l'infection initiale n'a pas causé d'autres lésions. C'est aussi cette destruction du revêtement épithélial, qui doit précéder l'oblitération de l'orifice utérin de la trompe nécessaire à l'occlusion de ce canal et à sa distension, telle qu'on la rencontre si fréquemment à une période plus avancée de la maladie.

Hydrosalpinx. — L'*hydrosalpinx* est connu depuis fort longtemps et le fait qu'il est le plus souvent *bilatéral* plaide en faveur de son origine inflammatoire. Les trompes distendues atteignent rarement un volume considérable, et, dans la

majorité des cas où elles ont été décrites comme ayant atteint des proportions qui réclamaient le traitement des tumeurs ovariennes, on peut supposer qu'il s'agissait d'erreurs de diagnostic. L'aspect des kystes parovariens sur lesquels repose la trompe de Fallope hypertrophiée et augmentée de volume, induira facilement en erreur les observateurs inexpérimentés ou inattentifs. L'augmentation de volume de l'organe est dû dans ces cas à un apport sanguin plus considérable. Il existe néanmoins un cas, cité par le D^r Peaslee dans son ouvrage sur les *Tumeurs ovariennes*, pour lequel il ne peut y avoir de doute. La tumeur contenait 9 litres de liquide et elle aurait été enlevée si la malade avait survécu à une ponction, qui malheureusement fut pratiquée quelque temps auparavant.

En continuant leur marche ascendante, les modifications inflammatoires atteignent bientôt la muqueuse des franges et elles peuvent aboutir à deux terminaisons différentes ; soit en agglutinant ces extrémités frangées entre elles en forme de masse, soit, ce qui est de beaucoup plus fréquent, en déterminant leur adhérence à la surface de l'ovaire, résultats facilités par les rapports de l'infundibulum avec l'ovaire, car ceux-ci sont beaucoup plus intimes qu'on ne l'admet généralement.

La figure 55 ci-contre donne une représentation très exacte de ces organes, mais, afin de les mieux faire voir, les rapports réciproques ont été détruits, car les franges sont toujours en relation intime avec l'ovaire.

Ainsi que je l'ai déjà dit, les trompes sont toujours recourbées au-dessus et autour de l'ovaire de sorte que l'infundibulum arrive en contact avec la face inférieure et postérieure de la glande, dont le grand axe a souvent, mais pas toujours, une direction presque verticale. Ainsi que je l'ai déjà fait remarquer l'adhérence se fait probablement à chaque période menstruelle, indépendamment de l'ovulation, et je crois qu'il est plus que probable qu'il n'y a pas plus d'un seul ovule sur dix, expulsés par la glande, qui entre réellement dans les trompes.

Les autres tombent dans la cavité péritonéale et y meurent. La plus grande collection de liquide contenu dans une trompe

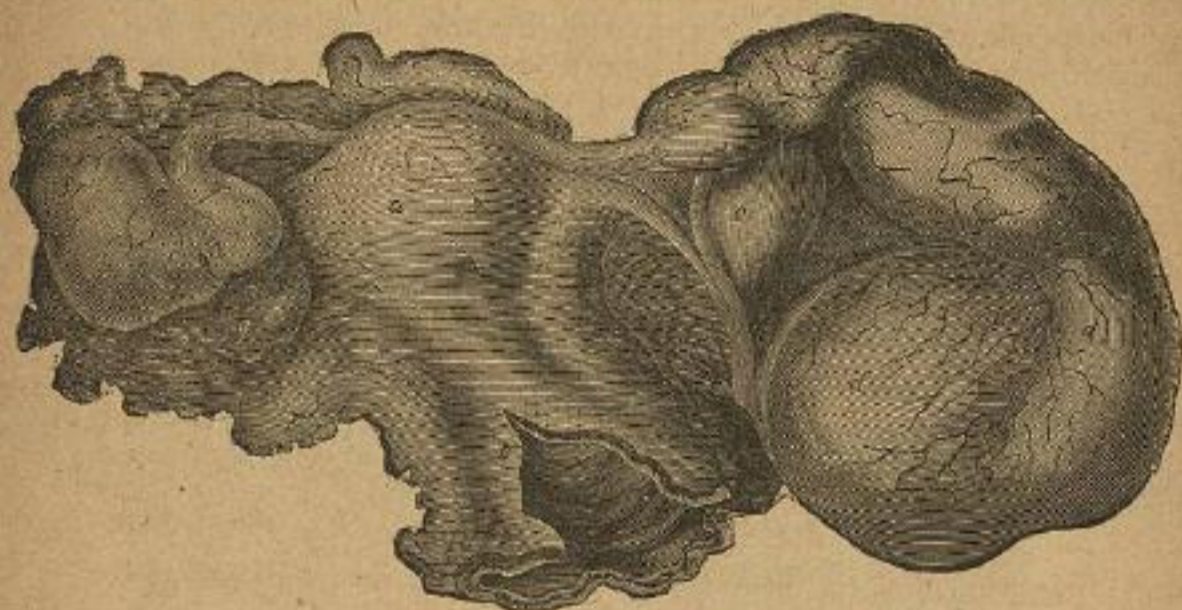


Fig. 55. — Hydrosalpinx bilatéral (Arthur FARRÉ, d'après HOOPER. *Encycloped. of anatomy and Physiology*): a, utérus ; b, vagin ; c, orifice cervical ; d, et f, trompes de Fallope ; e, ovaire.

de Fallope, que j'aie eu l'occasion d'observer, se présenta dans le cas suivant, remarquable encore en ce que l'affection était unilatérale.

