

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<sup>r</sup> *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<sup>rs</sup> *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<sup>r</sup> *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-



crit et après environ trois semaines je perdis de vue cette malade et je ne la retrouvai qu'à l'occasion de son autopsie, que j'eus à faire après qu'elle eût succombé à une fièvre puerpérale. Le péritoine était rempli de pus et je trouvai que tous les organes pelviens étaient réunis et adhérents autour d'une cavité, formant un vaste abcès, à contenu fétide, siégeant sur le côté gauche de l'utérus. J'enlevai cet abcès avec l'utérus et je le conservai dans l'alcool, où il resta pendant des années sans attirer davantage mon attention. L'observation de cette malade montrait parfaitement qu'elle était déjà enceinte au moment où elle contracta sa blennorrhagie ou qu'elle le devint par la même occasion. Elle fut accouchée comme malade pauvre chez elle et mourut le neuvième jour après son accouchement.

Au moment de l'autopsie j'attribuai à ces lésions et à la péritonite une origine simplement puerpérale, mais j'examinai plus tard les pièces avec plus de soin et je constatai alors qu'il s'agissait d'un *kyste tubo-ovarien*, dont la rupture fut la cause de la péritonite à laquelle succomba cette malade. Elle avait eu en somme un pyosalpinx unilatéral d'origine gonorrhéique, qui se rompit pendant l'accouchement et déterminait la mort. Par conséquent ce n'était pas un cas de fièvre puerpérale.

Un travail du D<sup>r</sup> *Chapman Grigg*, publié en 1887 (1) jette un jour tout nouveau sur ces cas.

Le D<sup>r</sup> *Grigg* commence par faire ressortir le fait, que jusqu'à présent nous n'avons pas attaché suffisamment d'importance à l'état local des organes pelviens comme cause de péritonite après l'accouchement et cela provient surtout du petit nombre d'autopsies qui ont été faites dans ces cas. Lorsqu'une femme meurt pendant ses suites de couches, l'accident est si déplorable, notamment pour le médecin traitant, que l'on tâche d'en parler aussi peu que possible et que l'autopsie est réclamée bien rarement. La cause de la mort est attribuée à l'acci-

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

dent qui attirera le moins l'attention, et si l'on fait une expertise c'est toujours dans le but de découvrir quelque cause externe de contagion, comme un cas de scarlatine ou d'érysipèle.

Dans le cours d'une conversation avec le D<sup>r</sup> *Grigg* j'appris les détails suivants, qui nous montrent combien il est important d'obtenir l'autopsie dans ces cas de mort et de faire un examen minutieux de l'état des organes pelviens.

Pendant l'espace de neuf mois il y eut au *Queen Charlotte's Lying-in-Hospital* 548 accouchements, dont 375 chez des primipares et 173 chez des multipares ; sur la totalité il y eut 5 morts. Heureusement elles furent toutes les cinq suivies d'autopsies, pratiquées par des pathologistes compétents — les D<sup>rs</sup> *Hebb* et *Alchin*.

Dans le premier cas il s'agissait d'une primipare, qui mourut du fait d'une tumeur ovarienne suppurée, qui faisait obstacle au passage de la tête fœtale. Le second cas était aussi une primipare, âgée de 21 ans. Elle alla très bien pendant la première semaine après son accouchement, puis elle fut prise le huitième jour de symptômes de péritonite et elle mourut le douzième jour. On trouva que la mort était due à un ancien pyosalpinx et à un abcès de l'ovaire.

Le troisième cas était aussi une primipare, âgée de 23 ans. Elle accoucha le 1<sup>er</sup> novembre et mourut le 11. La cause de la mort eût été certainement attribuée à la septicémie puerpérale si l'autopsie n'avait pas été faite ; mais cette dernière démontra que la péritonite mortelle était due à la rupture d'un kyste de l'ovaire.

Le quatrième cas était encore une primipare, âgée de 19 ans. Elle accoucha le 1<sup>er</sup> novembre et mourut le 13. L'accouchement avait été compliqué d'éclampsie et les constatations du D<sup>r</sup> *Grigg* sont du plus grand intérêt.

« Ce cas fut très intéressant, nous dit-il, car il nous montre combien il est nécessaire, même vis-à-vis d'une simple éclamp-



sie, de réclamer l'autopsie. En effet sans celle-ci, qui fit constater l'existence d'anciennes lésions des ligaments larges, la cause primaire de l'affection rénale fut restée inconnue. Cette inflammation, qui avait évidemment pris son origine soit des trompes de Fallope, soit des ligaments larges, détermina une infiltration et un épaissement du tissu cellulaire et un raccourcissement consécutif des ligaments et conduisit au résultat fatal. Le Dr *Allchin* est aussi de cette opinion ».

Ces différents témoignages doivent certainement nous conduire à modifier nos idées sur la soi-disant fièvre puerpérale. Ainsi pour quatre morts sur les cinq, qui constituèrent la mortalité de cet hôpital pendant une période de 9 mois, on put en démontrer l'origine dans des lésions locales existant déjà précédemment; en plus dans tous ces cas il s'agissait de primipares. Cela nous prouve que nous ignorons encore bien des choses en fait de fièvre puerpérale et qu'il est nécessaire que nous en fassions une étude plus sérieuse et plus méthodique.

Il est encore un autre fait, qui se rapporte directement à l'infection gonorrhéique, c'est qu'elle survient chez les femmes mariées presque invariablement au début de leur existence matrimoniale et qu'elle les rend stériles, soit complètement, soit seulement d'un seul côté. J'ai la conviction qu'un pyosalpinx unilatéral, survenant chez une nouvelle mariée est un des accidents les plus dangereux auxquels elle puisse être exposée; en effet si elle devient enceinte, et si la trompe se rompt pendant l'accouchement, la mort est presque certaine. Nous ne pouvons savoir le nombre exact de ces accidents, mais le fait que de beaucoup le plus grand nombre des morts dues à la fièvre puerpérale, surviennent chez des primipares, nous semble constituer un fait important à noter.

Nous arrivons ainsi graduellement à apprécier l'importance d'accidents, niés par certains auteurs, ou que d'autres ont déclaré n'avoir observé qu'une seule fois dans le cours de leur existence. Il est un fait actuellement démontré, c'est que ces

cas sont fréquents, et que nous en voyons journellement. Je puis me souvenir d'un grand nombre de ces accidents, observés pendant ces 25 dernières années, qui se trouvent expliqués par les travaux de *Grigg*, *Noeggerath*, *Japp Sinclair* et d'*Angus Mc Donald* et par les faits que j'ai moi-même observés pendant les 8 ou 9 dernières années.

Le Dr *Grigg* m'appela dernièrement en consultation pour voir une jeune dame, qui s'était mariée (la première fois) à l'âge de 19 ans. Son mari se trouva être une brute, qui lui communiqua une blennorrhagie juste avant ou immédiatement après son seul accouchement. Elle fut sur le point de succomber à une « fièvre puerpérale, » et elle eut depuis lors des poussées récidivantes de péritonite. Elle traîna une existence misérable jusqu'à l'âge de 33 ans, puis devint veuve et après quelques années elle épousa un second mari, qui formaît un contraste absolu avec le précédent. Le diagnostic d'ancienne suppuration des annexes était facile, et j'enlevai en présence du Dr *Matthews Duncan* un pyosalpinx et un ovaire en état de suppuration du côté droit (un *hyste tubo-ovarien* était en voie de formation), l'ovaire enflammé chroniquement et adhérent et la trompe du côté gauche. La malade est actuellement, six mois après l'opération, en bonne voie de guérison permanente et je suppose que ce cas doit avoir converti le Dr *Matthews Duncan*.

Il y a environ seize ans je fus appelé à voir la femme d'un commerçant qui était fort souvent absent de chez lui et qui bien malheureusement avait communiqué la gonorrhée à sa femme environ un mois avant son accouchement. Ce n'était d'ailleurs pas sa première blennorrhagie; elle fut très légère et il me dit qu'il n'y avait pas attaché beaucoup d'importance et c'est ainsi qu'il la communiqua à son épouse. Elle n'en souffrit d'ailleurs pas beaucoup au début et elle ne soupçonna pas du tout la nature de sa maladie. Elle accoucha (de son sixième enfant) et tout alla fort bien pendant environ une se-



maine, quand survinrent des symptômes de « fièvre puerpérale ». Ils suivirent une marche subaiguë et conduisirent à la suppuration des deux genoux, des deux globes oculaires et à la mort de cette malade après environ six semaines de terribles souffrances. Il ne s'agissait pas de fièvre puerpérale mais bien d'une affection gonorrhéique.

J'ai observé un autre cas, très analogue, qui ne se termina pas par la mort, mais par la perte d'un œil et par une opération nécessitée par l'ablation d'un pyosalpinx double qui n'avait pas disparu après la prétendue guérison de la malade.

Je pourrais aussi donner les observations d'un certain nombre de malades, chez lesquelles le pyosalpinx fut le résultat d'une blennorrhagie acquise pendant la grossesse et ayant déterminé soit une fausse couche soit une pelvipéritonite après l'accouchement. Dans quelques-uns de ces cas l'action du poison semble être si violente qu'elle agit sur l'utérus, qu'elle détruit l'ovule, et détermine une péritonite le plus souvent fatale. D'autres fois elle se contente de tuer le produit et de devenir une cause de stérilité pour la mère en la rendant invalide pour le reste de son existence, à moins qu'elle ne se soumette à une opération chirurgicale.

Enfin dans d'autres cas, l'infection semble arrêtée jusqu'après l'accouchement, puis la maladie traverse l'utérus et peut avoir une issue fatale en déterminant les accidents que nous confondons avec ceux de la fièvre puerpérale.

*Noeggerath* donne un très bel exemple de ce premier genre d'accidents.

Cette observation est celle d'une dame, qui lui fut amenée à New-York au commencement de 1872 afin de recevoir ses soins. Le mari avait souffert comme étudiant d'une blennorrhagie, pour laquelle il avait suivi un traitement pendant plusieurs mois ; il prétendait qu'elle avait complètement disparu deux mois avant son mariage. En le questionnant minutieusement pour savoir si véritablement toute trace de sa blennorrhagie avait bien disparu, il avoua qu'après son mariage il avait plus d'une fois constaté l'adhérence de l'orifice urétral et qu'il avait parfois éprouvé de légères douleurs au moment de la miction.

Dix mois après son mariage sa femme accoucha d'un enfant parfaitement sain, mais depuis lors (18 années) elle n'est plus jamais devenue enceinte. De suite après son accouchement cette dame commença à se plaindre de douleurs du côté gauche et d'une espèce de faiblesse pelvienne. Elle voyagea d'une station balnéaire d'Europe à l'autre, tâchant de rétablir sa santé, puis elle revint en Amérique. Elle n'eut pas moins de six poussées différentes d'inflammation pelvienne. L'examen local démontrait l'existence d'un exsudat pelvien, l'augmentation du volume des ovaires et à la réunion de tous les organes pelviens en une seule masse immobile.

*Noeggerath* ne put évidemment lui apporter grand soulagement et lui recommanda une station balnéaire du Canada.

C'est un exemple typique des six cas qu'il nous présente dans cette partie de son volume. Ils ont tous deux points communs : premièrement c'est qu'il s'agit d'affections incurables, détruisant la santé et le bonheur de femmes qui avaient été en parfaite santé avant leur mariage ; secondement c'est qu'il existe toujours des antécédents blennorrhagiques chez le mari et qu'il est toujours plus ou moins envisagé comme la cause des souffrances de sa femme.

Déjà en 1873 le Dr *Angus Mc Donald* démontra la fâcheuse influence de la gonorrhée sur les parturientes et il peut certainement être envisagé comme l'auteur de cette importante découverte, quoique l'idée première lui ait été suggérée par les travaux de *Noeggerath*. Je citerai les observations présentées par le Dr *Mc Donald*, car ces malades peuvent être plus facilement suivies par l'accoucheur qui les observe dès le début des accidents. Mes propres observations ne sont pas aussi complètes, parce que souvent je n'ai pas vu ces malades dès le début des accidents car elles ont presque toujours été accouchées et soignées pendant quelque temps par le médecin de la famille.

