

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^{rs} *Ritchie* et *Fox*, il peut survenir une augmentation du nombre des follicules. L'hypertrophie des follicules peut se présenter sous

la forme d'une augmentation du volume des follicules pris individuellement et constituer, ainsi que *Rokitansky* l'a le premier démontré, une variété de tumeur kystique. *Duncan* et moi-même avons déjà indiqué, que ces formations kystiques se présentent très souvent dans l'ovarite chronique.

Il semble en effet exister un rapport intime et que l'on n'avait pas soupçonné jusqu'à présent entre l'ovarite kystique et certains symptômes utérins assez graves, dont souffrent les malades. Ainsi dans bien des cas où j'ai dû faire l'ablation des ovaires chez des femmes souffrant d'hémorragies graves, dues à la présence d'un myome utérin, j'ai constaté que les ovaires étaient kystiques. Mais je dois dire que ces kystes ne ressemblaient aucunement aux tumeurs volumineuses pour lesquelles nous pratiquons l'ovariotomie, car les ovaires qui les contenaient n'étaient le plus souvent pas plus gros que des noix. Le tissu ovarien était remplacé par des kystes, et lorsque ces cavités étaient ouvertes et vidées il ne restait pas grand chose en dehors de leurs parois. D'autre part j'ai observé quelques-uns de ces ovaires kystiques, accompagnant des myomes utérins, qui avaient atteint un plus gros volume, de sorte qu'il était parfois difficile de dire si l'intervention avait eu pour but d'enlever ces ovaires kystiques ou d'obtenir l'arrêt de l'hémorragie due à ces tumeurs.

Ces *petits ovaires kystiques* donnent très souvent lieu à des hémorragies extrêmement abondantes, même lorsqu'il n'existe pas de myomes, et souvent on ne peut pas même soupçonner l'existence d'une inflammation chronique des ovaires. Leur volume n'est pas assez considérable pour nous autoriser à leur donner le nom de *tumeurs de l'ovaire* et il est probable qu'il ne s'agit pas d'autre chose que d'une simple hypertrophie des follicules. Les trois observations suivantes donneront une idée de cet état particulier.

I. — Je fus appelé en juin 1880 par le Dr *Collis*, de Bridgnorth, pour voir avec lui une dame occupant une haute position sociale, âgée de 29 ans

et mariée depuis 6 ans. Avant son mariage ses règles avaient toujours été irrégulières et abondantes. Elle avait eu quatre enfants, dont le premier mort-né, et une fausse couche en 1878; tous les accouchements avaient été suivis d'hémorragies très graves. Le Dr *Collis* vit cette dame pour la première fois le 31 mai 1880; trois périodes menstruelles avaient fait défaut, mais depuis une quinzaine la malade avait des pertes abondantes. A l'examen local le Dr *Collis* constata une augmentation de volume de l'utérus. Il prescrivit le repos au lit, des astringents et bientôt après de l'ergot et du bromure. Enfin il fut obligé de tamponner le vagin et me télégraphia de venir voir la malade. Je la vis le 13 juin au soir. La malade était très anémiée, l'utérus aussi volumineux que pour une grossesse de trois mois, le col fermé; j'introduisis de suite mon dilateur à tension élastique continue. Après quelques heures nous éthérisâmes la malade et je vidai la cavité utérine des nombreux caillots et des kystes villeux qu'elle contenait, ces derniers étant les vestiges d'un chorion dont les villosités avaient subi la dégénérescence kystique. J'évacuai avec soin tout le contenu de l'utérus et je râclai toute la surface interne au moyen de la curette.

Les pertes cessèrent et la malade guérit rapidement jusqu'au 10 juillet; puis les règles reparurent, très abondantes et d'une durée de 10 jours. De fortes doses d'ergot et de bromure ne firent aucun effet apparent. Nouvelle hémorragie très abondante le 29 juillet; elle fut soignée par les Drs *Pike* et *Weir*. Tous les traitements furent essayés sans résultat. Le 3 août on me fit chercher. La malade était dans un état d'anémie extrême. L'utérus était petit, normal, sa cavité était vide; je la cautérisai largement au nitrate d'argent solide. Cette intervention arrêta l'hémorragie pendant 24 heures, puis elle recommença de plus belle et on m'envoya chercher le 6 août. Lors de ma dernière visite j'avais averti le mari que, si la cautérisation ne faisait pas l'effet désiré, une intervention opératoire deviendrait absolument nécessaire.