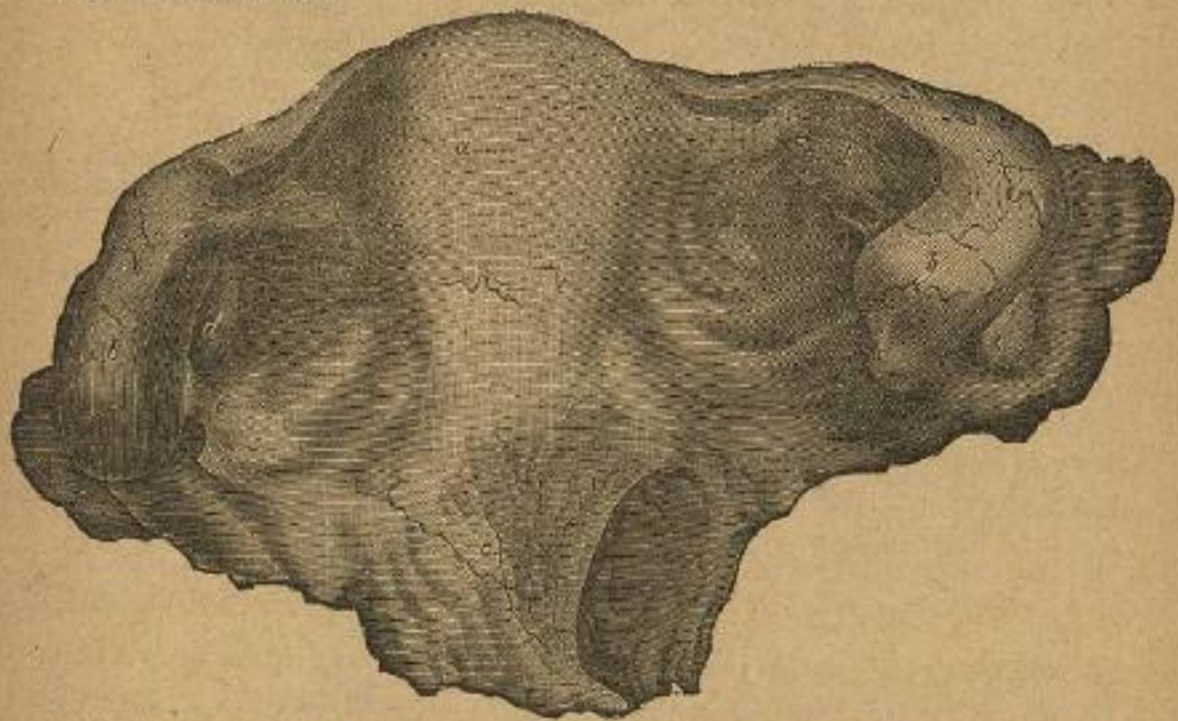


Fig. 56. — Trompes de Fallope oblitérées et adhérentes (Arthur FARRÉ, d'après HOOPER) : e, utérus ; b, trompes ; d, o, ovaires ; cc, brides d'adhérences.

E. F. T., âgée de 28 ans, fut confiée à mes soins par le Dr *Watkin Williams*, de Birmingham. Elle avait été mariée, mais elle avait été obligée de divorcer à cause de sa mauvaise conduite. Il est plus que probable qu'elle avait contracté la gonorrhée environ cinq ans avant que je la visse. Depuis ce moment elle souffrait de douleurs intenses pendant ses règles et elle avait beaucoup maigri. Elle avait été soignée par un grand nombre de médecins sans obtenir d'amélioration.

Je découvris une petite tumeur kystique, siégeant en arrière et à droite de l'utérus, très mobile, mais très douloureuse au moindre mouvement. Je conseillai son ablation et je la pratiquai le 23 mai 1879. Je trouvai qu'elle était formée aux dépens de la trompe de Fallope droite et qu'elle contenait plus de 500 grammes de sérosité claire. Le pavillon était fixé

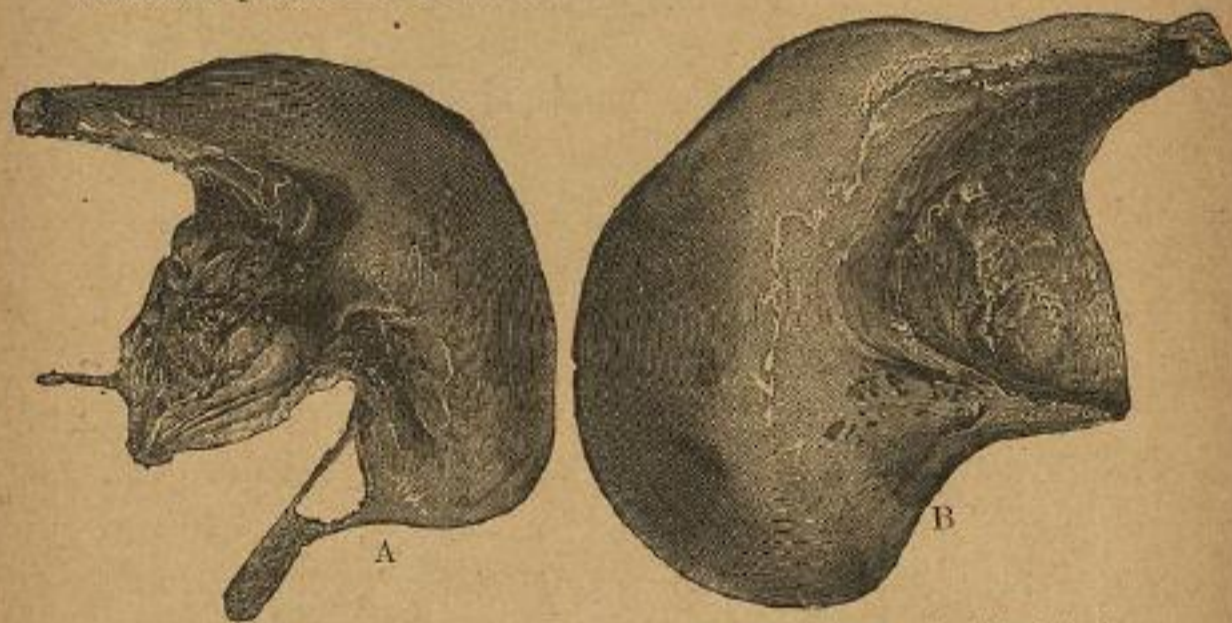


Fig. 57. — Trompes de Fallope et ovaires droit (A) et gauche (B) enlevés par section abdominale chez une femme âgée de 30 ans, qui avait eu une blennorrhagie bicalot après son mariage. Les deux masses bulbeuses sont les trompes de Fallope oblitérées et distendues par de la sérosité (hydrosalpinx). Les deux ovaires ratatinés se trouvent dans la convexité des trompes. (D'après une photographie légèrement réduite; la préparation se trouve actuellement au musée du Royal College of Surgeons).

sur l'ovaire droit et la partie utérine de la trompe était distendue comme une saucisse tortueuse, la plus grande partie du kyste étant formée au dépens de la moitié externe de la trompe. J'enlevai aussi la trompe et l'ovaire gauches. La guérison fut très simple et la malade est actuellement en parfaite santé; elle s'est remariée.