Le Dr *Mc Donald* s'exprime ainsi (1) : « Je pense que le Dr *Noeggerath* a démontré de façon péremptoire que l'infection gonorrhéique jouait un rôle beaucoup plus important dans

(1) *Edinburgh Medical journal*, 1873, p. 4090.



l'apparition de certaines formes de fièvre puerpérale et d'inflammation pelvienne aiguë et chronique, comme aussi de simple catarrhe des organes génitaux, que nous ne l'avions admis jusqu'à présent. Mais il reste encore à savoir si la fréquence, le degré, la persistance de ces affections et la stérilité consécutives sont aussi étendues que le Dr *Noeggerath* le prétend. Pour ma part je crois que cet auteur s'est trompé quant à l'étendue de l'influence du virus blennorrhagique et les quelques observations que je peux présenter me semblent venir à l'appui de cette opinion. Ces cas sont les suivants :

OBSERVATION I. — Mme S., âgée de 24 ans, accoucha très facilement d'une fille le 15 avril 1869. Deux accouchements précédents avaient été tout à fait normaux. La mère et l'enfant se portèrent très bien jusqu'au quatrième ou cinquième jour; à ce moment la mère fut prise de violentes douleurs abdominales, accompagnées d'une grande sensibilité à la pression de toute la région et d'une fièvre assez forte. Les douleurs disparurent cependant après huit ou dix jours sous l'influence des opiacés à l'intérieur et de cataplasmes à l'extérieur. En même temps on constatait chez l'enfant une conjonctivite grave de caractère spécifique. A la suite d'une enquête j'appris que le mari avait eu pendant la grossesse de sa femme un écoulement d'origine blennorrhagique, mais qu'elle n'en avait pas souffert autrement que par la constatation d'une leucorrhée assez abondante avant son accouchement.

Autant qu'elle pouvait se souvenir elle n'avait eu ni douleurs à la miction, ni tuméfaction des parties externes. Les yeux de l'enfant furent traités par des lavages fréquents et par l'application de temps en temps d'une solution de nitrate d'argent, l'amélioration fut graduelle, mais lente. La guérison de la mère fut aussi très lente, car elle ne put sortir du lit avant la fin de la cinquième semaine.

Quelque temps après, pendant que ma malade assistait à l'église au baptême de son enfant, elle fut prise subitement d'une douleur angoissante dans la fosse iliaque gauche, en un point correspondant à la région de Poyaire, accompagnée de fièvre et d'un pouls rapide. On reconnaissait à l'examen local tous les signes habituels d'une périmérite provenant du pavillon de la trompe de Fallope gauche, s'étendant en avant et à droite de manière à intéresser bientôt toute la moitié antérieure du bassin et à immobiliser l'utérus en position normale.

Pendant cette poussée aiguë elle fut traitée par des cataplasmes et des opiacés, plus tard par le bromure et l'iodure de potassium et quelques autres médicaments.

La guérison fut très lente et elle dut garder le lit pendant plus de six mois. Pendant cette maladie elle fut examinée par le Dr *Moir* et par Sir *James Y. Simpson*. Elle m'assura que depuis lors elle avait toujours souffert plus ou moins à chaque menstruation de douleurs dans la fosse iliaque gauche, et qu'au moment des règles elle est toujours souffrante pendant environ trois semaines, quoiqu'elle ne perde pas beaucoup de sang à chaque période menstruelle. Ses règles sont très irrégulières. Depuis que je l'ai soignée en 1869 elle a eu encore deux enfants en parfaite santé, l'un en juillet 1870 et un autre le 17 décembre 1872. Le premier accouchement se passa très bien, mais immédiatement après le second elle eut une légère poussée inflammatoire. Elle est actuellement en assez bonne santé.

OBSERVATION II. — La malade qui fait le sujet de cette observation, primipare, fut prise des premières douleurs de l'accouchement, le 14 novembre 1872, à 4 heures du matin. Les premiers symptômes fébriles se déclarèrent le 17. Le pouls était à 110, la langue était mauvaise; les seins n'avaient point de lait; l'appétit était nul; pas de vomissements, légère sensibilité sur la région utérine, les lochies étaient peu abondantes. Le 19 les douleurs étaient moins fortes, la sensibilité à la pression de même; l'utérus était encore dur; la transpiration continuelle et abondante, le pouls à 120, mais plein, l'écoulement était clair et abondant; la langue très chargée.

Pendant toute cette maladie il ne survint pas de frisson et la température ne s'éleva pas au-dessus de 39°.

Des douleurs en apparence rhumatismales, accompagnées de rougeur et d'inflammation du tissu cellulaire entourant les articulations, firent leur apparition aux deux mains, aux deux épaules, aux deux genoux, mais plus spécialement dans le genou gauche.

La malade resta dans le même état pendant plusieurs jours, puis les symptômes s'atténuèrent lentement. Le pouls variait de 120 à 144, 96, 108, 96, 84 et 75 pour les jours qui se suivent. La température ne dépassa jamais 39°. Le 20 novembre le lait fit son apparition pendant quelques jours. Il n'exista jamais aucun symptôme de paramérite ou de périmérite. Le 22 il survint une diarrhée très abondante, qui céda le même soir au plomb et à l'opium. A part cette exception, les selles furent toujours régulières pendant tout le cours de la maladie. Les symptômes utérins disparurent plus rapidement que les symptômes articulaires. Le dixième ou le douzième jour il se produisit sur tout l'abdomen et plus tard sur tout le corps une éruption abondante, ressemblant à un pemphigus. Les yeux de l'enfant furent examinés par un oculiste. Il s'agissait d'une conjonctivite blennorrhagique très grave, qui se termina par la destruction presque complète de la cornée gauche et par la formation d'une grande ulcération perforante dans la cornée droite.



L'œil gauche sera très probablement perdu. Cependant la vision de l'œil droit est encore possible.

Une enquête minutieuse m'apprit que le mari, qui avait des habitudes de désordre, souffrait depuis plusieurs mois avant l'accouchement de sa femme d'un écoulement blennorrhagique. Il me fut impossible de préciser depuis combien de mois durait cette affection. Malgré une enquête des plus minutieuses, je ne pus savoir si la malade avait été infectée immédiatement avant son accouchement, ou si elle avait déjà souffert précédemment d'une blennorrhagie latente. Néanmoins je dois dire que c'est cette dernière alternative qui est la plus probable. Elle ne remarqua jamais aucun écoulement anormal et elle ne constata jamais la moindre affection spéciale avant son accouchement; mais elle s'était bien aperçu que son mari souffrait d'un écoulement quelconque.

L'examen local après sa guérison ne révéla aucun désordre; il n'existait aucun exsudat, aucun déplacement utérin, pas de fixation de cet organe, aucune bride. Ses règles, qui étaient douloureuses avant son mariage, sont actuellement libres de douleurs. Il existe cependant des petits condylomes sur la région périnéale, analogues à ceux que le Dr *Noeggerath* a décrits dans des cas pareils. J'ai oublié de dire que, pendant toute sa convalescence, il existait un écoulement abondant, jaunâtre, spécifique et que le vagin fut irrigué une ou deux fois par jour avec une solution diluée de liquide de Condy. Il n'a jamais existé d'urétrite.

OBSERVATION III. — Mme B. accoucha, le 22 décembre 1872 au matin, d'un bel enfant mâle (son cinquième ou sixième accouchement), après un travail d'environ six heures. La mère et l'enfant se portaient très bien au début. Mais après cinq ou six jours les yeux de l'enfant se tuméfièrent et devinrent rouges et ses paupières augmentèrent de volume. J'appliquai de suite le traitement habituel de la conjonctivite aiguë spécifique.

Le septième jour après l'accouchement Mme B. fut saisie subitement d'une violente douleur dans le bas-ventre, plus particulièrement dans la région iliaque gauche, accompagnée d'une fièvre assez intense; le pouls était à 110. Je prescrivis des cataplasmes et la poudre de Dower, à la dose de 30 centigrammes toutes les quatre heures. Cet état dura, avec un peu moins d'intensité, pendant 4 ou 5 jours, puis la malade alla beaucoup mieux, se guérit et elle est actuellement très bien portante. Les organes pelviens, autant que l'on peut s'en rendre compte soit par le toucher simple, soit par l'exploration combinée sont actuellement parfaitement normaux. Cependant pendant les deux mois qui suivirent l'accouchement la malade souffrit d'un écoulement blanc-jaunâtre, qui a actuellement complètement disparu. Les yeux de l'enfant allaient de plus en plus mal, particulièrement l'œil gauche, il fut confié à un oculiste, mais l'œil gauche fut complètement perdu par ulcération de la cornée et l'œil droit n'en vaut guère mieux.

Cette malade n'avait pas l'habitude de coucher dans la même chambre que son mari. J'ai la preuve évidente que ce dernier était affecté d'une blennorrhagie au mois de juillet. Pendant six ou huit semaines après cette maladie il n'eut aucun rapport avec sa femme. Mais pendant un court séjour à la campagne avec sa famille, pendant la première quinzaine de septembre, il occupa la même chambre que sa femme. Il pensa qu'il était complètement guéri; en effet il ne restait plus aucune trace de l'affection. Néanmoins, c'est de ce rapprochement que date l'écoulement abondant de Mme B., qui fut envisagé comme une leucorrhée ordinaire, mais qui fut accompagné d'une légère tuméfaction des parties génitales et d'une légère douleur à la miction. Il n'y eut pas d'autres rapports sexuels avant la naissance de l'enfant en décembre, et pas d'autres symptômes chez Mme B., qui avait envisagé son écoulement de septembre comme une simple leucorrhée sans importance.

OBSERVATION IV. — Dernièrement je fus appelé à la hâte à la campagne pour voir en consultation une jeune dame, qui, à la suite d'un amour illicite, était accouchée avant terme d'un fœtus de 5 à 6 mois. Le travail fut facile. Cependant il survint une hémorrhagie assez importante avant l'arrivée du médecin traitant, qui demeurait à quelques lieues de distance.

La délivrance fut assez difficile, mais aussitôt après toute hémorrhagie cessa; ceci se passait le samedi après-midi. Le dimanche matin elle était très bien; moins bien dans la soirée. Il survint des symptômes fébriles, puis une douleur dans le bas-ventre et un pouls excessivement rapide, de violentes douleurs dans l'hypocondre droit et des vomissements continuels; lundi l'état général était encore pire: le pouls petit, filant et rapide; les vomissements continuaient. On prescrivit une pilule d'aloès et de myrrhe et des applications chaudes sur l'abdomen. La constipation persista, quoique ce léger purgatif fut renouvelé encore une fois. Grande distension de l'abdomen. Le mardi matin la malade était encore plus mal; on administra un lavement huileux, mais il ne produisit aucun effet. Elle perdit connaissance dans le cours de l'après-midi, le pouls devint imperceptible et elle mourut à environ 5 heures et demie.

Sa mère nous dit que sept semaines auparavant sa fille avait eu une hémorrhagie assez grave; et depuis lors, pendant plusieurs semaines, elle avait eu un écoulement jaunâtre assez abondant. Elle l'entendit se plaindre à différentes reprises d'envies fréquentes d'uriner. J'interrogeai mon confrère, qui se trouvait être en même temps le médecin traitant de la jeune dame et du père de l'enfant, et il me dit que ce dernier l'avait consulté et l'avait informé qu'il avait souffert, il y a environ deux ans, d'une blennorrhagie très grave, pour laquelle il avait été soigné par un chirurgien distingué de notre ville, qui après un certain temps l'avait renvoyé comme guéri. Mais depuis cette époque, il avait



constaté sous l'influence de tout excès sexuel, la réapparition de l'écoulement primitif, accompagnée de douleurs urétrales à la miction. Sous l'influence de toute excitation, même de nature psychique, l'écoulement devenait si abondant qu'il nécessitait parfois l'emploi d'une injection astringente. Il employait habituellement une solution de tannin.

*Autopsie* quarante-huit heures après la mort. Péritonite généralisée, mais beaucoup plus accentuée dans le petit bassin, dans lequel il existait une quantité considérable d'un liquide grumeleux. Toute la surface péritonéale de l'utérus est d'un rouge intense. Les deux ligaments larges sont rouges et congestionnés, mais il n'existe pas de pus entre leurs feuillets, et nous ne constatâmes, autant qu'une dissection et un examen rapides peuvent le faire voir, aucune augmentation de volume des vaisseaux lymphatiques soit de l'utérus, soit de ceux situés entre les feuillets des ligaments larges. Les deux trompes de Fallope sont tuméfiées, distendues dans leur moitié extérieure au volume d'une plume de corbeau ou davantage et remplies d'un liquide foncé. Les deux ovaires sont ramollis en une masse pulpeuse. La moitié inférieure de l'utérus est presque saine. La moitié supérieure est affectée dans toute son épaisseur d'une métrite intense, qui a transformé le tissu utérin en une masse rouge, molle, friable et demi pulpeuse. La vésicule biliaire est remplie d'un liquide noirâtre, qui a tout l'aspect du goudron. Le foie est infiltré dans toute son étendue d'un liquide foncé, son tissu est mou et se déchire facilement. Les reins sont congestionnés et ramollis.

