leur pronostic soit en apparence défavorable, ces cas n'offrent cependant pas de danger aussi immédiat que pourrait le faire supposer le tableau symptomatique. J'ai opéré jusqu'à présent neuf cas de ce genre; les neuf malades ont parfaitement supporté l'opération et trois d'entre elles, dont j'ai encore des nouvelles, se trouvent considérablement soulagées. Je les ai vues, ces trois-là; elles sont très bien remises et il semble que l'intervention ait exercé une influence favorable sur la diathèse elle-même. Schroeder et Küster (1) relatent des observations semblables; il est vrai qu'ils ont fait largement usage, dans ces cas, de préparations d'iodoforme. Je n'ai eu recours qu'une seule fois à ce médicament; dans les autres cas j'ai hésité à m'en servir. Je ne le regrette pas, car les résultats ont été satisfaisants même sans l'adjonction de ce moyen thérapeutique.

5 - Ovariotomie

L'histoire de l'ovariotomie a une importance extrême par cela même que cette opération, plus que beaucoup d'autres, débarrasse les malades, à coup sûr, certitude d'un mal qui met leurs jours en danger, et est capable de ramener, à part les cas d'extirpation bilatérale, une restitutio ad integrum relativement complète.

Au xvII° siècle déjà, Schorkopf (2) avait eu l'idée de l'extirpation des ovaires et plusieurs auteurs pratiquèrent cette opération. Mais c'est à Ephraim Mc Dowell (3) du Kentucky que revient le mérite d'avoir enlevé des ovaires suivant une méthode déterminée. Elève de John Bell d'Edimbourg, il fut poussé à ce mode d'intervention par les conseils de son maître (1809). Peu à peu l'ovariotomie fit du chemin en Amérique; elle fut érigée en opération courante par Atlee, Kimball et Peaslee (4). Malgré cela, ce ne fut qu'en 1865

que les dernières oppositions s'évanouirent. Pendant toute la longue durée du développement de l'ovariotomie, la seule modication apportée par les chirurgiens américains au manuel opératoire, consista dans la sortie des fils à ligature à travers la voûte vaginale au moyen d'une aiguille (A. March). Presque tous avaient adopté le traitement intrapéritonéal du pédicule. C'est en 1824 que Lizars (1) fit, à Edimbourg, la première ovariotomie; mais celle-ci doit son droit de cité tout d'abord à Sir Spencer Wells (2), et puis à West, à Warner et Ch. Clay (3), à Bird (4) et à Baker Brown (5). Le premier a réduit l'incision abdominale au juste nécessaire ; il a réglé le mode de fixation extra-péritonéale du pédicule et la suture de la plaie abdominale avec le péritoine : en perfectionnant le manuel opératoire de l'extirpation des ovaires, il est devenu le maître de la presque totalité des ovariotomistes. La première ovariotomie fut pratiquée en Allemagne, en l'année 1809, par Chrysmar d'Isny (Wurtemberg); d'autres chirurgiens ont fait l'ablation d'ovaires avec plus ou moins de succès et plus ou moins indépendamment les uns des autres. Cela n'a pas empêché un chirurgien, tel que Dieffenbach, de rejeter cette opération comme non justifiée et trop dangereuse. En 1841, par conséquent antérieurement à Spencer Wells, Stilling (6) a recommandé le traitement extra-péritonéal du pédicule. E. Martin (7) également eut recours à ce procédé en 1849 et 1851 et en obtint des succès. L'Anglais Duffin a, paraît-il, employé la fixation extra-péritonéale du pédicule indépendamment des chirurgiens allemands. Enfin c'est à Hutchinson que l'on doit l'invention du premier clamp (1858).

C'est la France qui a fermé le plus longtemps ses portes à l'ovariotomie. A part quelques tentatives à résultats médiocres,

⁽¹⁾ KÜSTER, Verhandl. der Berl. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. 188).

⁽²⁾ Schorkopf, thèse de Bâle, 1685.

⁽³⁾ EPHRAÏM Mc Dowell, London med. Gaz. V, p. 35; Eclect. repertory and analytical. Review. Phil. Oct. 1818. — Voir également L. Tair, The pathol. and treatm of diseases of the ovaries. London, 1874.