Le Dr *Saundby* fit l'examen du liquide provenant de cette tumeur et il me remit la note suivante: — « Poids spécifique 1014; réaction alcaline, coloration verdâtre pâle, transparent, avec un léger dépôt grisâtre; environ les trois cinquiè-

mes de son volume sont constitués par une substance albumineuse, ayant tous les caractères de l'albumine du sérum. Après avoir éliminé l'albumine, le liquide filtré donne un précipité par le nitrate acide de mercure (urée?) et par le nitrate d'argent (chlorure de sodium?). L'examen microscopique montre simplement quelques cellules indifférentes. »

Conséquences des lésions des annexes. — Un autre fait important dans l'évolution de tous ces cas, c'est la *stérilité*. Ainsi on trouvera certainement dans l'histoire de la malade, que depuis le moment de l'accident initial il n'y a pas eu d'imprégnation.

Au moins il n'y aura pas eu de *fécondation*. Les femmes ne nous parlent que trop souvent de fausses couches, même lorsque la fécondation est reconnue impossible. Toutes les malades stériles désirent beaucoup avoir des enfants et leur désir engendre bientôt l'idée qu'elles ont été enceintes et qu'elles ont fait une fausse couche, lorsque en réalité il n'en a rien été. Elles vous diront que leurs règles ont fait défaut une ou deux fois et qu'elles ont fait une fausse couche, et je suis tellement habitué à entendre cette histoire que je n'y attache plus aucune importance dans les cas dont nous parlons, à moins que le fœtus ou l'ovule n'aient été vus et examinés par quelque personne compétente.

La stérilité est en effet, après les douleurs, un symptôme caractéristique de tous les cas d'inflammation chronique des annexes de l'utérus. J'ai avancé les preuves irréfutables de cette affirmation dans tous mes écrits concernant cette question, et il est vraiment curieux de constater la persistance avec laquelle mes adversaires reprennent toujours le même argument contre la pratique de la castration, à savoir qu'elle rend ces malades stériles. La maladie a déjà elle-même produit cet effet avant l'intervention chirurgicale.

Le Dr *Sinclair* dit à ce propos: « La conséquence la plus importante de ces accidents peut être résumée dans la *stérilité*.

Elle est de beaucoup le résultat le plus fréquent des modifications anatomiques dues à l'infection gonorrhéique. »

« Toute femme qui a été atteinte de périmétrite gonorrhéique devient stérile. La stérilité est la conséquence forcée des changements anatomiques survenant à la suite de l'affection, et elle existe à côté des différents groupes de symptômes que nous avons désignés par des noms différents, comme s'ils constituaient des affections distinctes. Pour ma part j'ai la conviction que toute périmétrite doit être presque nécessairement suivie de stérilité; car les ovules ne pouvant pas même être expulsés par l'ovaire, leur fécondation par l'élément mâle devient évidemment impossible. Même dans les cas qui n'arrivent pas jusqu'à la périmétrite, nous pouvons admettre que les trompes de Fallope ont subi de telles modifications, que la stérilité en est devenue la conséquence assurée. En effet le résultat direct du processus inflammatoire est l'oblitération de chaque extrémité des trompes, et même lorsque le canal reste perméable, son revêtement épithélial est si altéré, sinon totalement détruit, que le passage de l'ovule devient impossible. Lorsque les lésions sont comparativement moins graves, il subsiste le danger de la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde en un point anormal et la possibilité d'une des variétés de grossesse ectopique. »

« La stérilité, résultant de l'infection gonorrhéique, peut s'établir dès le lendemain du mariage, où il peut survenir une grossesse qui se terminera par une fausse couche, due à l'affection gonorrhéique de la muqueuse utérine; ou bien la grossesse peut encore arriver à terme mais être suivie d'une périmétrite puerpérale d'origine gonorrhéique. Cet accident aura pour conséquence les modifications anatomiques d'où résultera la stérilité absolue. »

« Il n'est pas encore démontré si dans ces cas de fausses couches la cause siège dans l'affection gonorrhéique du revêtement foetal ou du revêtement maternel de l'ovule, mais il ex-

iste de fortes présomptions en faveur de l'existence d'un avortement gonorrhéique et d'une stérilité *post abortum gonorrhœicum*. La stérilité absolue, s'établissant dès le lendemain du mariage, est des plus fréquentes. »

Je puis confirmer absolument d'après une longue expérience ces citations du D^r Sinclair. Qu'il me soit permis de présenter quelques cas à l'appui de cette opinion :

I. — E. C., 32 ans, s'est mariée à 17 ans; un enfant à 18 ans, un second l'année suivante. Bien portante jusqu'en 1876, elle eut alors une inflammation pelvienne assez grave. Depuis, les règles sont accompagnées de douleurs angoussantes et comme expulsives; les douleurs lombaires sont continues et les rapports sexuels insupportables. L'utérus est en rétroversion et il existe de chaque côté une tuméfaction volumineuse, immobile et extrêmement sensible au toucher. Tous les traitements suivis avaient été inutiles.

5 octobre 1880. — Incision exploratrice, les deux ovaires sont fixés par des adhérences dans la poche de Douglas, les deux trompes sont kystiques. Tous ces organes forment une seule masse et leur ablation fut difficile. Chacune des trompes contenait environ 60 grammes de liquide. Guérison facile, mais, au moment de la période menstruelle, il se produisit une petite hématoecèle droite. La malade guérit rapidement de cette complication et, le 17 février, l'utérus était libre et en position normale.

Je la revis le 26 mars en parfaite santé, elle ne souffrait plus, avait pu reprendre ses rapports conjugaux sans éprouver aucune souffrance, et n'avait pas été réglée depuis l'opération.

II. — H. S., 37 ans; mariée à 17 ans; un seul enfant il y a 15 ans. Depuis cet accouchement ses règles ont toujours été trop fréquentes, trop abondantes, elle restait rarement plus de quinze jours sans perdre. L'utérus était en antéversion, volumineux et sensible; les ovaires augmentés de volume étaient en arrière de l'utérus, les rapports sexuels étaient impossibles. Le D^r C. H. Philips, de Hanley, avait essayé de nombreux traitements sans en obtenir le moindre bénéfice et, de février en août 1880, j'essayai aussi divers traitements sans résultat.

Le 3 août, section abdominale; les ovaires étaient volumineux, adhérents dans la poche de Douglas, recouverts de lymphes; les trompes kystiques contenaient chacune 120 à 150 grammes de sérosité limpide. L'ablation fut longue et difficile, la guérison rapide et la malade n'éprouva pas d'autres troubles que ceux dus à la ménopause artificielle. Au mois de mai dernier elle était en parfaite santé.