OBSERVATION V. — Mme T. se maria en 1864 à l'âge de 29 ans. Elle accoucha normalement d'un garçon en septembre 1865 et elle fit une excellente guérison. Son mari souffrait d'un rétrécissement de l'urèthre, résultant d'une ancienne blennorrhagie, contractée avant son mariage. Elle n'est pas devenue enceinte une seconde fois, et depuis son accouchement elle a toujours eu un écoulement leucorrhéique plus ou moins abondant. Il y a environ deux ans elle commença à souffrir de ménorrhagies abondantes, et elle dut enfin s'aliter pour cette raison, et des douleurs pelviennes, accompagnées de fièvre pendant les mois de décembre 1871 et janvier 1872. Je fus appelé à lui donner mes soins pendant cette maladie et je trouvai qu'il existait une périmérite subaiguë assez grave, et une notable augmentation de volume de l'utérus. Tout le fond du vagin était d'une consistance ligneuse, et l'utérus, augmenté de volume et sensible au toucher, était immobilisé au centre de cette masse d'induration pelvienne. La malade pouvait cependant aller et venir et elle était beaucoup plus inquiète de ses ménorrhagies que souffrante de ses douleurs pelviennes. Sous l'influence d'un traitement tonique et résolutif, son état s'améliora graduellement et plus tard les ménorrhagies disparurent (1).

(1) Ayant été appelé à revoir cette malade depuis que j'ai écrit cette observation,

OBSERVATION VI. — A la suite d'une mésaventure arrivée à son mari, Mme M. fut affectée il y a environ trois ans d'une attaque aiguë de blennorrhagie. Je lui prescrivis des injections vaginales de copahu et des capsules également de copahu à l'intérieur. Après quelques semaines sa guérison était complète. Depuis cette époque, elle n'a jamais eu aucun trouble de la menstruation. Mme M. avait précédemment eu un seul enfant, qui est actuellement un beau garçon bien portant, âgé de six ans. Elle est restée stérile depuis lors, mais entre l'époque de l'accident blennorrhagique et celle de son accouchement il s'est écoulé plusieurs années, qui indiquent qu'il existait déjà à ce moment une stérilité relative. Je ne pense pas que nous puissions admettre que dans ce cas l'existence d'une blennorrhagie ait eu une influence quelconque sur l'existence sexuelle de cette malade.

A propos de ces six observations du Dr *Mac Donald* il est à remarquer, que trois de ces malades étaient des primipares et parmi celles-ci se trouve la seule issue fatale, celle de cette jeune fille, victime d'une péritonite puerpérale, qui fut le résultat d'une infection blennorrhagique. A propos de cette observation du Dr *Mac Donald* je me rappelle le cas d'une primipare, qui fut très gravement malade pendant ses suites de couches, et d'après les symptômes indiqués par le Dr *Mac Donald*, il est pour moi évident qu'il s'agissait d'une blennorrhagie. L'enfant, le seul que sa mère ait eu, a actuellement 12 ans et il est aveugle de naissance par destruction de la cornée. La mère a une ankylose du genou gauche, résultat d'une suppuration articulaire, survenue pendant ses suites de couches. Je ne sais quel est l'état actuel de sa menstruation, mais d'après ce que je sais du mari, j'ai tout lieu de croire que ces accidents de l'enfant et de la mère ont été déterminés par les propres fautes de cette dernière. J'ai eu l'occasion d'observer d'autres cas analogues à ceux du Dr *Mac*

J'ai trouvé que la périmérite avait en grande partie disparu ; la santé générale était bien meilleure qu'elle n'avait été depuis plusieurs années. On sent encore un empâtement et un point douloureux sur le côté droit de l'utérus, et il y a encore un certain degré de fixation du corps utérin au côté droit. On peut sentir aussi distinctement des brides en forme de cordes, en nombre de 2 ou 3, s'irradiant de chaque côté de l'utérus et indiquant les restes de l'ancienne périmérite. L'utérus est encore très volumineux et sensible. La leucorrhée persiste, mais il n'existe plus ni ménorrhagie, ni dysménorrhée.



*Donald*, mais, comme je n'étais pas au courant de ces accidents, comme je le suis actuellement, je n'en ai pas conservé de notes cliniques détaillées et par conséquent je ne puis en parler ici.

De nouvelles recherches dans cette direction feront certainement reconnaître qu'une certaine proportion de primipares, qui meurent de péritonite puerpérale ou qui ont des accidents plus ou moins graves, ne sont en somme que les victimes des fredaines de leurs maris.

A propos de ces observations, le Dr *Mac Donald* ajoute ce qui suit: « Je crois par conséquent qu'à l'avenir nous devons être beaucoup plus sévères en accordant notre permission de mariage à des jeunes gens qui ont contracté récemment une blennorrhagie ou qui souffrent encore d'un écoulement spécifique. Les observations du Dr *Noeggerath* et les miennes démontrent que si un homme se marie tant qu'il lui reste la plus légère trace d'une blennorrhagie, il expose sa femme aux risques de beaucoup de souffrances pendant sa vie menstruelle et au danger de mort si elle devient enceinte ».

J'approuve absolument ces conclusions, et je trouve que jusqu'à présent ceux qui ont eu à soigner des jeunes gens affectés de blennorrhagie ont fait preuve d'une négligence ou d'une insouciance impardonnables. D'après le nombre considérable de cas de lésions des annexes de l'utérus que j'ai eus à soigner chez de jeunes mariées, qui sont devenues stériles après quelques mois de mariage, je suis très disposé à croire qu'il est injustifiable de se marier de la part d'un homme qui a souffert, ne serait-ce qu'une seule fois, de blennorrhagie.

Le tableau suivant comprend tous les cas où j'ai pratiqué depuis 1880 l'ablation des annexes de l'utérus pour des lésions provenant d'affections inflammatoires chroniques. J'ai indiqué, autant que j'ai pu le faire, dans la sixième colonne la nature de la lésion.

Tableau comprenant 474 cas d'ablation des annexes de l'utérus.

N°	Résidence.	Médecin traitant.	Age.	Mariée ou célibataire.	Maladie.	Date.	Guérison ou mort.
						1880	
1	Leamington.....	Dr Temkins.....	29	x	Cirrhose ovarique.....	3 janv.	c
2	West Bromwich..	Dr Sansome.....	22	x	Ovarite chronique.....	9 fév.	c
3	Northampton...	Dr Craily Hewitt...	36	c	Ovarite chronique.....	20 fév.	c
4	Birmingham....	M. Ross Jordan....	37	m	Ovarite chronique.....	18 mars.	c
5	Birmingham....	L. T.....	37	m	Hydrosalpinx.....	3 avril.	c
6	Birmingham....	M. Crompton.....	33	m	Ovarite chronique.....	9 avril.	c
7	Birmingham....	M. Clay.....	23	m	Ovarite chronique.....	23 avril.	c
8	Wolverhampton..	Dr Lycett.....	37	m	Abcès de l'ovaire.....	28 juin.	c
9	Hanley.....	Dr C. H. Phillips...	37	m	Hydrosalpinx.....	3 août.	c
10	Leamington.....	Dr Tharsfield.....	31	c	Ovarite chronique.....	7 août.	c
11	Wednesbury.....	Dr Sutton.....	28	m	Ovarite chronique.....	10 août.	c
12	Birmingham....	L. T.....	28	m	Hydrosalpinx.....	29 sept.	c
13	Birmingham....	Dr Hoare.....	32	m	Pyosalpinx double.....	5 oct.	c
14	Dudley.....	Dr Bradley.....	30	c	Ovarite chronique.....	6 oct.	c
						1881	
15	Liverpool.....	Dr Macfie Campbell...	21	c	Ovarite chronique.....	21 janv.	c
16	Church Stretton..	Dr Mac Clintock....	37	x	Pyosalpinx double.....	6 mars.	c
17	Darlaston.....	Dr Cameron.....	40	m	Hydrosalpinx double.....	21 mai.	c
18	Cradley.....	Dr Standish.....	29	m	Pyosalpinx double.....	13 juin.	c
19	Redditch.....	Dr Bosworth.....	30	m	Hydrosalpinx double.....	14 juill.	c
20	Aston.....	Dr Smith.....	33	m	Pyosalpinx double.....	2 août.	c
21	Stourbridge.....	Dr Smith.....	27	m	Hydrosalpinx double.....	19 août.	c
22	Old Hill.....	Dr F. Underhill....	23	m	Hydrosalpinx droite et pyosalpinx gauche.	3 oct.	c
23	Birmingham....	M. Hallwright.....	41	m	Hydrosalpinx double.....	10 oct.	c
24	Dudley.....	M. S. Berry.....	31	c	Pyosalpinx double.....	21 oct.	c
25	London.....	Dr J. Chambers.....	30	m	Hydrosalpinx double.....	24 oct.	c
26	Walsall.....	L. T.....	38	m	Hydrosalpinx double.....	9 nov.	c
27	Warwick.....	Dr Watson.....	33	m	Hydrosalpinx double.....	14 nov.	c
28	Warwick.....	M. Ballock.....	37	m	Hydrosalpinx double.....	30 nov.	c
29	Walsall.....	Dr Hubbard.....	32	m	Hydrosalpinx double.....	10 déc.	c
30	Birmingham....	M. J. R. Harman....	44	m	Hydrosalpinx double.....	16 déc.	c
31	Wolverhampton..	L. T.....	29	c	Ovarite chronique.....	19 déc.	c
						1882	
32	Somerby.....	Dr Jackson.....	35	m	Ovarite chronique.....	6 janv.	c
33	Birmingham....	Dr Greene.....	28	m	Pyosalpinx droite.....	2 fév.	c
34	Birmingham....	M. J. R. Harman....	35	c	Pyosalpinx double.....	9 fév.	c
35	Birmingham....	Dr Viraee.....	43	m	Ovarite chronique.....	18 fév.	c
36	London.....	L. T.....	27	m	Pyosalpinx double.....	22 fév.	c
37	Birmingham....	Dr Holbeche.....	34	v	Hydrosalpinx double.....	27 fév.	c
38	Birmingham....	Dr Day.....	28	m	Hydrosalpinx droite et pyosalpinx gauche.	4 mars.	c
39	Walsall.....	M. Willmore.....	40	m	Hydrosalpinx double.....	7 mars.	c
40	Stonhouse.....	Dr Eshelby.....	37	v	Hydrosalpinx droite et pyosalpinx gauche.	10 mars.	c
41	Wednesbury.....	M. Garman.....	49	m	Pyosalpinx double.....	13 mars.	c
42	Wednesbury.....	Dr Partridge.....	36	c	Ovarite chronique.....	16 mars.	c
43	Birmingham....	Dr Hickinbotham...	38	m	Hydrosalpinx double.....	2 avril.	c
44	Walsall.....	Dr Holliday.....	34	m	Pyosalpinx double.....	12 avril.	c
45	Birmingham....	Dr C. J. Bracey.....	38	m	Pyosalpinx double.....	21 avril.	c
46	Walsall.....	M. Gwinnet Stamp...	28	c	Pyosalpinx double.....	27 avril.	c
						1882	
47	Lichfield.....	M. J. Clay.....	28	?	Hydrosalpinx double.....	16 mai.	c
48	Atherstone.....	Dr Mears.....	30	m	Ovarite chronique.....	20 mai.	c
49	Manchester.....	Dr Roberts.....	32	m	Pyosalpinx double.....	28 juin.	c
50	Budleigh.....	Dr Evans.....	28	v	Pyosalpinx double.....	28 juin.	c
51	Birmingham....	Dr Quirke.....	34	m	Hydrosalpinx double.....	13 juill.	c
52	Stockport.....	Dr Bahms.....	26	c	Ovarite chronique.....	15 juill.	m
53	Stonhouse.....	Dr Eshelby.....	37	c	Ovarite chronique.....	27 juill.	c
54	Redditch.....	Dr Mathews.....	25	m	Hydrosalpinx double.....	17 août.	c
55	Stoke-on-Trent..	M. Spanton.....	33	m	Ovarite chronique.....	18 août.	c
56	Redditch.....	Dr Mathews.....	20	m	Hydrosalpinx double.....	5 sept.	c
57	Richmond.....	M. W. D. Spanton...	40	v	Ovarite chronique et hydrosalpinx gauche.	5 sept.	m
58	Coventry.....	Dr Penton.....	39	x	Hydrosalpinx double.....	8 sept.	c
59	Aston.....	L. T.....	33	m	Hydrosalpinx double.....	14 sept.	c



Tableau comprenant 474 cas d'ablation des annexes de l'utérus.