En arrivant je rencontrai le mari sur la porte; il me dit qu'il s'en remettait à moi pour l'opération, mais qu'il croyait que seule l'ablation des annexes procurerait à sa femme une guérison temporaire ou permanente. C'était mon opinion et ce fut l'avis de mes collègues. La malade étant anémiée au-delà de toute description, je craignais seulement que nous ayions trop retardé l'intervention. Je fis une incision de 7 cent. 1/2; l'opération fut facile, les deux ovaires étaient kystiques, environ du volume d'une mandarine. Une heure après l'opération la malade était si bas, que je perdis presque tout espoir de guérison; le Dr *Pike* et moi restâmes presque continuellement près d'elle pendant 5 jours; elle eut des hauts et des bas, puis finit par se rétablir et depuis lors elle n'a plus perdu une goutte de sang. Dans une des dernières lettres de son mari se trouve cette phrase: « Il ne me reste qu'à vous exprimer toute

notre gratitude pour votre habileté et pour vos soins ; car, humainement parlant, je vous regarderai toujours comme son sauveur. »

Je désire simplement présenter par ces mots le témoignage d'un gentleman d'une haute éducation, qui s'est parfaitement rendu compte de l'état de sa femme et de la nécessité de l'intervention chirurgicale, témoignage absolument en faveur d'une opération que ceux seuls qui l'ont pratiquée sans succès s'efforcent de rejeter et de blâmer. La seule chose que je désire faire ressortir dans ce cas, c'est que j'ai eu le courage de mes convictions et qu'en dernière ressource j'ai osé pratiquer une opération, que je n'aurais pas faite si je m'étais guidé d'après les opinions professées dans la métropole. Si j'avais rencontré un échec, l'état de la malade était tel, que ma manière de faire eût été fortement critiquée.

Je constatai, en examinant les ovaires de cette malade, qu'il ne restait que fort peu de véritable tissu ovarien, si encore il en restait. Il y avait à peine autre chose que les minces parois d'un certain nombre de follicules dilatés, dont il est bien difficile d'admettre qu'un ovule sain pût jamais en sortir et pénétrer dans la trompe. Il serait intéressant de savoir si l'ovulation imparfaite, qui détermina les accidents pour lesquels je fus appelé la première fois, put avoir été le résultat de cette hypertrophie folliculaire ; je crois qu'il est fort probable qu'il en fut ainsi. Je pense aussi que l'altération de ces ovaires doit être de nature spéciale, et non pas seulement la période de début d'un kyste, car je n'ai jamais entendu parler d'hémorragies aussi terribles, survenant chez des malades atteintes de kystes. D'autre part j'ai rencontré ces hémorragies foudroyantes dans les trois cas où j'ai trouvé ces petits ovaires kystiques, que j'ai enlevés les trois fois avec un plein succès.

Mon second cas fut encore plus remarquable que le premier, quoiqu'il ne soit pas nécessaire de le relater avec autant de détails.

II. — La malade âgée de 39 ans, mariée à quatorze ans, avait eu douze enfants et une fausse couche. A chaque accouchement, hémorragie abondante, dont deux ou trois fois elle avait failli mourir. N'ayant jamais eu ses règles pendant une douzaine d'années, car elle était toujours soit enceinte, soit nourrice, elle ne put me donner aucun renseignement sur sa menstruation, jusqu'au moment où elle était devenue veuve, à l'âge de 28 ans. Elle se remaria il y a 8 ans; pendant son veuvage ses règles avaient été beaucoup trop fréquentes et trop abondantes et elle avait toujours été en traitement pour cette raison. Depuis son dernier mariage elle avait eu 8 fausses couches en quarante mois ; la première de sept mois, les autres entre quatre et cinq mois. Enceinte de trois mois elle fut admise à l'hôpital en février. Malgré tous mes soins elle fit sa fausse couche à cinq mois et elle fut bien près de succomber à l'hémorragie consécutive.

En mai, juin et juillet ses règles furent très abondantes bien qu'elle suivit un traitement énergique, et lorsqu'elle rentra à l'hôpital elle était devenue si anémique et épuisée qu'elle ne désirait que mourir si on ne pouvait rien faire pour la soulager. Il ne me vint pas à l'idée d'enlever les annexes dans ce cas et cette proposition fut présentée par mon collègue, le Dr *Hichinbotham* pendant la consultation que nous eûmes ensemble. Je dois dire que tout d'abord cette idée ne me sourit pas beaucoup, et c'est seulement après une longue discussion avec mes collègues, et surtout à la suite des demandes instantanées et plusieurs fois répétées de la malade, que je me décidai à l'entreprendre. La malade basait sa demande sur ce qu'elle avait appris qu'une femme qui était dans la même chambre qu'elle avait été guérie par cette opération. Les ovaires étaient kystiques, exactement comme dans le premier cas. Les kystes étaient petits, à parois minces, ils occupaient la totalité de l'ovaire. Encore ici nous pouvons nous poser la question ; ces kystes ont-ils été la cause de l'ovulation incomplète répétée et des hémorragies ? La solution de cette question ne peut se baser que sur une beaucoup plus large expérience sur ces sortes d'accidents. D'ailleurs quelle que soit l'explication le résultat fut brillant ; la femme fit une rapide guérison, et douze mois après l'opération elle était en meilleure santé qu'elle n'avait jamais été avant l'opération.