A. S., 38 ans, mariée deux fois, cinq enfants, le plus jeune a 12 ans. Après son second mariage elle a eu une inflammation pelvienne, elle est restée stérile depuis lors et les règles sont très douloureuses. Les rapports sexuels sont impossibles depuis trois ans. Utérus en position normale, de chaque côté une tuméfaction, analogue à celles décrites dans les deux observations précédentes. Je n'hésitai pas à poser le diagnostic de trompes kystiques.

Je pratiquai la section abdominale le 21 mai et je trouvai le même état local que celui que j'ai décrit dans l'observation précédente. La guérison fut rapide et le soulagement immédiat et durable.

A la séance du 16 janvier 1880 de la *Société anatomique*, *Bernutz* présenta l'observation d'un cas de pyosalpinx rompu, provenant de son service à la Charité.

La malade, âgée de 29 ans, fut admise en pleine péritonite; elle mourut 4 jours plus tard et à l'autopsie on trouva une péritonite suppurée, d'origine pelvienne, provenant de la rupture d'un abcès de la trompe. Voici un extrait du procès-verbal d'autopsie :

« Les trompes étaient le siège des principales lésions. Leur moitié interne était saine, leur direction normale, la moitié externe présentait 3 ou 4 dilatations de volume variable, contenant du pus, communiquant entre elles. Les deux orifices tubaires étaient oblitérés. Les ovaires étaient déplacés en bas et formaient une seule masse avec les trompes. Du côté gauche il existait un *kyste tubo-ovarien*. La surface interne de la trompe était lisse, celle de l'ovaire rugueuse et rougeâtre; sur la face postérieure de l'ovaire on constatait une petite rupture, par laquelle le pus s'était échappé dans la cavité péritonéale. »

Bernutz remarque que cette suppuration des annexes était probablement d'ancienne date et que certainement la péritonite fatale était due à la rupture du kyste tubo-ovarien dans le péritoine. Il ne donne aucune explication du pyosalpinx. Ce cas est fort intéressant, car il présente les mêmes conditions que je viens de décrire dans les observations précédentes et, si la malade avait été examinée plus tôt, on aurait trouvé que les symptômes justifiaient une incision exploratrice, et on aurait pu ainsi non seulement sauver cette femme, mais la guérir définitivement. Même après le début de la péritonite j'aurais ouvert l'abdomen sans la moindre hésitation, j'aurais lavé la cavité péritonéale et enlevé la cause

de l'accident. J'ai eu dans ma pratique de nombreux cas où cette manière de procéder, qui eût été taxée de *folie* il y a quelques années, m'a donné les résultats les plus satisfaisants.

Je veux encore citer l'observation suivante comme un bel exemple de pyosalpinx.

M. F., 26 ans, fut atteinte il y a trois ans de blennorrhagie, suivie d'une grave inflammation pelvienne; depuis lors ses règles sont toujours douloureuses. Elle me fut envoyée en mars par M. *John Green*, de Birmingham. Je constatai une tumeur fluctuante à gauche de l'utérus, et je diagnostiquai un pyosalpinx.

J'ouvris l'abdomen le 18 mars et mon diagnostic se trouva confirmé. Je ne pus enlever la trompe; je la vidai, je la drainai et je suturai sa paroi au bord de la plaie abdominale. Je laissai le drain en place pendant quelques semaines et la malade fit une guérison très satisfaisante. Cependant les règles sont encore douloureuses, de sorte que la guérison n'est que partielle; elle eût été complète par l'ablation totale des trompes et des ovaires. Cette femme ne peut devenir enceinte et elle restera invalide jusqu'à ce qu'elle atteigne la ménopause.

Tout ce que j'ai dit sur ces cas, sur leur origine gonorrhéique, a déjà reçu de très nombreuses confirmations dans notre pays, en Allemagne et en Amérique. Comme je l'ai déjà dit, le meilleur travail sur ce sujet est certainement celui du D^r *Japp Sinclair*, et je n'hésite pas à en citer encore un passage important, afin de montrer comment les faits que j'ai observés, sont actuellement vérifiés et confirmés dans leur ensemble.

En parlant de l'infection gonorrhéique, il dit : « Le processus inflammatoire s'étend aux trompes de Fallope, aux ovaires, au péritoine. Pourquoi cette extension se produit-elle dans quelques cas et non dans tous; je ne puis trouver une autre explication à ce fait que la plus ou moins grande vitalité des organismes infectieux ou quelque idiosyncrasie chez la malade, en d'autres termes la force initiale du virus ou la nature du terrain, favorable ou non au développement des gonocoques. Pour faire une étude complète de ce point, il faudrait nécessairement éliminer, autant que possible, tous les cas dans lesquels l'infection gonorrhéique s'est produite

sous une forme presque imperceptible, insidieuse. Il doit exister tous les différents degrés de susceptibilité et de résistance entre la vierge adulte et la femme souffrant de *colica scortorum*. Il ne peut être question que ces différences soient dues à l'état plus ou moins rétréci du canal utérin, qui ferait obstacle au libre écoulement des liquides provenant des trompes de Fallope, car nous voyons survenir quelques-uns des accidents les plus graves chez des femmes qui viennent d'accoucher, et dont le canal cervical est largement ouvert.

Quelle que soit d'ailleurs la cause de ces variations, nous voyons fréquemment que la gonorrhée aiguë se propage le long d'une ou des deux trompes de Fallope. Le processus inflammatoire détruit l'épithélium à cils vibratiles, et il donne lieu à la formation d'une collection liquide lorsque le canal tubaire ne reste pas perméable. Nous ne savons pas par observation directe ce qui se passe dans les trompes, mais nous savons que la réaction des tissus contre l'invasion du gonocoque se manifeste par la formation d'hydro et de pyosalpinx, et l'oblitération permanente de l'un ou des deux orifices de la trompe. Nous pouvons cependant affirmer qu'il existe des cas où ces changements sont si peu importants que la résorption peut se faire, et que les parties peuvent revenir à un état presque normal.

Nous observons quelque chose d'analogue pour les glandes de Bartholin; l'infection survenant dans une cavité presque fermée donne lieu à une tuméfaction, à des douleurs, se terminant tantôt par résorption et par une affection chronique de la glande, tantôt, si le canal s'oblitère, par la formation d'un abcès ».