N°	Résidence.	Médecin traitant.	Age.	Marriage ou célibataire.	Maladie.	Date.	Guérison ou mort.
						1882	
60	Sandown	Dr Green	24	c	Ovarite chronique	19 sept.	o
61	Barnstable	Dr Budd	26	m	Pyosalpinx double	10 oct.	o
62	Wanganui, N. Z.	Dr Conolly	31	m	Hydrosalpinx double	12 oct.	o
63	Walsall	Dr Oliver	35	m	Hydrosalpinx double	27 oct.	o
64	Wellington	Dr Taylor	27	c	Pyosalpinx double	8 nov.	o
65	Oxford	Dr Darbishire	35	m	Pyosalpinx double	11 nov.	o
66	Birmingham	Dr Taylor	32	c	Hydrosalpinx double	1 <sup>er</sup> déc.	o
67	Llanymyach	Dr Manning	43	m	Pyosalpinx double	6 déc.	o
						1883	
68	Cheltenham	Dr Gooding	25	m	Hydrosalpinx double	3 janv.	o
69	London	Dr R. Smith	32	c	Pyosalpinx double	13 janv.	o
70	Southampton	Dr Seaton	38	v	Ovarite chronique	23 janv.	o
71	Hull	Dr Hardey	24	c	Ovarite chronique	23 janv.	o
72	Birmingham	Dr Chibborn	36	m	Maladie des trompes	31 janv.	o
73	Hinckley	Dr Branshaw Smith	31	c	Ovarite chronique	16 fév.	o
74	Ludlow	Dr Brookes	43	m	Hydrosalpinx double	16 fév.	o
75	Heddesford	L. T.	29	m	Hydrosalpinx double	25 fév.	o
76	Wolverhampton	Dr Lycett	32	m	Pyosalpinx double	27 fév.	o
77	Walsall	Dr Hickinbotham	32	m	Hydrosalpinx double	18 fév.	o
78	Stratford-on-Avon	M. J. J. Nasen	34	c	Ovarite chronique	1 <sup>er</sup> mars.	o
79	Birmingham	L. T.	21	m	Pyosalpinx	8 avril.	o
80	Walsall	Dr Gooding	38	m	Hydrosalpinx double	12 avril.	o
81	Birmingham	Dr Brown	40	m	Pyosalpinx double	16 avril.	o
82	Bridgnorth	L. T.	35	c	Ovarite chronique	17 avril.	o
83	Wolverhampton	Dr Scott	25	m	Hydrosalpinx	19 avril.	o
84	Birmingham	L. T.	27	m	Pyosalpinx	27 avril.	o
85	Birmingham	Dr Hickinbotham	20	m	Ovarite chronique	1 <sup>er</sup> mai.	o
86	Walsall	Dr Shore	27	m	Hydrosalpinx double	23 mai.	o
87	Gloucester	Dr Washburn	26	m	Pyosalpinx double	23 mai.	o
88	Coventry	Dr Lyaes	31	m	Pyosalpinx double	1 <sup>er</sup> juin.	o
89	Birmingham	Dr Annie Clark	27	m	Ovarite chronique	22 juin.	o
90	Market Rasen	Dr Taplin	30	m	Hydrosalpinx double	27 juin.	o
91	Nottingham	Dr Jones	32	m	Hydrosalpinx double	10 juill.	o
92	Wednesbury	Dr Cameron	34	m	Pyosalpinx double	12 juill.	o
93	Birmingham	Mr J. R. Harmar	41	c	Hydrosalpinx double	12 juill.	o
94	Birmingham	Dr Bull	23	m	Pyosalpinx double	27 juill.	o
95	Leicester	Dr Hatchett	28	m	Pyosalpinx double	27 juill.	o
96	Frome	Dr Corawall	27	c	Ovarite chronique	7 août.	o
97	Henley-in-Arden	Dr Arthur	20	c	Ovarite chronique	28 août.	o
98	Leicester	Dr W. Thomas	38	c	Pyosalpinx double	27 août.	o
99	Northampton	Dr Elder	34	m	Hydrosalpinx double	7 sept.	o
100	Cheltenham	Dr Cardew	26	m	Ovarite chronique	11 sept.	o
101	Birmingham	L. T.	29	m	Pyosalpinx double	15 sept.	o
102	Birmingham	M. Hunt	27	c	Ovarite chronique	17 sept.	o
103	Belfast	Dr Horne	32	m	Hydrosalpinx double	17 sept.	o
104	Stafford	M. Weston	26	m	Hydrosalpinx double	20 oct.	o
105	Birmingham	L. T.	24	m	Pyosalpinx double	24 oct.	o
106	Birmingham	L. T.	29	m	Ovarite chronique	16 nov.	o
107	Lichfield	Dr Welshman	29	m	Hydrosalpinx double	24 nov.	o
108	Cardif	L. T.	24	m	Hydrosalpinx double	28 nov.	o
109	Hull	Dr Hardey	37	c	Ovarite chronique	29 nov.	o
						1884	
110	Coventry	L. T.	24	m	Ovarite chronique	3 janv.	o
111	Oldbury	Dr Cunningham	26	c	Ovarite chronique	7 janv.	o
112	Leicester	Dr Pope	28	m	Ovarite chronique	15 janv.	o
113	Hexam	Dr Farmer	30	m	Abcès des ovaires	18 janv.	o
114	Stafford	Dr Reid	23	c	Ovarite chronique	18 janv.	o
115	Birmingham	Dr Bull	29	m	Ovarite chronique	7 fév.	o
116	Oldbury	Dr Cunningham	29	m	Ovarite chronique	11 fév.	o
117	Aldershot	Dr Carter	37	m	Ovarite chronique	5 mars.	o
118	Newtown (Mon.)	L. T.	25	m	Ovarite chronique	11 mars.	o
119	Stonnal	Dr Evans	25	m	Pyosalpinx double	12 mars.	o
83.	Ablation de la trompe gauche. Cette malade avait été opérée le 15 septembre 1880 pour un kyste de l'ovaire droit.						
115.	Ablation de la trompe gauche.						

Tableau comprenant 474 cas d'ablation des annexes de l'utérus.

N°	Résidence.	Médecin traitant.	Age.	Marriage ou célibataire.	Maladie.	Date.	Guérison ou mort.
						1884	
120	Birmingham	M. Palmer	36	m	Pyosalpinx double	13 mars.	o
121	Birmingham	Dr Ward	29	m	Pyosalpinx double	21 mars.	o
122	London	Dr Godson	31	c	Ovarite chronique	30 mars.	o
123	Manchester	Dr Phillips	30	c	Ovarite chronique	1 <sup>er</sup> avril.	o
124	Birmingham	M. Freer	27	m	Pyosalpinx double	1 <sup>er</sup> avril.	o
125	Birmingham	L. T.	27	m	Hydrosalpinx double	2 avril.	o
126	Chester	Dr Roberts	28	m	Ovarite chronique	3 avril.	o
127	Birmingham	Dr Williams	43	m	Hydrosalpinx	18 avril.	o
128	Birmingham	Dr Taplin	24	m	Pyosalpinx double	24 avril.	o
129	Birmingham	M. Newton	39	c	Ovarite chronique	26 avril.	o
130	Birmingham	L. T.	31	m	Hydrosalpinx double	1 <sup>er</sup> mai.	o
131	Birmingham	L. T.	28	m	Ovarite chronique	5 mai.	o
132	Shrewsbury	Dr Bratten	34	m	Hydrosalpinx double	27 mai.	o
133	Birmingham	L. T.	29	c	Ovarite chronique	3 juin.	o
134	Derby	M. Holmes	35	m	Hydrosalpinx double	7 juin.	o
135	Birmingham	M. Leech	34	v	Hydrosalpinx double	7 juin.	o
136	Birmingham	Dr Cunningham	23	m	Hydrosalpinx double	7 juin.	o
137	Stone	Dr Gibson	27	m	Hydrosalpinx double	9 juin.	o
138	Birmingham	Dr Hadley	25	m	Hydrosalpinx double	7 juin.	o
139	Amosia, U. S. A.	Dr Blodgett	23	m	Hydrosalpinx double	14 juin.	o
140	Birmingham	Dr Taylor	40	m	Hydrosalpinx double	19 juin.	o
141	Birmingham	Dr Fairley	21	c	Ovarites chronique	24 juin.	o
142	Birmingham	Dr Taylor	28	m	Pyosalpinx double	25 juin.	o
143	Stourbridge	Dr Hammond Smith	42	c	Hématosalpinx double	21 juill.	o
144	Birmingham	M. Weston	20	m	Pyosalpinx double	25 juill.	o
145	Birmingham	M. Clay	31	m	Hydrosalpinx double	29 juill.	o
146	Tipton	Dr Underhill	20	c	Ovarite chronique	1 <sup>er</sup> août.	o
147	Albany, N. Y.	Dr Vander Veer	33	c	Ovarite chronique	10 sept.	o
148	New-York	Dr Park	—	—	Pyosalpinx double	20 sept.	o
149	New-York	Dr Lusk	—	—	Ovarite chronique	20 sept.	o
150	Bareilly, India	Dr Swain	40	m	Hydrosalpinx double	3 oct.	o
151	Birmingham	Dr Thomas	23	m	Hématosalpinx double	6 oct.	o
152	Dorchester	Dr Smith	43	m	Abcès des ovaires	6 oct.	o
153	Wellington	Dr Anderson	35	m	Hématosalpinx	20 oct.	o
154	Birmingham	Dr Crosskey	21	c	Ovarite chronique	26 oct.	o
155	Birmingham	L. T.	27	m	Hydrosalpinx double	4 nov.	o
156	Cradley	Dr De Dene	27	m	Hydrosalpinx double	24 nov.	o
157	Maldstone	Dr Wilkes	20	c	Ovarite chronique	29 nov.	o
158	Birmingham	Dr Taylor	29	c	Pyosalpinx double	8 déc.	o
159	Birmingham	Dr Nicholls	29	m	Hydrosalpinx double	17 déc.	o
						1885	
160	Birmingham	Dr Taylor	31	v	Pyosalpinx double	7 janv.	o
161	Birmingham	L. T.	31	c	Ovarite chronique	7 janv.	o
162	Birmingham	Dr Wilson	37	m	Pyosalpinx double	16 janv.	o
163	Birmingham	Dr Gilroy	25	m	Hydrosalpinx double	23 janv.	o
164	Cheltenham	Dr Cardew	33	c	Hydrosalpinx	23 janv.	o
165	Birmingham	Dr Hadley	34	m	Pyosalpinx double	24 janv.	o
166	Birmingham	Dr Madins	20	c	Ovarite chronique	25 janv.	o
167	Birmingham	Dr Madden	29	m	Pyosalpinx double	2 fév.	o
168	Birmingham	Dr Taylor	28	c	Pyosalpinx double	12 fév.	o
169	Birmingham	Dr Taylor	27	m	Ovarite chronique	16 fév.	o
170	Birmingham	Dr Holmes	30	m	Pyosalpinx double	17 fév.	o
171	Birmingham	L. T.	24	m	Pyosalpinx double	17 fév.	o
172	Birmingham	L. T.	23	c	Ovarite chronique	24 fév.	o
173	Malvern	Dr Pike	37	m	Pyosalpinx double	25 fév.	o
174	Birmingham	Dr Hoshins	30	c	Pyosalpinx double	11 mars.	o
175	Birmingham	Dr Richards	26	m	Ovarite chronique	27 mars.	o
176	Birmingham	Dr Taylor	32	m	Pyosalpinx double	10 avril.	o
177	Birmingham	Dr Taylor	29	m	Pyosalpinx double	10 avril.	o
128.	Ablation des annexes gauches.						
165.	Ablation de la trompe droite (la trompe gauche ayant été enlevée précédemment par un autre chirurgien).						
167.	Ablation des annexes droites. Les annexes gauches avaient été enlevées dans une précédente opération.						