Mon troisième cas me fut envoyé par le Dr *Meredith* de Wellington dans le Somersetshire ; et je veux en donner l'histoire d'après ses propres paroles :

III. — Jusqu'au moment de l'apparition des règles cette malade fut délicate ; elles furent au début régulières mais peu abondantes. En 1877 à la suite d'un effort les pertes devinrent très abondantes, accompagnées de douleurs pelviennes. L'utérus était normal comme volume et comme position. L'ergot, les acides, le bromure, le chlorate de potasse, la digitale

et le cannabis indica n'eurent aucun effet durable sur les hémorragies ; les injections vaginales froides ou chaudes pas davantage. Les pertes étaient continuelles, tantôt simplement rosées, tantôt accompagnées de caillots sanguins. Une cautérisation intra-utérine à l'acide phénique arrêta l'écoulement pendant cinq mois.

En 1878, l'écoulement recommença et ni les médicaments ni une nouvelle cautérisation ne produisirent le moindre effet durable. J'envoyai alors la malade à Birmingham pour y être soignée par M. Lawson Tait. Du 15 janvier au 15 février 1879 on lui fit 4 cautérisations au nitrate d'argent solide et la perte cessa. Elle rentra chez elle à Wellington en mars et l'écoulement reparut aussitôt. Je la traitai quelque temps par les bains de siège froids, par des révulsifs sur la région ovarienne et le curetage de l'utérus, suivi de cautérisation au nitrate d'argent solide. La perte continua.

Au mois d'août je la renvoyai à Birmingham, elle était maigre, faible, anémiée et à peine capable de se tenir debout.

Je fis l'ablation des ovaires le 8 août ; ils étaient flasques, volumineux, kystiques, avec quelques adhérences et recouverts çà et là d'ancienne lymphe. La malade rentra chez elle quelques jours après l'opération et elle reprit bientôt sa force et sa santé. Elle n'a jamais été réglée depuis lors et elle jouit actuellement d'une parfaite santé (mai 1882).

Dans quelques cas, qui appartiennent sans aucun doute à la même catégorie, nous trouvons que les ovaires sont augmentés de volume et que leur substance consiste en une masse de petits kystes de volume à peu près uniforme ; leur aspect présente à l'œil nu à peu près celui d'une masse de sagou bouilli, le tissu plus dense de la glande ayant disparu. Je ne mets pas en doute que ce changement de structure peut s'expliquer par une sorte de perversion de la croissance normale des follicules, dont d'une part le développement devient plus actif et d'autre part s'arrête tant qu'ils sont encore à l'état de kyste, n'arrivant pas à maturité. Cette perversion dans le développement des follicules est probablement due à la suppression du mécanisme, par lequel s'opère leur rupture à l'état normal.

D'après ces cas et quelques autres plus récents, mais très analogues, je suis arrivé nécessairement à la conclusion qu'il devait exister entre ces petits ovaires kystiques et l'hémor-

rhagie une relation qui reste encore à étudier ; de plus que l'ablation des ovaires est non seulement justifiée, mais qu'elle constitue encore le traitement de choix ainsi que l'indiquent les brillants résultats que j'ai obtenus.

Dans d'autres cas qui sont accompagnés de symptômes très analogues à ceux que nous venons de décrire, les ovaires sont fortement augmentés de volume par *hypertrophie considérable des éléments folliculaires* et en même temps des *éléments fibreux de la glande*, de sorte qu'à l'examen microscopique on ne trouve aucune différence entre le tissu de ces ovaires hypertrophiés et celui de glandes normales. Il est à noter que dans ces cas les trompes ont toujours subi une hypertrophie correspondante, et ce fait nous indique que ces modifications doivent être le résultat d'une inflammation chronique, même si nous ne constatons la présence ni d'exsudat quelconque ni d'adhérences anciennes ou récentes.

J'ai fait dans des cas d'hémorragies très rebelles, accompagnées de douleurs intenses, l'ablation d'ovaires qui pesaient jusqu'à 60 ou 70 grammes et cependant l'examen le plus minutieux de ces organes ne révélait pas autre chose qu'un tissu absolument normal.