Il est difficile de dire si le processus inflammatoire de l'affection gonorrhéique s'arrête après avoir atteint les trompes. Il est probable qu'il s'étend toujours plus ou moins au péritoine. Nous savons que la salpingite détermine une augmentation du volume et de la longueur des trompes. Les ad-

hérences se forment par péritonite résultant de l'extension du processus inflammatoire à travers les parois tubaires, exactement comme on voit survenir des phlegmons péri-uréthraux à la suite d'une uréthrite. Mais il est beaucoup plus probable que la péritonite provient de l'extension du processus inflammatoire au péritoine, de la même manière qu'il s'est avancé jusqu'aux trompes, ou bien de l'écoulement d'un liquide septique par l'orifice abdominal de la trompe. S'il existe une forme de péritonite spécialement gonorrhéique, elle doit, en règle générale, s'étendre rapidement à tout le péritoine pelvien.

Le douleur produite par cet envahissement du péritoine est parfois le premier symptôme qui attire l'attention sur la nature de l'infection. Le processus inflammatoire s'est étendu jusque-là sans symptômes douloureux, quand presque subitement survient un malaise pelvien, se transformant rapidement en douleurs aiguës. A l'examen local on trouve, déjà 24 heures après l'apparition du premier symptôme, que tout le plancher pelvien est dur et immobilisé. Il est bien compréhensible que la mort peut survenir rapidement dans les cas où la péritonite est due à l'entrée dans le péritoine du liquide purulent ou muqueux, contenu dans les trompes.

Le début, même lorsqu'il n'existe pas de symptômes de shock, est souvent très violent, comme nous le verrons encore par une observation dont je donnerai les détails plus tard. Au moment où cette malade s'est mise au lit, après s'être plainte pendant deux jours, la température prise dans l'aisselle était de 39°5 et dans le vagin de 40°8 et les symptômes généraux étaient en rapport avec cette élévation de température.

Lorsque l'affection envahit le péritoine, elle s'attaque en premier lieu au revêtement séreux de l'ovaire et elle s'étend toujours à une certaine distance en dedans de la capsule. Elle donne lieu à une augmentation de volume assez considérable de la glande, et après la période aiguë à un épaissement de

lacapsule et à des adhérences plus ou moins étendues avec les organes voisins.

Il n'est pas difficile de comprendre comment les abcès de l'ovaire peuvent survenir dès le début de l'accident.

Nous savons que chez les femmes adultes les ovaires présentent souvent des kystes ou des cavités nombreuses, qui d'ailleurs ne donnent lieu à aucun symptôme et n'empêchent nullement la glande de remplir ses fonctions physiologiques. Ce sont ces modifications des ovaires qui sont si souvent mises en avant pour justifier leur ablation, lorsque l'on ne trouve pas d'autres lésions. Supposons qu'un de ces kystes à contenu séreux se trouve situé près de la surface de la glande à la période du début de l'infection gonorrhéique, ses parois ou une partie de celles-ci seront certainement comprises dans la zone inflammatoire, son contenu liquide augmentera et deviendra purulent et le kyste devra ou bien se rompre ou donner lieu à un abcès, comme c'est le cas pour les glandes de Bartholin. Ces lésions plus graves et plus étendues expliquent facilement soit l'intensité, soit la persistance de quelques-uns de ces accidents.

Tandis que dans les cas légers tout le processus inflammatoire peut évoluer dans l'espace de quelques semaines, et même moins d'après ce que le toucher peut nous enseigner, dans les cas plus graves les symptômes inquiétants, l'abolition du fonctionnement des organes intéressés peuvent persister pendant des mois, sinon pendant des années entières.

Pour confirmer encore l'exactitude de cette description, et indiquer les complications qui peuvent survenir dans le cours de cette terrible maladie, je ne puis faire mieux que de citer encore une observation de *Noeggerath* et une de *Sinclair*.

« Mme M., originaire de Boston, était, lorsque je la vis pour la première fois, mariée depuis cinq ans à un avocat de New-York, qui avait suivi environ une année avant son mariage un traitement d'une durée de deux mois pour une blennorrhagie. Sa femme, qui avant son mariage

était un vrai type de parfaite santé et de beauté, commença bientôt après à souffrir de troubles divers; elle resta stérile, souffrait de douleurs avant et au début de ses règles et ce qui ne lui était jamais arrivé auparavant, elle commença à avoir un léger écoulement leucorrhéique avant les règles.

Une année plus tard elle consulta le Dr *Marion Sims*, qui lui fit son opération de la discision du col, afin de remédier à la stérilité. Cette intervention fut suivie d'une hémorrhagie si abondante qu'elle nécessita le tamponnement du vagin. Les jours suivants survinrent des douleurs pelviennes, qui, augmentant graduellement d'intensité, devinrent très inquiétantes. Les docteurs qui la soignaient constatèrent qu'il s'agissait d'une périmérite aiguë. La malade dut garder le lit pendant deux ou trois mois et, depuis lors, elle n'eut plus un seul jour de santé parfaite.

Elle consulta l'un après l'autre les principaux gynécologues de New-York et de Boston; elle fut cautérisée par l'un d'eux pour une ulcération du col; un autre lui appliqua un grand vésicatoire sur l'hypogastre pour sa métrite chronique, un troisième lui fit porter pendant deux mois un pessaire intra-utérin.

Un examen local minutieux révéla les faits suivants: l'utérus était en antéversion, mais peu mobile; l'ovaire gauche était petit, dur et fixé au plancher pelvien par des adhérences, tandis que l'ovaire droit, siégeant plus profondément, semblait être tuméfié, arrondi et très mou. Les deux glandes étaient très sensibles au toucher. Le vagin était rougeâtre, baigné dans un écoulement muco-purulent et il existait un catarrhe des glandes de Bartholin.

Cette dame avait énormément souffert pendant ces quatre dernières années, non seulement au moment de ses règles, mais encore pendant les intervalles intermenstruels. Le sommeil était impossible. Je réservai le pronostic et, voyant que ni les narcotiques ni les résolutifs ne produisaient le moindre effet sur son état, je lui conseillai de faire une cure de bains dans une station allemande. Mon opinion fut confirmée par un gynécologue de Paris, et sur ma recommandation spéciale la malade fit deux saisons à Kreuznach. Dès son retour elle se trouva mieux, mais sa santé était loin d'être rétablie.

Cette malade quitta bientôt New-York à cause de symptômes de tuberculose au début et l'auteur la perdit de vue.