N <sup>o</sup>	Résidence.	Médecin traitant.	Age.	Marriage ou célibataire.	Maladie.	Date.	Généralisme ou non.
1885							
178	Birmingham	Dr. Pitt	20	M	Hydrosalpinx double	15 avril	G
179	Kidderminster	Dr. Measures	24	C	Pyosalpinx double	15 avril	G
180	Birmingham	Dr. Nicholls	22	M	Pyosalpinx double	16 avril	G
181	Ashby-de-la-Zouch	Dr. Williams	23	M	Abcès de l'ovaire	21 avril	G
182	Grantham	Dr. Shipman	25	C	Ovarite chronique	25 avril	G
183	New-York	Dr. Polk	23	M	Ovarite chronique	29 avril	G
184	Birmingham	L. T.	25	C	Ovarite chronique	4 mai	G
185	Wolverhampton	Dr. Millett	22	M	Ovarite chronique	12 mai	G
186	Birmingham	Dr. Harvey	21	M	Pyosalpinx double	12 mai	G
187	Shrewsbury	Dr. Storey	48	M	Pyosalpinx double	23 mai	G
188	Birmingham	M. Clay	26	M	Pyosalpinx double	26 mai	G
189	Redditch	Dr. Page	29	M	Hydrosalpinx double	3 juin	G
190	Redditch	Dr. Gibbs Blake	26	M	Pyosalpinx double	7 juin	G
191	Redditch	M. Clay	21	C	Pyosalpinx double	12 juin	G
192	Walton	Dr. Billfield	32	M	Ovarite chronique	15 juin	G
193	Newport (Salop)	Dr. Brookes	37	C	Ovarite chronique	16 juin	G
194	Birmingham	Dr. Madden	24	C	Pyosalpinx double	22 juin	G
195	New-York	Dr. Smith	37	M	Hydrosalpinx droite et pyosalpinx gauche	23 juin	G
196	Cavan	Dr. Barnardo	34	M	Hydrosalpinx double	26 juin	C
197	Nottingham	Dr. Balton	26	M	Hydrosalpinx double	27 juin	C
198	Birmingham	Dr. Deary	32	M	Pyosalpinx double	7 juill.	G
199	Birmingham	M. Hallwright	29	M	Pyosalpinx double	10 juill.	G
200	Birmingham	L. T.	28	M	Pyosalpinx double	13 juill.	G
201	Birmingham	Dr. Mills	27	M	Pyosalpinx double	17 juill.	G
202	Birmingham	L. T.	27	M	Pyosalpinx double	17 juill.	G
203	Smethwick	Dr. Jackson	44	M	Hydrosalpinx double	17 juill.	G
204	Birmingham	Dr. Phillips	34	M	Abcès des ovaires	20 juill.	G
205	London	Dr. Dunbar	30	C	Ovarite chronique	20 juill.	G
206	Rugby	Dr. Duke	43	M	Pyosalpinx double	21 juill.	G
207	Birmingham	Dr. Taylor	18	C	Pyosalpinx double	5 août.	G
208	Birmingham	L. T.	37	M	Pyosalpinx	15 août.	G
209	New Zealand	Dr. Gloss	33	M	Hématosalpinx droite et pyosalpinx gauche	22 août.	G
210	Hanley	Dr. Phillips	27	M	Pyosalpinx gauche et hydrosalpinx droite	26 août.	G
211	Birmingham	M. Clay	25	M	Hydrosalpinx double	29 août.	G
212	Birmingham	Dr. Hawkes	31	M	Pyosalpinx double	29 août.	G
213	Belfast	Dr. Wood	31	M	Hématosalpinx droite et hydrosalpinx gauche	3 sept.	G
214	New-York	Dr. Drigen	30	M	Hydrosalpinx double	9 sept.	G
215	Birmingham	Dr. Bealson	35	M	Ovarite chronique	10 sept.	C
216	Birmingham	L. T.	39	M	Hydrosalpinx double	10 sept.	G
217	Rugby	Dr. Simpson	36	M	Hydrosalpinx double	12 sept.	G
218	West Bromwich	M. Evans	29	M	Hydrosalpinx double	26 sept.	G
219	Birmingham	M. Harley	35	M	Hématosalpinx double	28 sept.	C
220	Ireland	Dr. Moorhead	30	C	Ovarite chronique	28 sept.	G
221	Kidderminster	Dr. Spofforth	34	M	Ovarite chronique	8 oct.	G
222	Bath	Dr. Cole	36	C	Ovarite chronique	8 oct.	G
223	Darlington	Dr. Lawrence	40	M	Hydrosalpinx double	8 oct.	C
224	Stamford	Dr. Newmann	40	M	Ovarite chronique	15 oct.	G
225	Warwick	Dr. Lawson Heale	39	M	Hydrosalpinx double	17 oct.	G
226	Birmingham	Dr. Creswell	25	M	Pyosalpinx double	20 oct.	G
227	Birmingham	L. T.	44	M	Hydrosalpinx double	20 oct.	G
228	Wolverhampton	Dr. Millett	39	M	Hydrosalpinx double	31 oct.	G
229	Hanley	Dr. Spanton	23	C	Hydrosalpinx double	5 nov.	G
230	Birmingham	Dr. Ball	20	C	Abcès de l'ovaire droit	4 déc.	G
231	Monmouth	Dr. Woollett	33	M	Ovarite chronique	16 déc.	G
232	Edinburgh	Dr. Halliday Croom	28	M	Ovarite chronique	20 déc.	G
233	Birmingham	M. Hallwright	31	M	Hydrosalpinx double	21 déc.	C
1886							
234	Nottingham	Dr. Howitt	41	M	Hydrosalpinx double	2 janv.	G
235	Birmingham	Dr. Hopkins	40	M	Pyosalpinx double	13 janv.	G

182. Ablation des annexes droites.

205. Ablation de l'ovaire droit.

N <sup>o</sup>	Résidence.	Médecin traitant.	Age.	Marriage ou célibataire.	Maladie.	Date.	Généralisme ou non.
1886							
236	Birmingham	Dr. Taylor	35	M	Hydrosalpinx	19 janv.	G
237	Bristol	Dr. Harrison	31	C	Ovarite chronique	20 janv.	C
238	Birmingham	L. T.	31	C	Ovarite chronique	23 janv.	G
239	Cleckheaton	Dr. Sykes	44	M	Pyosalpinx double	24 janv.	G
240	Tipton	Dr. Price	44	M	Pyosalpinx double	25 janv.	G
241	London	Dr. Pridham	25	C	Ovarite chronique	1 <sup>er</sup> fév.	C
242	Birmingham	Dr. Meyles	41	M	Hydrosalpinx double	26 fév.	G
243	Birmingham	L. T.	28	M	Hydrosalpinx double	27 fév.	G
244	Stoke-upon-Trent	L. T.	36	M	Pyosalpinx double	3 mars.	G
245	Dorchester	Dr. Kendal	26	C	Ovarite chronique	16 mars.	G
246	New-York	Dr. Keyes	26	M	Hydrosalpinx double	18 mars.	G
247	Holbeach	Dr. Harper	31	M	Ovarite chronique	2 avril.	G
248	Nice	Dr. Balestre	52	M	Abcès des ovaires	3 avril.	G
249	Birmingham	M. Hawkins	25	M	Hydrosalpinx double	10 avril.	C
250	Birmingham	Dr. Taylor	27	M	Ovarite chronique	13 avril.	G
251	Birmingham	Dr. Nottley	29	M	Pyosalpinx double	15 avril.	G
252	Blackpool	Dr. Scoulden	30	M	Pyosalpinx double	17 avril.	M
253	Birmingham	L. T.	29	M	Hydrosalpinx double	20 avril.	G
254	Birmingham	Dr. Nottley	35	M	Hydrosalpinx double	20 avril.	C
255	London	L. T.	31	M	Abcès de l'ovaire droit	29 avril.	G
256	London	L. T.	31	M	Abcès des ovaires	30 avril.	G
257	Calcutta	Dr. Harvey	37	M	Ovarite chronique	7 mai.	G
258	Connecticut	Dr. Parsons	24	M	Pyosalpinx double aigu	8 mai.	G
259	Birmingham	Dr. Hallwright	33	M	Pyosalpinx double	13 mai.	G
260	Birmingham	Dr. Hegg	39	M	Ovarite chronique	13 mai.	G
261	Middlewick	Dr. Kerans	37	M	Hydrosalpinx double	24 mai.	G
262	Birmingham	L. T.	38	M	Pyosalpinx double	24 mai.	C
263	Hexam	Dr. Stainethorpe	38	M	Hydrosalpinx double	1 <sup>er</sup> juin.	G
264	Ashby-de-la-Zouch	Dr. Williams	36	M	Hydrosalpinx double	2 juin.	G
265	Willenhall	Dr. Hartill	40	M	Pyosalpinx double	7 juin.	G
266	Birmingham	Dr. Taylor	25	M	Hydrosalpinx gauche	19 juin.	G
267	Birmingham	Dr. Nelson	34	M	Pyosalpinx gauche	21 juin.	G
268	Birmingham	Dr. Newman	27	M	Hydrosalpinx double	22 juin.	G
269	India	Dr. Taylor	46	M	Hématosalpinx double	26 juin.	G
270	Birmingham	Dr. O'Keel	26	M	Ovarite chronique	9 juill.	G
271	Liverpool	Dr. Foster	23	C	Ovarite chronique	10 juill.	G
272	Darlington	Dr. Grady Hewitt	33	C	Ovarite chronique	17 juill.	G
273	Hull	Dr. Lyford	29	C	Ovarite chronique	24 juill.	G
274	Stone	Dr. Gibson	36	M	Ovarite chronique	24 juill.	G
275	Birmingham	M. Bracey	32	C	Ovarite chronique	27 juill.	G
276	Birmingham	Dr. Rice	20	C	Pyosalpinx double	3 août.	G
277	Birmingham	Dr. Bridges	35	C	Hydrosalpinx double	17 août.	G
278	Pestanoz	Dr. Roberts	35	M	Hydrosalpinx double	17 août.	G
279	Birmingham	L. T.	29	M	Pyosalpinx double	17 août.	G
280	Festiniog	Dr. Roberts	31	M	Hydrosalpinx double	18 août.	G
281	Birmingham	Dr. Annie Clark	40	M	Pyosalpinx double	20 août.	G
282	Birmingham	Dr. Annie Clark	35	M	Hématosalpinx double	21 août.	G
283	Bilston	L. T.	38	M	Pyosalpinx double	23 août.	G
284	Bilston	Dr. Ward	21	C	Ovarite chronique	27 août.	G
285	Birmingham	Dr. Taylor	48	C	Pyosalpinx double	8 sept.	G
286	Birmingham	L. T.	27	M	Pyosalpinx double	10 sept.	G
287	Stourport	Dr. Moore	33	M	Pyosalpinx double	10 sept.	G
288	Birmingham	Dr. Hopkins	43	M	Pyosalpinx double	11 sept.	C
289	Redditch	Dr. Pearce	29	M	Ovarite chronique	13 sept.	G
290	Redditch	Dr. Nunn	27	M	Hydrosalpinx double	14 sept.	G
291	Birmingham	Dr. Skinner	35	M	Pyosalpinx double	30 sept.	G
292	Exeter	Dr. Gooding	30	C	Ovarite chronique	41 oct.	G
293	Birmingham	Dr. Lawson	32	M	Hydrosalpinx	46 oct.	G
294	Birmingham	Dr. Annie Clark	32	C	Ovarite chronique	18 oct.	G
295	Birmingham	M. Huss	29	C	Ovarite chronique	18 oct.	C