Entre cette dernière forme et la *simple hypertrophie folliculaire* plus fréquente, il existe encore une autre forme bien distincte d'*hyperplasie fibreuse*, qui est probablement le résultat de cette forme d'ovarite chronique qui intéresse l'élément fibreux et qui se manifeste par la destruction des follicules ou par l'arrêt de développement des cellules propres à l'ovaire et par une production exagérée des éléments fibreux ; c'est en somme la marche de la cirrhose pendant sa seconde période, précédant celle de la rétraction. J'ai eu l'occasion de suivre un de ces cas pendant plusieurs années, actuellement il semble arriver à la cirrhose. La malade et moi nous sommes d'avis que, si j'avais pu faire il y a 18 ans ce que je ferais aujourd'hui elle préférerait se soumettre à l'ablation de ses ovaires

que supporter l'impotence prolongée dont elle souffre depuis si longtemps. Elle appartient à un rang très élevé de la société et elle a fait toutes les tentatives imaginables pour la guérir, cependant elle a été invalide pendant 18 ans et elle l'est encore quoiqu'elle jouisse d'une meilleure santé qu'il y a neuf ans. Il eût été préférable pour elle qu'on lui eût enlevé les ovaires il y a plusieurs années.

Cette jeune dame semble avoir souffert de très bonne heure d'hypéremie des annexes, car ses règles ont été jusqu'il y a 3 ou 4 ans très abondantes et irrégulières; actuellement elles sont peu abondantes et moins fréquentes. Il existe un écoulement brunâtre, presque constant, qui augmente à la suite du moindre exercice. Le coït est douloureux ainsi que la défécation et elle a souvent des défaillances. L'utérus est augmenté de volume et sensible; il est en rétroversion avec flexion du corps sur le col; celui-ci est entr'ouvert, l'introduction de la sonde cause de la douleur. Les deux ovaires sont augmentés de volume et très sensibles au toucher, surtout le gauche; ils sont libres d'adhérences. Je plaçai un pessaire et je fis des applications d'iode, en prescrivant des irrigations au sous-acétate de plomb.

En 1875, l'écoulement avait disparu et l'ovaire droit avait diminué de volume, l'utérus de même. Pendant les cinq années suivantes le traitement fut modifié par moi ou par d'autres, mais il ne se produisit aucun changement; un séjour à Kreuznach et l'emploi prolongé des eaux produisit de bons résultats.

La nature semble d'ailleurs travailler à la guérison, car actuellement cette malade arrive à une ménopause prématurée (à l'âge de 45 ans) et sa santé s'améliore.

Il existe probablement une forme d'ovarite chronique, qui accompagne parfois la *tuberculose chronique*; en effet, quoiqu'en règle générale il se produise dans cette maladie une atrophie de l'ovaire, se manifestant d'abord par la dysménorrhée, puis par l'aménorrhée, j'ai observé quelques cas où la menstruation était abondante, irrégulière, et caractérisée par les autres symptômes de l'inflammation chronique des annexes de l'utérus. J'ai vu quelquefois cet état après la *variolo*, et très fréquemment après la *scarlatine*. Je l'ai rencontré encore dans un cas de *syphilis précoce acquise*. Il existe

une forme spécifique de *métrite syphilitique*, ainsi que l'a déjà démontré il y a longtemps M. *Langston Parker* et il n'est pas douteux que dans ces cas les ovaires soient aussi atteints.

Arthur Farre a décrit chez les cardiaques une coloration rouge intense des ovaires, et j'ai observé plus d'une fois que des ménorrhagies très rebelles avaient apparemment leur origine dans une lésion valvulaire du cœur ou du moins qu'elles étaient étroitement associées à cette maladie; dans ces cas on ne constate aucune lésion soit de l'utérus, soit des ovaires.

NÉVRALGIES DE L'OVAIRE.

J'ai observé encore un petit groupe de cas que je ne puis envisager que comme des *névralgies ovariennes*. Le caractère principal est une douleur lancinante aiguë, rapportée à la région ovarienne, le plus souvent bilatérale, paroxysmale et sans aucun rapport avec les fonctions utérine ou ovarienne. Il n'existe aucun signe physique qui puisse expliquer ces douleurs et elles se produisent surtout chez les femmes approchant de la ménopause. Les malades que j'ai observées s'étaient toutes adonnées à la boisson dans le but, disaient-elles, de soulager leurs douleurs. Cette intempérance était-elle la cause ou le résultat de cette névralgie; s'agissait-il vraiment de névralgie dans quelques-uns de ces cas? C'est ce que je ne saurais dire; car le caractère spécial de la douleur et son siège ont été décrits par les malades avec une constance qui semblerait témoigner en faveur de sa réalité, quoique je n'aie jamais pu découvrir aucun signe physique de la maladie.