Cette observation nous montre une fois de plus, ce que j'ai déjà répété si souvent, le danger d'intervenir dans ces cas par des opérations comme la discision du canal cervical, ou par l'introduction de pessaires ou de tiges intra-utérines. Des protestations violentes se sont élevées lorsque j'ai eu l'occa-

sion de citer ces cas et de donner les noms des praticiens qui avaient pratiqué ces opérations sur de telles malades. Telle est l'observation que j'ai publiée dans le *Medical Times and Gazette*, en réponse à un défi porté par Sir *Spencer Wells*. D'autre part, lorsque j'ai publié ces cas sans citer de noms, dans le but de ménager la susceptibilité de ceux qui avaient commis ces erreurs, je n'ai rencontré que l'incrédulité. Il est des critiques qu'il faut renoncer à contenter.

Je désire terminer ces citations par l'observation d'un cas, tiré du travail auquel je viens de faire allusion (1), car elle nous montre que, tant qu'on ignore la nature et la fréquence de ces cas, on peut faire courir un réel danger à ces malades. Ainsi qu'on le verra, ce cas est tiré de ma propre pratique. Au début j'ignorais la nature réelle de l'affection, lorsque je m'aperçus de mon erreur, je conseillai l'opération; elle fut refusée. D'autres praticiens continuèrent à soigner la malade, mais ils ne firent que prolonger inutilement les souffrances.

Mlle E. L. vint réclamer mes soins en octobre 1873. Elle était âgée de 28 ans et elle souffrait depuis le début de sa menstruation à l'âge de 13 ans. Celle-ci avait été assez régulière, mais toujours abondante, extrêmement douloureuse et accompagnée presque chaque mois d'expulsion de débris de membranes. Au début elle était soulagée après l'expulsion de ces débris de muqueuse, mais au moment où je la vis elle n'obtenait pas même de soulagement après cette expulsion. L'utérus était dur, en antéflexion, un peu plus volumineux que normalement et il mesurait 9 centimètres à la sonde utérine.

Elle m'informa qu'elle avait été, il y a trois ans, soignée de temps en temps par M. *Spencer Wells*, qui avait employé différents traitements, des pessaires et d'autres, mais avec le seul résultat que son état s'était plutôt aggravé qu'amélioré. Elle avait un écoulement leucorrhéique, qui était parfois très abondant.

A ce moment j'envisageai ce cas comme une endométrite chronique, et je conseillai la dilatation du canal cervical et la destruction de la muqueuse utérine par l'acide chromique; j'appliquai en effet ce traitement la semaine suivante. Elle se trouva grandement soulagée par cette intervention et elle fut pendant quelque temps plus vaillante qu'elle n'avait été depuis trois ans.

(1) *Medical Times and Gazette*, Septembre 1884.

Elle revint me voir en octobre 1874: elle était aussi mal sinon plus mal qu'auparavant. Les règles étaient actuellement peu abondantes et elle n'expulsait plus que de petits fragments de membranes. Mais les douleurs accompagnant les règles étaient excessives, elles allaient jusqu'à déterminer des vomissements et elles l'empêchaient absolument de marcher. L'écoulement leucorrhéique était très abondant; je pratiquai une cautérisation intra-utérine à l'acide phénique concentré et je prescrivis différents toniques internes, continués pendant une douzaine de mois; son état local s'améliora graduellement de sorte qu'elle put supporter un des pessaires à antéflexion de M. *Spencer Wells*.

En 1875, la leucorrhée avait presque disparu, les douleurs étaient beaucoup moins violentes et elle pouvait sortir pendant environ 15 jours par mois, tandis que pendant l'autre quinzaine elle se fatiguait très rapidement et les douleurs réapparaissaient dès le moindre exercice.

Elle revint me voir en avril 1876, après avoir eu des règles très abondantes en février, mars et avril, accompagnées de moins de douleurs, mais avec une leucorrhée très abondante entre les périodes. Je recommençai le traitement à l'acide phénique, avec des intervalles de repos, pendant juin, juillet et septembre. En novembre 1877, elle revint chez moi en me disant qu'elle avait été assez bien jusqu'au mois de mai, mais que depuis le mois de juin les souffrances avaient redoublé. Les règles étaient devenues très abondantes, durant de 10 à 15 jours, excessivement douloureuses, suivies d'un écoulement abondant jaunâtre très pénible. Le traitement précédent fut repris avec quelques variantes et il fut continué jusqu'en décembre 1879, mais même à cette époque, quoique le traitement eut donné quelques résultats satisfaisants, la malade était absolument incapable de marcher pendant plus de quelques centaines de mètres ou de rester debout pendant plus de quelques minutes.

Je ne la revis plus jusqu'en septembre 1880 et je trouvai que, bien qu'elle eût été un peu mieux pendant le printemps, son état actuel était certainement pire que jamais.

Pendant les quatre derniers mois elle avait eu des pertes presque continues et ses dernières règles avaient duré plus de trois semaines. En me rappelant mes insuccès de ces sept dernières années, malgré tout ce que j'avais fait pour tâcher d'améliorer l'état de cette malade, et reconnaissant qu'une telle existence était un martyre pour elle et une charge pour sa famille, je lui proposai l'ablation des annexes de l'utérus.

Ma proposition fut longuement discutée avec quelques confrères, qui s'intéressaient à cette dame plutôt comme amis de la famille que comme consultants et avec plusieurs personnes de sa parenté, et en fin de compte elle fut repoussée. Lorsqu'on m'avertit de cette décision, je déclinaï toute responsabilité ultérieure et je priai sa famille de la faire soigner par quelqu'un d'autre.

Je ne sais ce qu'elle fit depuis cette date jusqu'en juin 1883, et je ne

m'en suis jamais informé, mais j'ai toute raison de croire que l'on fit beaucoup de tentatives pour la soulager. Mais je puis dire ceci, c'est que tout fut essayé en vain, car lorsqu'elle revint me voir, à l'âge de 38 ans, elle paraissait en avoir soixante, elle était absolument émaciée, avait un facies hagard, angoissé, les cheveux presque blancs; elle devait rester presque constamment couchée et elle souffrait sans interruption. Elle me pria de reprendre la responsabilité de son traitement et de faire d'elle ce que je croirais le plus utile.

Le 27 août je pratiquai l'ouverture de l'abdomen. Je trouvai les organes pelviens réunis ensemble, l'utérus était un peu plus volumineux que normalement, les deux trompes étaient oblitérées et absolument adhérentes, celle de droite était distendue par environ 15 grammes de pus, et dans la gauche il existait une quantité équivalente de sérosité. Les ovaires étaient petits, cirrhotiques et solidement adhérents. L'ablation de ses annexes fut très difficile, mais la malade fit une excellente guérison et rentra chez elle le 27 septembre.