256. L'ovaire droit n'avait pas été enlevé dans une opération précédente et il se forma un abcès dans cette glande.

293. Ablation des annexes droites. Les annexes gauches avaient été enlevées pour un kyste volumineux le 3 octobre 1885.



N°	Résidence.	Médecin traitant.	Age.	Marité ou célibataire.	Maladie.	Date.	Quarison ou mort.
295	Coventry.	Dr Davidson.	35	M	Hydrosalpinx double.	23 oct.	C
296	Margate.	Dr White.	34	M	Hydrosalpinx double.	28 oct.	C
297	York.	M. Shann.	32	M	Hydrosalpinx.	3 nov.	C
298	Tipton.	Dr Price.	27	M	Pyosalpinx double.	5 nov.	C
299	Birmingham.	M. Barwise.	27	M	Pyosalpinx double.	5 nov.	C
300	Birmingham.	Dr Edis.	23	M	Hydrosalpinx double.	6 nov.	C
301	Leicester.	Dr Johnston.	30	M	Pyosalpinx double.	11 nov.	C
302	Shrewsbury.	Dr Withers.	24	C	Ovarite chronique.	15 nov.	C
303	Birmingham.	Dr North.	24	M	Pyosalpinx double.	19 nov.	C
304	Kidderminster.	Dr Jotham.	30	C	Hydrosalpinx double.	19 nov.	C
305	Lichfield.	Dr Morgan.	26	M	Hémato-salpinx.	20 nov.	C
306	Stafford.	M. Weston.	29	C	Pyosalpinx double.	20 nov.	C
307	Birmingham.	M. Hues.	20	C	Pyosalpinx double.	25 nov.	C
308	Egham.	Dr Drew.	43	M	Pyosalpinx double.	28 nov.	C
309	Birmingham.	Dr Nicholls.	33	M	Pyosalpinx double.	3 déc.	C
310	Birmingham.	Dr Madden.	34	M	Ovarite chronique.	6 déc.	C
311	Llandudno.	Dr Davis.	36	M	Pyosalpinx double.	6 déc.	C
312	Bloxwich.	Dr Haun.	33	M	Pyosalpinx double.	11 déc.	C
313	Alveschurch.	Dr Parkes.	32	M	Ovarite chronique.	14 déc.	C
314	Birmingham.	Dr Fairley.	29	M	Pyosalpinx gauche.	19 déc.	C
315	Birmingham.	Dr Glysson.	29	C	Ovarite chronique.	15 déc.	C
316	Birmingham.	Dr Bosworth.	25	C	Ovarite chronique.	14 janv.	C
317	Walsall.	Dr Olivier.	23	M	Ovarite chronique.	17 janv.	C
318	Birmingham.	Dr Thomas.	28	C	Ovarite chronique.	21 janv.	C
319	Birmingham.	L. T.	35	M	Hydrosalpinx double.	22 janv.	C
320	Birmingham.	Dr Watsons.	38	M	Pyosalpinx double.	22 janv.	C
321	Wolverhampton.	Dr Hardey.	39	C	Pyosalpinx double.	24 janv.	C
322	Bilston.	Dr Wells.	42	M	Hydrosalpinx double.	24 janv.	C
323	Birmingham.	M. Bartlett.	21	M	Ovarite chronique.	3 fév.	C
324	Birmingham.	Dr Bottle.	21	M	Ovarite chronique.	4 fév.	C
325	Birmingham.	M. Clay.	28	C	Ovarite chronique.	5 fév.	C
326	Alfreton.	Dr Pegler.	28	M	Ovarite chronique.	5 fév.	C
327	Birmingham.	L. T.	32	M	Hydrosalpinx droite.	18 fév.	C
328	Birmingham.	M. Aldridge.	21	M	Hydrosalpinx double.	25 fév.	C
329	Preston.	Dr Byrne.	29	M	Hydrosalpinx double.	2 mars.	C
330	Birmingham.	L. T.	42	M	Ovarite chronique.	4 mars.	C
331	Birmingham.	L. T.	20	M	Hydrosalpinx double.	14 mars.	C
332	Alfreton.	Dr Pegler.	21	M	Hydrosalpinx double.	14 mars.	C
333	Coventry.	Dr Johnston.	25	M	Pyosalpinx.	16 mars.	C
334	Birmingham.	Dr Wilson.	23	M	Hydrosalpinx double.	23 mars.	C
335	West'n-snp'r-Mare.	Dr Griffiths.	34	M	Pyosalpinx droit et hydro-salpinx gauche.	14 avril.	C
336	Birmingham.	L. T.	59	M	Pyosalpinx double.	15 avril.	C
337	Stonehouse.	Dr Watters.	23	C	Pyosalpinx double.	18 avril.	C
338	Birmingham.	Dr Simon.	39	M	Pyosalpinx double.	20 avril.	C
339	Birmingham.	Dr Nicholls.	43	M	Pyosalpinx double.	22 avril.	C
340	Stafford.	L. T.	23	M	Hydrosalpinx droite et pyosalpinx gauche.	3 mai.	N
341	Manchester.	Dr Rowe.	32	M	Pyosalpinx double.	8 mai.	N
342	Birmingham.	Dr Summer.	43	M	Pyosalpinx double.	11 mai.	C
343	Atherstone.	Dr Mears.	29	V	Ovarite chronique.	16 mai.	C
344	Birmingham.	Dr Madden.	22	C	Ovarite chronique.	17 mai.	C
345	Halifax.	Dr Ainsley.	28	C	Ovarite chronique.	21 mai.	C
346	Shrewsbury.	Dr Cox.	38	M	Pyosalpinx double.	2 juin.	C
347	Deron.	Dr Goodwin.	29	C	Ovarite chronique.	4 juin.	C
348	Wimborne.	Dr Parkinson.	19	C	Hydrosalpinx double.	9 juin.	C
349	Walsall.	L. T.	30	M	Hydrosalpinx double.	10 juin.	C

298. Ablation des annexes droites. Les annexes gauches avaient été enlevées pour un kyste volumineux le 3 octobre 1885.

300. Ablation de la trompe droite.

315. Ablation de la trompe gauche.

328. Ablation des annexes gauches. Un kyste parovarique avait été enlevé le 17 février 1881.

N°	Résidence.	Médecin traitant.	Age.	Marité ou célibataire.	Maladie.	Date.	Quarison ou mort.
350	London.	Dr Grigg.	33	M	Pyosalpinx double.	17 juin.	C
351	Birmingham.	Dr Middleton.	27	M	Ovarite chronique.	24 juin.	C
352	Birmingham.	Dr Drummond.	49	V	Pyosalpinx double.	28 juin.	C
353	Nansaton.	M. Nason.	28	M	Pyosalpinx double.	2 juill.	C
354	Bridgnorth.	Mr Rhodes.	36	M	Pyosalpinx double.	29 juill.	C
355	Salisbury.	Dr Stratton.	39	M	Pyosalpinx double.	30 juill.	C
356	Atherstone.	M. Mears.	36	C	Ovarite chronique.	26 août.	C
357	Birmingham.	L. T.	40	M	Pyosalpinx droite et hydro-salpinx gauche.	1 <sup>er</sup> sept.	C
358	Hailey.	L. T.	33	M	Pyosalpinx double.	1 <sup>er</sup> sept.	C
359	Birmingham.	Dr Bottle.	36	M	Pyosalpinx double.	7 sept.	C
360	Birmingham.	M. Newton.	37	M	Pyosalpinx droite et hydro-salpinx gauche.	7 sept.	C
361	Indianapolis.	Dr Runnels.	37	M	Ovarite chronique.	7 sept.	C
362	Gloucester.	Dr Bower.	—	M	Pyosalpinx double.	17 sept.	C
363	Lugano.	Dr Selari.	32	M	Pyosalpinx double.	24 sept.	C
364	Dudley.	Dr Bellingham.	34	M	Pyosalpinx double.	30 sept.	C
365	Birmingham.	Dr Annie Clark.	39	M	Pyosalpinx double.	1 oct.	C
366	Stourbridge.	M. Freer.	43	C	Hémato-salpinx double.	3 oct.	C
367	Cork.	Dr Pearson.	29	M	Hydrosalpinx double.	10 oct.	C
368	Rugeley.	M. Freer.	29	C	Ovarite chronique.	24 oct.	C
369	Worcester.	Dr Evans.	25	M	Ovarite chronique.	26 oct.	C
370	Bloxwich.	M. Hubbard.	28	M	Pyosalpinx double.	2 nov.	M
371	Birmingham.	L. T.	33	M	Pyosalpinx double.	3 nov.	C
372	Dudley.	Dr Bradley.	25	M	Pyosalpinx double.	8 nov.	C
373	Gloucester.	Dr Bates.	27	C	Pyosalpinx double.	11 nov.	C
374	Birmingham.	Dr Annie Clark.	19	C	Pyosalpinx gauche et hydro-salpinx droite.	17 nov.	C
375	Birmingham.	Dr Whitcombe.	35	M	Pyosalpinx double.	1 <sup>er</sup> déc.	C
376	Stourbridge.	Dr Pearson.	26	M	Pyosalpinx double aiguë.	6 déc.	C
377	Birmingham.	L. T.	36	M	Ovarite chronique.	12 déc.	C
378	Wolverhampton.	Dr Walls.	29	M	Ovarite chronique.	14 déc.	C
379	Birmingham.	Dr Taplin.	32	M	Ovarite chronique.	19 déc.	M
380	Newport.	Dr Thomas.	35	M	Ovarite chronique.	3 janv.	C
381	Sidcup.	Dr Poole.	27	M	Ovarite chronique.	6 janv.	C
382	Halifax.	M. Porritt.	24	M	Ovarite chronique.	7 janv.	C
383	Oakham.	Dr Norman.	34	M	Ovarite chronique.	7 janv.	C
384	Birmingham.	Dr Welsh.	20	M	Pyosalpinx droite et hydro-salpinx gauche.	7 janv.	C
385	Persie.	Dr Cochran.	32	C	Ovarite chronique.	16 janv.	C
386	Leicester.	Dr Offant.	27	M	Pyosalpinx double.	16 janv.	C
387	Nottingham.	Dr Rice.	23	C	Ovarite chronique.	17 janv.	C
388	Wellington.	Dr Calwell.	19	M	Ovarite chronique.	23 janv.	C
389	Sedgeley.	M. Baker.	37	M	Pyosalpinx double.	31 janv.	C
390	Market Bosworth.	Dr Clifton.	33	M	Ovarite chronique.	1 <sup>er</sup> fév.	C
391	Preston.	L. T.	42	C	Ovarite chronique.	8 fév.	C
392	Conway.	Dr Hughes.	28	M	Pyosalpinx double.	6 mars.	C
393	Birmingham.	L. T.	26	M	Pyosalpinx double.	12 mars.	C
394	London.	Dr Knot.	27	M	Ovarite chronique.	14 mars.	C
395	Gloucester.	Dr Cole.	59	M	Hydrosalpinx double.	15 mars.	C
396	Brimmaur.	Dr Brown.	34	C	Ovarite chronique.	17 mars.	C
397	Stourbridge.	L. T.	40	M	Pyosalpinx double.	17 mars.	C
398	Leamington.	L. T.	37	M	Hydrosalpinx double.	22 mars.	C
399	Kilsby.	L. T.	37	M	Hydrosalpinx double.	23 mars.	C
400	India.	Dr Peery.	29	C	Ovarite chronique.	6 avril.	C
401	Worcester.	L. T.	29	M	Ovarite chronique.	8 avril.	C
402	Birmingham.	Dr Whitcombe.	30	M	Pyosalpinx double.	12 avril.	C
403	Birmingham.	L. T.	26	C	Ovarite chronique.	25 avril.	C
404	Lutterworth.	Dr Cartwright.	25	M	Pyosalpinx double.	26 avril.	C

355. Une tumeur ovarienne avait été enlevée pour hémorragies le 7 avril 1884.

359. Une tumeur dermoïde de l'ovaire gauche avait été enlevée précédemment le 25 septembre 1885, les trompes paraissant saines dans les deux cas.