Je la vis le 8 avril, elle avait très bonne mine et elle pouvait faire plus de trois kilomètres à pied. Elle n'avait pas eu le moindre indice de menstruation depuis l'opération, et elle sentait seulement quelques légères douleurs dans les moignons dus à l'opération.

Le 14 juillet 1884 je recevais une lettre d'elle, dans laquelle elle me dit: « Je suis en visite chez ma sœur mariée, et je suis ravie de me trouver suffisamment bien pour jouer avec son enfant et pour aller faire des visites chez des amis. J'ai souvent des pensées de reconnaissance à votre égard, surtout lorsque je compare mon état actuel avec celui de l'année dernière à cette époque. Chacun me dit que j'ai retrouvé ma jeunesse ». Elle est encore actuellement (1889) en parfaite santé.

Chaque fois que je pense à cette malade, je regrette toujours de ne l'avoir pas opérée dix ans auparavant. D'après ce que j'ai observé dans des cas analogues, j'ai l'intime conviction que l'état dans lequel je la vis la première fois, justifiait absolument l'intervention opératoire. Je ne puis naturellement assurer qu'il existât déjà à ce moment un hydro et un pyosalpinx, mais je suis certain qu'à ce moment la malade était déjà dans des conditions qui y conduisent, c'est-à-dire qu'il existait déjà une inflammation chronique des ovaires. Selon toute probabilité, tout ce qui avait été fait par M. *Spencer Wells*, par moi-même, et par d'autres chirurgiens n'eut comme seul résultat que l'aggravation permanente de ses troubles, malgré quelques légères améliorations passagères.

Ce cas est en effet un exemple typique de l'inutilité du traitement et des souffrances que l'on fait endurer pendant des années à ces malades, tandis que seule l'ablation des annexes malades peut donner un résultat satisfaisant.

Je dois ajouter que cette observation ne devrait en somme pas rentrer dans la présente discussion de l'infection gonorrhéique, car il ne peut exister aucun doute que l'origine de cet accident fût de nature exanthématique et que le pyosalpinx ne se développa que plus tard sous l'influence des différents traitements que cette pauvre dame eût à subir.

Dans le cas de *Noeggerath* nous trouvons encore un exemple de la même erreur commise par un des plus célèbres gynécologues de son temps, par un homme que sa loyauté, sa conscience et sa grande habileté diagnostique placent, autant que je puis en juger, bien au-dessus de tous les gynécologues que j'ai rencontrés. Il n'est pas douteux que dans ce cas la discision du col fut une intervention fautive et désastreuse; mais elle a été due à ce que le Dr *Marion Sims* ne connaissait pas à ce moment les symptômes de l'infection gonorrhéique et des lésions des annexes de l'utérus. Je dois dire qu'il vint plus tard chez moi afin d'acquérir une connaissance exacte de ces cas.

Cette observation de *Noeggerath* fait voir en plus un des dangers, sur lequel on n'a pas encore suffisamment insisté, quoique je l'aie déjà mentionné dans un de mes premiers mémoires sur cette question et qu'il ait été reconnu par un pathologiste aussi distingué que le Dr *Samuel Wilks*. Je veux parler de la possibilité de l'infection de tout l'organisme dans le cours de ces affections chroniques des trompes de Fallope. Il ne peut être douteux, pour ceux qui connaissent la marche de ces cas, que la tuberculose au début, dont cette pauvre femme fut atteinte et qui probablement fut la cause de sa mort, ait été déterminée par les lésions chroniques des trompes dues à l'infection gonorrhéique.

Une autre observation intéressante (provenant du D^r Japp Sinclair) est la suivante :

« Cette dame, âgée de 30 ans, était mariée depuis deux mois, lorsqu'elle vint me voir pour la première fois. Dix jours après son mariage elle avait été atteinte d'une douleur aiguë dans la région hypogastrique et, quoiqu'elle pût se lever et s'habiller, elle ne pouvait marcher et elle dut rester couchée pendant quelques jours. Les deux époux rentrèrent chez eux à la suite de cette indisposition. La douleur pelvienne persistait, la malade se sentait moins bien et elle dut prendre le lit.

Elle me dit qu'elle avait été soignée pour une inflammation de l'intestin pendant quatre semaines et puis qu'elle avait été regardée comme guérie. Elle avait à peine essayé de reprendre ses devoirs domestiques qu'elle semble avoir eu une rechute, mais elle ne suivit pas d'autre traitement pendant un mois. C'est alors que je vis cette malade pour la première fois.

Elle avait très mauvaise mine et, comme je l'interrogeais, elle me dit qu'elle avait en effet beaucoup maigri depuis le début de sa maladie. Elle se plaignait encore de douleurs hypogastriques, inguinales et lombaires. Elle avait un écoulement abondant, me dit-elle, mais avant son mariage elle avait déjà eu « des pertes blanches », seulement l'écoulement était devenu actuellement beaucoup plus abondant et il avait un aspect tout différent. Depuis son mariage elle avait eu deux fois ses règles, elles avaient été les deux fois très abondantes et elles avaient duré plus longtemps que d'habitude.

A l'examen local je trouvai que l'utérus était immobilisé par un exsudat, qui était plus marqué du côté droit, mais qui s'étendait en arrière de l'utérus et occupait encore la moitié gauche du bassin, mais là l'inflammation semblait avoir été moins intense. Il n'était pas très sensible à la pression. Il existait un écoulement jaunâtre abondant, qui baignait les parties externes, mais qui ne paraissait pas avoir déterminé une inflammation bien intense de la vulve.

Je fis un examen microscopique de ce liquide et je trouvai qu'il renfermait les diplocoques caractéristiques, mais l'aspect microscopique général n'était pas celui d'une gonorrhée à la période aiguë.

J'eus un entretien avec le mari et il me raconta une histoire assez curieuse. Il avait eu sept ans auparavant une gonorrhée, qui semblait avoir été très intense. Il tomba premièrement entre les mains d'un charlatan, puis de différents médecins successivement et il semble avoir été guéri environ douze mois après l'apparition des premiers symptômes. Il avait été circoncis dans sa première enfance, et il était resté deux fistules sous le gland, dont l'une se dirigeait parallèlement à l'urèthre, le long du frein, et l'autre s'étendait transversalement. La première fistule avait environ un pouce de profondeur, la seconde était plus courte. De-

puis la blennorrhagie ces deux fistules étaient restés irritables, et on pouvait presque toujours exprimer d'eux une ou deux gouttes de liquide trouble. Ce malade se maria bientôt après la guérison de sa blennorrhagie. Sa première femme eut un enfant dans le cours de la première année après leur mariage et mourut de fièvre puerpérale. L'enfant survécut, mais depuis sa naissance il a toujours dû suivre un traitement médical ; comme le mari vit à l'étranger pour ses affaires et qu'ayant appris la mort de sa femme, il resta absent pendant plusieurs années, il ne peut donner de détails sur cette maladie.