N <sup>o</sup>	Résidence	Médecin traitant.	Age.	Marriage ou célibataire.	Maladie.	Date.	Guérison ou mort.
							1888
405	Bristol	Dr Perry	28	M	Pyosalpinx double	8 mai.	G
406	Birmingham	Dr Bull	32	M	Pyosalpinx double	8 mai.	G
407	Lincoln	Dr Simpson	27	C	Pyosalpinx double	23 mai.	G
408	Gloucester	Dr Cole	24	M	Pyosalpinx double	30 mai.	G
409	Cardif	Dr Davis	39	M	Pyosalpinx double	31 mai.	G
410	San-Francisco	Dr Cashling	48	M	Pyosalpinx double	2 juin.	G
411	Hanley	L. T.	35	M	Ovarite chronique	5 juin.	G
412	Birmingham	M. Whitecombe	29	M	Pyosalpinx double	6 juin.	G
413	New-York	Dr Tuttle	32	M		21 juin.	G
414	West-Bromwich	Dr Browne	38	M	Pyosalpinx droit.	27 juin.	G
415	Birmingham	Dr Frost	22	C	Abscès de l'ovaire et adhérence avec les annexes à gauche.	27 juin.	G
416	London	Dr H. Smith	33	G	Ovarite chronique	2 juill.	G
417	Huddersfield	Dr Clarke	41	M	Ovarite chronique	4 juill.	G
418	Torquay	Dr Hope	47	M	Hydrosalpinx double	9 juill.	G
419	Birmingham	M. Hallwright	44	M	Hydrosalpinx double	10 juill.	G
420	New-York	Dr Sampson	27	M	Pyosalpinx double	17 juill.	G
421	Birmingham	Dr Grindling	35	M	Pyosalpinx double	27 juill.	G
422	Eccles	Dr Cox	33	C	Ovarite chronique	13 août.	G
423	Birmingham	M. Bracey	19	C	Pyosalpinx double	13 août.	G
424	Bromfield	L. T.	33	C	Ovarite chronique	15 août.	G
425	Tamworth	Dr Fausset	31	C	Ovarite chronique	30 août.	G
426	Leicester	Dr Clifton	39	M	Ovarite chronique	6 sept.	G
427	Birmingham	Dr Jacobs	25	M	Ovarite chronique	6 sept.	G
428	Birmingham	L. T.	23	C	Hydrosalpinx double	10 sept.	G
429	Birmingham	L. T.	31	M	Pyosalpinx double	12 sept.	G
430	Birmingham	Dr Winfield	24	C	Hydrosalpinx droite et pyosalpinx gauche.	28 sept.	M
431	Sheffield	Dr Matthews Brown	32	M	Pyosalpinx double	3 oct.	G
432	Talgarth	Dr Williams	42	M	Ovarite chronique	5 oct.	G
433	Rugby	Dr Simpson	44	M	Ovarite chronique	15 oct.	G
434	Edinburgh	Dr Holmes Morrison	24	C	Ovarite chronique	17 oct.	G
435	Wolverhampton	Dr Blanche	31	M	Pyosalpinx double	22 oct.	G
436	Birmingham	M. Hallwright	39	M	Pyosalpinx gauche et ovarite chronique à droite.	3 nov.	G
437	Maldstone	L. T.	29	C	Ovarite chronique	10 nov.	G
438	Birmingham	Dr Kirby	26	M	Pyosalpinx double	11 nov.	G
439	London	M. C. J. Smith	39	M	Pyosalpinx double	21 nov.	G
440	Alfreton	M. Warters	27	M	Ovarite chronique	27 nov.	G
441	Leicester	M. Bryan	41	M	Pyosalpinx double	30 nov.	G
442	Rugely	L. T.	24	C	Ovarite chronique	4 déc.	G
443	London	Dr Walker	31	M	Ovarite chronique	5 déc.	G
444	Dudley	M. Bradley	29	M	Pyosalpinx double	7 déc.	G
							1889
445	Kingswinford	Dr Turner	38	M	Pyosalpinx double	4 janv.	G
446	Horsforth	M. De Renz	27	M	Pyosalpinx double	8 janv.	G
447	Birmingham	Dr T. Ord	35	M	Ovarite chronique	2 janv.	G
448	Stourbridge	Dr Edis	25	M	Ovarite chronique	14 janv.	G
449	Hall	M. Hubbard	30	M	Pyosalpinx double	21 janv.	G
450	Birmingham	Dr Wilson	33	M	Pyosalpinx gauche et hématosalpinx droits.	22 janv.	G
451	Birmingham	M. Freer	23	M	Pyosalpinx double	29 janv.	G
452	Mannlogham	Dr Smyth	35	C	Ovarite chronique	4 fév.	G
453	Shrewsbury	Dr Wilhaes	24	C	Ovarite chronique	5 fév.	G
454	Birmingham	Dr Fairley	45	M	Pyosalpinx double	8 fév.	G
455	Fareham	M. Hallwright	34	M	Hydrosalpinx	2 fév.	G
456	Macclesfield	Dr Clarke	34	M	Pyosalpinx	14 fév.	G
457	Birmingham	L. T.	33	M	Ovarite chronique	24 fév.	G
458	Middleshrough	M. Hinshelwood	40	M	Ovarite chronique	1 <sup>er</sup> mars.	G

457. Ablation des annexes droites. Les annexes gauches avaient été précédemment enlevées le 3 janvier 1885.

458. Ablation des annexes gauches. Les annexes droites étaient congénitalement absentes.

N <sup>o</sup>	Résidence.	Médecin traitant.	Age.	Marriage ou célibataire.	Maladie.	Date.	Guérison ou mort.
							1889
459	Birmingham	M. Newton	23	M	Pyosalpinx double	4 <sup>er</sup> mars.	G
460	Derby	M. Hough	32	M	Ovarite chronique	5 mars.	G
461	London	Dr Sunderland	26	M	Ovarite chronique	9 mars.	G
462	Treherbert	Dr Makona	26	M	Ovarite chronique	9 mars.	G
463	Hull	Dr Harley	35	M	Ovarite chronique	10 mars.	G
464	Manchester	Dr Perkins	31	M	Pyosalpinx gauche et ovarite chronique à droite.	20 mars.	G
465	Birmingham	M. Whitecombe	—	M	Pyosalpinx double	21 mars.	G
466	Dudley	Dr Price	20	M	Pyosalpinx double	21 mars.	G
467	Inverness	Dr Chapman	27	M	Pyosalpinx double	2 avril.	G
468	Birmingham	Dr Ord	32	M	Ovarite chronique	9 avril.	G
469	Bristol	Dr Gibbs	33	M	Hydrosalpinx double	9 avril.	M
470	Preston	M. Spear	49	C	Ovarite exanthématique	10 avril.	G
471	Birmingham	Dr Kenny	24	M	Pyosalpinx double	18 avril.	G
472	Birmingham	Dr Smith	39	M	Pyosalpinx double	30 avril.	G
473	Birmingham	L. T.	27	M	Pyosalpinx double	2 mai.	G
474	Hebden Bridge	Dr Wilson	30	M	Pyosalpinx double	6 mai.	G

Dans ces 474 cas j'ai eu douze morts, ce qui donne pour cette opération une mortalité de 2,5 0/0.

A propos de ce tableau, je dois dire en premier lieu que dans bien des cas il est assez difficile de préciser exactement le but de l'intervention, ainsi on trouverait que quelques-unes de mes opérations ci-dessus mentionnées pourraient rentrer dans la liste des cas qui comprendraient l'ablation des annexes pour des myomes utérins. Ainsi les cas dans lesquels on se trouve en présence d'un myome compliqué de pyosalpinx ou d'hydrosalpinx double, peuvent prêter à une certaine confusion et il sera parfois même impossible de les faire rentrer dans une seule subdivision. C'est ainsi que j'ai dû admettre un petit nombre de cas à la fois dans les deux listes, afin d'obtenir une vue d'ensemble claire et logique sur mes interventions. Pour ces opérations d'ablation des annexes, il est nécessaire de faire ainsi des subdivisions afin d'indiquer aussi clairement que possible le but que l'on se propose, quoique dans quelques cas il soit difficile de préciser quelle est la lésion qui réclame l'intervention chirurgicale, le myome ou l'hydrosalpinx.

Un auteur anonyme de la *Lancet* a prétendu que ces opérations ne doivent être classées que d'après les lésions



anatomiques et que l'intention de l'opérateur et le but de l'intervention ne doivent pas entrer en ligne de compte pour la classification. Ceci me semble être une conclusion absolument illogique; d'après ce principe il ne serait pas possible de faire une distinction entre l'opération qui a pour but de déterminer l'accouchement prématuré et les manœuvres qui aboutissent à l'avortement.

Il en est de même dans les cas d'amputation de cuisse au tiers inférieur à la suite d'une fracture compliquée de jambe ou pour une lésion chronique du genou, les deux opérations restent les mêmes quant aux rapports anatomiques, cependant on a l'habitude de les séparer dans une classification en *opérations primaires* et en *opérations secondaires*.

A plus forte raison est-ce le cas pour les opérations d'ablation des annexes de l'utérus, car ici une division est déjà rendue nécessaire par le fait que dans certains cas il est de toute importance d'enlever les annexes des deux côtés. Ainsi si nous opérons avec l'intention d'arrêter les hémorrhagies dues à un myome ou d'obtenir une diminution de son volume, il sera absolument inutile de n'enlever les annexes que d'un seul côté, à moins que celles du côté opposé ne soient congénitalement absentes.

D'autre part, en me guidant d'après le principe général qu'un organe qui peut être considéré comme sain ne doit pas être enlevé, j'évitai dans tous les cas de lésions inflammatoires chroniques des annexes, que j'eus à soigner, de faire l'ablation bilatérale lorsque l'un des côtés était resté sain. Il peut sembler à première vue qu'il n'existe aucune raison valable d'intervenir bilatéralement lorsque les annexes d'un seul côté sont malades et lorsqu'il s'agit de l'occlusion et de la distension de la trompe ou d'adhérences solides qui rendent impossible le fonctionnement de ces organes et donnent lieu à d'intolérables souffrances. Mais on reconnaît souvent que les conclusions posées à première vue peuvent être fausses,

et je crains beaucoup que celles auxquelles je suis arrivé sur cette question, et d'après lesquelles je me suis dirigé pendant fort longtemps, ne supportent pas l'épreuve de nouvelles expériences. Je n'ai pu malheureusement que trop fréquemment me rendre compte combien ces opérations unilatérales sont insuffisantes et ne répondent pas au résultat désiré, car l'affection récidive du côté qui était sain et cette récidive réclame bientôt une seconde intervention chirurgicale.

Je dois dire que je n'ai obtenu la preuve de cette dernière assertion qu'au commencement de l'année dernière, car elle se base sur les observations de tous les cas d'ablation unilatérale des annexes pour affections chroniques, que j'ai opérés jusqu'au 9 décembre 1884, c'est-à-dire jusqu'au moment où j'ai terminé ma première série de 1000 laparotomies. Nous savons en effet que dans ces cas il faut attendre deux à quatre ans pour pouvoir juger de la valeur de notre intervention chirurgicale et des résultats éloignés que nous en avons obtenus. Au moment de ma première publication sur les preuves ainsi obtenues je fus si persuadé de l'exactitude de la conclusion, présentée tout à l'heure, que j'ai agi depuis lors en conséquence, et ainsi que je n'ai pas recueilli de nouveaux documents pour l'étude de cette question.

J'ai réuni à part ce petit groupe de 27 cas d'ablation unilatérale, sans les faire entrer dans mon tableau général pour les raisons que je donnerai dans les paragraphes suivants, et qui peuvent être brièvement résumées en disant que l'ablation unilatérale est une opération incomplète, qu'il y a beaucoup de chances pour qu'une seconde opération devienne nécessaire et que cette seconde intervention présente une mortalité tout à fait disproportionnée avec celle de la première opération.

Ces cas d'ablation unilatérale sont au nombre de 27, mais, comme une de ces opérations fut suivie de mort, mon enquête



ne porta que sur 26 cas. Ce petit groupe comprend les lésions suivantes :

Abcès de l'ovaire . . . . .	1 cas
Ovarite chronique, avec adhérences . . . . .	2 »
Hématosalpinx . . . . .	4 »
Hydrosalpinx . . . . .	4 »
Pyosalpinx . . . . .	15 »

Chose assez curieuse, ces 26 cas représentent à peu près le quart de la totalité des cas, opérés pour des lésions chroniques des annexes de l'utérus pendant la période qui comprend mon premier millier de laparotomies. Les rapports qui existent entre ce petit groupe de 26 cas et le chiffre total des cas opérés donnent lieu à des conclusions assez intéressantes. Nous voyons que le pyosalpinx est unilatéral par rapport à l'hydrosalpinx dans la proportion de 7 à 4; l'hydrosalpinx l'est par rapport à l'hématosalpinx comme 4 est à 1; et la fréquence de l'hydrosalpinx est à celle de l'ovarite chronique comme 8 est à 1.

Sans être exactement renseigné sur tous ces points par le simple examen des malades, je savais déjà que les lésions pelviennes, dont souffre le plus fréquemment la femme, c'est-à-dire l'adhérence générale des organes pelviens, l'adhérence des ovaires ou des trompes à d'autres organes, l'occlusion et la distension de la trompe par du pus ou de la sérosité, étaient presque toujours bilatérales. Je savais aussi parfaitement que l'hydrosalpinx était presque toujours symétrique; mais j'ai été profondément étonné du fait curieux que nous pouvons rencontrer un pyosalpinx volumineux, complètement adhérent à l'ovaire correspondant ou à d'autres organes du même côté et d'autre part des annexes absolument saines du côté opposé.