Il ne vit plus aucune trace de blennorrhagie depuis sa guérison avant son mariage, mais il y a environ douze mois, souffrant de l'irritation causée par la fistule la plus profonde, il consulta un chirurgien, qui l'incisa et cautérisa le canal. On ne toucha pas à la plus petite des fistules.

Les deux époux étaient selon toute apparence parfaitement bien portants au moment de leur mariage, il y a deux mois, et la maladie de cette dame survint sans aucune cause apparente. Mais depuis le début de la maladie de sa femme, le mari a été atteint d'uréthrite. Elle avait débuté quatre semaines après son mariage, et au moment où j'eus mon entretien avec lui il existait encore, malgré un traitement assidu, une uréthrite subaiguë, qui avait la marche d'une blennorrhagie d'intensité moyenne. Comme il était déjà en traitement depuis plus de trois semaines, je ne fus pas très surpris de ne plus trouver de gonocoques dans l'écoulement et je ne pus pas trouver davantage de micro-organismes suspects, dans la petite quantité de liquide que je pus faire sortir par l'orifice de la petite fistule.

La question était de savoir d'où provenait l'infection chez cette malade ? On pouvait supposer qu'elle s'était exposée à l'infection gonorrhéique avant son mariage, mais, d'après ce que j'appris, je dois dire que je ne puis soupçonner cette malade, très respectable, d'avoir contracté sa maladie juste la veille de son mariage, et l'on peut certainement éliminer cette supposition. En plus la marche de l'infection ne fut pas celle d'une gonorrhée ordinaire aiguë. Chez cette femme la périmétrie survint en même temps que l'écoulement, et celui-ci n'infesta pas de suite le mari, à moins que celui-ci ne cache la vérité.

Nous pouvons en conclure que les choses ont dû se passer de la manière suivante : le virus gonorrhéique a persisté dans les fistules pendant des années, mais il ne s'est développé plus activement que lorsqu'il est arrivé sur un terrain plus favorable, le canal utérin ; il agit alors comme on le voit si souvent dans ces cas de *gonorrhée latente*, mais avec une rapidité exceptionnelle.

La femme, qui a suivi pendant plus de trois mois un traitement régulier, se considère comme guérie ; mais, quoique l'utérus soit actuellement devenu mobile, il existe encore un épaississement bien marqué du péritoine. Il y a un défaut d'élasticité tout particulier du plancher pelvien,

il offre une certaine sensation de résistance. Il est probable que les deux trompes sont fortement altérées, les franges doivent être soudées ensemble et adhérentes à l'ovaire, et l'orifice externe, oblitéré. Il est possible que la résorption se continue, qu'il ne survienne pas d'autres complications et que la malade puisse ainsi échapper à des lésions plus graves. Mais la menstruation ne sera plus jamais normale, et les trompes oblitérées ne pourront jamais redevenir perméables.

Voilà donc encore une fois l'histoire si fréquente d'une infection gonorrhéique prise pour une inflammation de l'intestin. Il est probable que l'examen pelvien n'a pas été fait. Naturellement ces malades se remettent de leurs accidents aigus, la température baisse, elle redevient plus ou moins normale et elles arrivent ainsi à ce que certains auteurs modernes appellent la *guérison de leur maladie*. Mais nous savons qu'elles ne guérissent que dans ce sens, qu'elles peuvent sortir de leur lit et commencer à marcher; les lésions persistent comme l'indique fort bien l'observation du D^r *Sinclair*.

Je puis ajouter que ces pauvres femmes vivent alors comme si elles étaient sur une poudrière. Un coup de froid, un excès dans les rapports sexuels, quelque surmenage ou fatigue plus grande au moment des règles, en un mot l'un des mille accidents auxquels une femme est continuellement exposée la menace subitement des plus graves dangers. Les D^{rs} *Kings-ton Fowler et Lewers* font mention de ces cas de péritonites mystérieuses, soi-disant *idiopathiques*, survenant quelquefois pendant les suites de couches et qui sont le plus souvent envisagées comme des *péritonites puerpérales*. Si le public médical pouvait se rendre un compte exact de la fréquence de ces cas, nous pourrions sauver un grand nombre de ces femmes par une simple section abdominale.

Pendant les dix dernières années de la lutte que j'ai eu à soutenir à propos de ces nouvelles opérations de la chirurgie abdominale on m'a reproché à différentes reprises d'entreprendre des opérations qui n'étaient ni nécessaires, ni justifiées. Non seulement ces reproches sont absolument faux, mais

je vois constamment des cas où la mort des malades est due au fait que ces opérations n'ont pas été pratiquées ou ont été trop retardées. Le D^r *Sinclair* a démontré que ces cas donnent une mortalité d'environ 25 0/0. J'ai montré que d'autre part l'opération, destinée à guérir ces malades, donne une mortalité de moins de 3 0/0, affirmation qui se justifiera encore plus tard quand je discuterai cette question dans tous ses détails.

INFLAMMATION CHRONIQUE DES ANNEXES D'ORIGINE PUERPÉRALE

Nous avons à présent à nous occuper d'un autre groupe d'affections chroniques des annexes de l'utérus, survenant pendant les suites de couches, c'est-à-dire soit après un accouchement ordinaire, soit après une fausse couche ou un avortement. Mais ici encore nous nous retrouvons en présence des terribles conséquences de l'infection gonorrhéique, et il me semble indiqué de m'occuper de suite des cas dans lesquels les deux facteurs entrent en jeu.

Pour ma part j'acquies chaque jour davantage l'intime conviction que l'infection gonorrhéique doit être rendue responsable d'une forte partie des accidents et des décès qui surviennent pendant les suites de couches, et qui tous sont attribués à la fièvre puerpérale. On ne peut encore dire quel est le mécanisme exact de ces accidents, mais je puis actuellement en indiquer au moins trois processus différents que j'ai tous observés moi-même et que j'ai pu si bien suivre dans leurs détails qu'il ne peut exister aucun doute sur leur authenticité, d'autant plus qu'elle a été depuis lors confirmée par d'autres auteurs.

En 1868 je vis, à la consultation externe de Clayton Hospital, une jeune fille qui avait une gonorrhée très intense. Les symptômes vaginaux cédèrent rapidement au traitement pres-