Mais ce sont les fréquentes récidives, survenues dans ces cas, qui d'une part me conduisirent à une seconde intervention, d'autre part me firent rechercher les autres cas; c'est aussi dans ce groupe que je constatai plusieurs morts sur

venues parce que la malade avait négligé ou refusé de se soumettre à une seconde intervention chirurgicale.

Nous savons actuellement que le pyosalpinx est une affection beaucoup plus sérieuse et plus importante que nous ne pouvions le supposer il y a une dizaine d'années, c'est-à-dire à la période de début de mes interventions chirurgicales. Au contraire, quoique je ne veuille pas dire que l'hydrosalpinx ne puisse être parfois fatal, je crois qu'il n'expose pas les malades à un très grand danger et je ne pense pas que nous puissions supposer que l'ovarite chronique et ses adhérences doivent avoir une terminaison fatale. Mais chose curieuse, pour tout ce groupe d'affections, les souffrances éprouvées par les malades ne sont pas en proportion du danger auquel elles les exposent; elles semblent même en raison inverse.

J'ai eu plusieurs fois à faire l'ablation de trompes de Fallope volumineuses, contenant 250 à 300 grammes de pus, où il avait à peine existé de douleurs et où les symptômes ne consistaient qu'en quelques troubles généraux.

Ainsi il y a deux ans j'enlevai chez la femme d'un confrère de notre ville un pyosalpinx unilatéral volumineux, qui était sur le point de se rompre, et qui sans aucun doute n'existait pas depuis plus de 12 à 15 jours. Il est certain que ce pyosalpinx se serait rompu et aurait tué la malade en moins de 8 jours, et cependant elle n'avait pas souffert de grandes douleurs pelviennes depuis le début de sa maladie jusqu'au moment de l'opération. J'eus beaucoup de peine à persuader le mari de la nécessité de cette intervention, mais, lorsqu'elle eût été pratiquée en sa propre présence, sa reconnaissance fut profonde pour la fermeté avec laquelle j'avais réclamé une opération qui était devenue urgente.

En analysant cette petite liste de cas pour savoir ce que peut nous apprendre ce groupe intéressant, nous voyons en premier lieu que, sur ces 26 malades, quatre seulement sont célibataires et j'ai appris que de ces quatre deux seules étaient



vierges. Des 22 femmes qui étaient mariées, 9 seulement avaient eu des enfants avant leur opération et, comme toutes, à l'exception d'une seule, avaient été mariées pendant un certain nombre d'années, on voit que cette proportion de femmes stériles — environ 42 0/0 — a une véritable signification. De ces 22 femmes, toutes, autant que je pus le savoir, continuèrent à avoir des rapports conjugaux après leur première opération, mais seulement 3 devinrent enceintes; la proportion est donc d'un peu plus de 14 0/0. Pour ces 26 femmes, une seconde opération est déjà devenue nécessaire pour 4 d'entre elles (un cas d'hydrosalpinx, un d'hématosalpinx, un d'ovarite chronique et un de pyosalpinx). Quant aux malades atteintes de pyosalpinx, 5 d'entre elles sont déjà mortes, dans des circonstances qui rendent absolument certain que le côté opposé est devenu malade, que la poche s'est rompue et a donné lieu à une péritonite aiguë. Je sais exactement que ce fut le cas pour 4 de ces malades et la lettre suivante du Dr *Thelwell Pike* donne tout lieu de supposer que ce fut aussi le cas pour la 5<sup>e</sup> malade :

Malvern, 24 décembre 1886.

« Mon cher Tait. — Miss C. mourut il y a deux ans, et j'ai toujours regretté que les annexes des deux côtes n'eussent pas été enlevées au moment de l'opération. Elle s'en alla en Devonshire et, autant que j'ai pu me renseigner, elle fut prise des mêmes accidents que lorsque vous l'avez vue; elle mourut dans l'espace de 48 à 60 heures de péritonite aiguë, à ce qu'on dit. Je ne mets pas en doute que les autres annexes devinrent malades, et, si elle avait été ici, je ne doute pas que vous l'eussiez sauvée. Dans des circonstances analogues je ne consentirai plus jamais à l'ablation unilatérale des annexes ».

Voici le tableau de 26 cas dans lesquels j'ai pratiqué l'ablation des annexes d'un seul côté.

Tableau de 26 cas d'ablation unilatérale des annexes.

No.	Initiales de la malade	Résidence	Médecin traitant	Age	Maladie	Opérateur	Date	Remarques
1	G. P.	Stanhwick.	Dr Payton.	25	Accès de l'ovaire	Abatou.	13 août 1883.	Seconde opération nécessaire.
2	C. A.	Nottingham.	Dr Howitt.	25	Ovarite chronique avec adhérences	Abatou.	8 avril 1884.	Seconde opération nécessaire. La seconde opération a été faite.
3	L.	Leamington.	Dr Eardley Wilmo.	30	Côté gauche.	Abatou.	27 mai 1884.	
4	S. B.	Stafford.	Dr Cookson.	40	Hématosalpinx	Côté gauche. Abatou.	1 <sup>er</sup> nov. 1883.	Seconde opération nécessaire. N'est jamais devenue enceinte. La seconde opération a été faite. Récidive une 2 <sup>e</sup> opération.
5	H. E.	Dudley Port.	Dr Pribb.	30	Côté gauche.	Abatou.	17 déc. 1883.	
6	E. K.	West Bromwich.	Dr Lawson.	30	Côté gauche.	Abatou.	12 juil. 1884.	
7	M. H.	Stanhwick.	Dr Pitt.	31	Côté gauche.	Abatou.	29 octobre 1884.	
8	E. T.	Birmingham.	M. Walkin Williams.	28	Hydrosalpinx	Trompe droite. Abatou.	23 mai 1879.	N'est jamais devenue enceinte et souffre encore.
9	E. W.	Birmingham.	M. Lawson Tait.	37	Trompe gauche. Ovarectomie et drainage.		15 avr. 1880.	N'est jamais devenue enceinte.
10	H. P.	Birmingham.	Sir James Sawyer.	33	Trompe droite. Abatou.		21 septembre 1882.	N'est jamais devenue enceinte. La seconde opération a été faite.
11	E. B.	Birmingham.	Dr Pugh.	30	Trompe gauche. Abatou.		6 août 1884.	
12	M. F.	Birmingham.	M. Greeno.	23	Pyosalpinx	Trompe gauche. Incision et drainage.	28 mai 1881.	Morte par défaut d'une seconde opération.
13	H. T.	Walsall.	Dr Sharpe.	—	Trompe droite. Abatou.		7 octobre 1881.	Morte par défaut d'une seconde opération.
14	L. W.	Birmingham.	M. Newton.	18	Double	Incision et drainage.	30 oct. 1881.	Morte à cause de l'opération incomplète.
15	E. B.	Birmingham.	M. Briggs.	27	Trompe gauche. Abatou.		17 août 1882.	N'est jamais devenue enceinte. Elle a eu deux enfants depuis lors et est encore enceinte.
16	A. A.	Langton.	M. Ashwall.	35	Trompe gauche. Abatou.		15 octobre 1882.	Morte par défaut de 2 <sup>e</sup> opération. N'est pas devenue enceinte; s'agit probablement d'une 2 <sup>e</sup> opération.
17	H. C.	Malvern.	Dr Pike.	49	Trompe droite. Abatou.		7 nov. 1882.	A eu un enfant depuis lors.
18	J. K.	Birmingham.	Dr Kenny.	39	Trompe droite. Abatou.		22 nov. 1882.	Seconde opération. Mort.
19	E. G.	Birmingham.	Dr Welch.	31	Trompe gauche. Abatou.		3 avril 1883.	A eu un enfant depuis lors.
20	M. L.	Birmingham.	M. Halvingal.	30	Trompe droite. Abatou.		26 juillet 1883.	N'a pas eu ses règles depuis lors. Son état exigera une 2 <sup>e</sup> opération. Morte par défaut d'une 2 <sup>e</sup> opération. N'a pu être suivie.
21	E. S.	Birmingham.	Dr Wilson.	30	Trompe gauche. Abatou.		25 août 1883.	Exigera une 2 <sup>e</sup> opération.
22	E. M.	Birmingham.	M. Mann.	36	Trompe gauche. Abatou.		20 janvier 1884.	
23	J. S.	Nanterton.	M. Mason.	24	Trompe gauche. Abatou.		8 avril 1884.	
24	M. G.	Filthorpe.	Dr Beadnell.	25	Trompe gauche. Abatou.		17 juillet 1884.	
25	M. B.	Birmingham.	Dr Taylor.	29	Trompe droite. Abatou.		7 juillet 1884.	
26	B. B.	Edinburgh.	Dr Hart.	36	Trompe gauche. Abatou.		4 octobre 1884.	Exigera une 2 <sup>e</sup> opération.

Les astérisques indiquent les malades qui ont été enceintes avant l'opération.



J'ai examiné dernièrement sept des malades comprises dans cette liste et j'ai pu me convaincre que leur état local était tel, qu'il nécessitera certainement tôt ou tard une seconde opération. Nous voyons ainsi que dans 13 cas sur 28 l'ablation unilatérale a abouti à un échec complet ; et que seulement dans 3 cas sur 26 elle a réussi en ce sens que les fonctions des annexes conservées restèrent intactes, c'est-à-dire qu'il ne se produisit pas de récurrence de ce côté. Nous trouvons en plus dans ce petit groupe de cas un exemple typique de la confusion due à l'introduction de nouveaux noms pour désigner cette intervention chirurgicale, comme ceux d'*opération de Battey*, de *castration*, d'*ovariotomie normale*, d'*oophorectomie* et je désire une fois de plus attirer l'attention sur la nécessité d'employer un autre terme tel que d'*ablation des annexes de l'utérus* ou quelque autre que ce soit, qui ne comporte ni attribution personnelle, ni conclusions préconçues sur l'opération qu'il doit désigner. Il est ridicule d'attribuer à ces opérations le nom de telle ou telle personne ; c'est une erreur profonde de parler d'une *oophorectomie* lorsqu'il s'agit de l'ablation d'une trompe de Fallope en état de suppuration, et il est encore plus absurde de désigner une telle opération sous le nom de *castration*.

Toutes les méthodes de classement, autres que celle que je préconise, se heurtent à la difficulté initiale suivante ; tous ces cas d'ablation des annexes se groupent eux-mêmes en deux classes — ceux pour lesquels il est absolument nécessaire d'enlever les annexes des deux côtés, et ceux pour lesquels il serait possible de ne faire qu'une ablation unilatérale.

Quant à ce second groupe, la question de savoir s'il est nécessaire ou même préférable de faire une ablation bilatérale n'est pas et ne peut être encore résolue. Autant que je sache la présente liste est la première et la seule contribution à l'étude de cette question, et il est bien probable que les opinions pourront varier quant aux conclusions que l'on peut en

tirer ; pour ma part je suis tout à fait disposé à admettre que les matériaux sur lesquels reposent ces conclusions ne sont pas suffisants pour les rendre absolues. Mais l'opinion que j'en ai conçue pour ma part — et qui se trouve encore confirmée par des recherches plus récentes, mais non encore assez avancées pour être publiées, — est la suivante : lorsqu'une malade souffre suffisamment pour justifier une section abdominale pour des lésions chroniques des annexes de l'utérus, si l'on trouve que les organes d'un seul côté sont atteints, l'ablation doit être bilatérale si nous désirons que la malade en retire un bénéfice complet et durable. Mais, dans un cas pareil, le désir de la malade doit être avant tout pris en considération. Lorsqu'une malade se confie à mes soins pour une pareille opération et qu'elle m'impose la condition expressive que je ne dois sous aucune condition enlever les annexes du côté opposé au cas où je les trouverai saines, je dois me soumettre à sa décision. Mais il est de mon devoir de discuter la question avec elle et de lui conseiller de ne pas se soumettre aux risques d'une seconde opération, qui devient presque toujours nécessaire dans les cas d'ablation unilatérale. En effet la liste que je viens de présenter fait voir ces opérations incomplètes sous un jour bien peu satisfaisant.

#### OVARITE KYSTIQUE.

Nous rencontrons parfois comme un des résultats plus rares de l'ovarite chronique une hypertrophie prononcée de la glande ; elle se présente sous deux formes bien différentes, selon qu'elle intéresse les follicules de la glande ou son tissu fibreux. Ainsi que l'ont déjà fait remarquer les D<sup>rs</sup> *Ritchie* et *Fox*, il peut survenir une augmentation du nombre des follicules. L'hypertrophie des follicules peut se présenter sous