⁽⁴⁾ ATLEE, Amer. Journ. of med. sc. XXIX. — PEASLEE, Ovarian tumors. Mempath. diagn. and treatm. 1872.

⁽¹⁾ Lizars, Edinb. med. and surg. Journ. Oct. 1824.

⁽²⁾ Spencer Wells, Dubl. quart. Journ. 1859. Diseases of the ovaries. Londres, 1872.

⁽³⁾ CH. CLAY, Med. Times. 1842, VII.

⁽⁴⁾ Bird, ibidem. Août 1843.

⁽⁵⁾ Baker Brown, Transact. obstetr. soc. of London, 1866, VII.

⁽⁶⁾ Stilling, Holscher's Annalen. Neue Folge, I. 1841 et Extraperitonealmeth. der Ovariot. Berlin, 1866.

⁽⁷⁾ E. MARTIN. Die Eierstockswassersuchten. Iéna, 1852.

ment édifiés sur l'influence possible de la tumeur sur leur santé.

Malgré cela, le nombre des extirpations de tumeurs ovariques, à leur début, demeure restreint; les femmes ne viennent réclamer l'assistance de l'opérateur que quand elles sont déjà dans d'assez tristes conditions de santé. Quelque pitoyable que soit leur état, quelque épuisées et réduites qu'elles paraissent par suite de toutes sortes d'accidents intercurrents, il n'est cependant que deux genres de complications qui permettent de refuser l'opération à ces malheureuses, à savoir l'évidence du caractère malin de la tumeur et sa propagation au voisinage; en second lieu, l'existence de processus destructifs dans le domaine d'autres organes importants, qui excluent toute chance de soulagement, par exemple dans la phtisie pulmonaire, les affections cardiaques très avancées, les maladies chroniques du foie et des reins, etc. En dehors de ces cas je considère comme un devoir de pratiquer l'ovariotomie même dans les conditions en apparence les plus défavorables; car ces conditions sont le plus souvent telles qu'elles amèneraient à bref délai la mort de la malade, tandis que l'opération donne encore quelque espoir de salut, si minime qu'il soit.

(C'est ce point de vue qui a servi de base à ma statistique, qui n'acquiert sa vraie valeur qu'autant qu'on se rend bien compte que mes cas ne sont pas triés suivant les difficultés de l'opération, la présence d'adhérences, l'existence de troubles généraux fébriles, etc.)

J'insisterai surtout sur ce fait que dans les cas où la tumeur ovarique est compliquée de grossesse, il faut, à mon avis, pratiquer l'ovariotomie le plus tôt possible, si cette tumeur est quelque peu volumineuse. Les petites tumeurs même devront être extirpées dès qu'elles semblent gêner le développement de la matrice ou qu'elles manifestent des symptômes d'accroissement ou de destruction. Le pronostic de l'ovariotomie pendant la gravidité est visiblement plus favorable que celui de l'opération faite pendant les couches. Ce dernier est même rendu très sérieux par les diverses circonstances inhérentes à l'accouchement et à l'état puerpéral.

Pour ce qui a trait aux variations du pronostic de l'ovariotomie, je renvoie le lecteur aux ouvrages déjà cités de Spencer Wells, Hegar et Kaltenbach, Olshausen et Schroeder. Ce dernier affirme (loc. cit. Ed. VII, p. 430) qu'aujourd'hui la mortalité dépasse à peine 5 %. Il n'est pas possible de comparer ces résultats avec les chiffres statistiques plus anciens, avec ceux de Léopold (1), par exemple, dont les opérations furent cependant faites au début de l'antisepsie et qui indique une mortalité de 26 %; avec ceux de Slavjanski (2) qui donne une proportion de décès de 24 %, ou encore avec ceux de C. Braun et de Krassowski (3). Car il est certain que les statistiques de tous ces gynécologues se sont rapprochées de celle de Schroeder (4), grâce aux perfectionnements apportés aux mesures antiseptiques et à la technique opératoire. C'est un fait qui ressort, du reste, d'une communication publiée à ce sujet par Léopold, en 1887. A la dernière page de la première édition de son ouvrage sur la Pathologie et la Thérapeutique des maladies des femmes (1885), l'auteur cite une série ininterrompue d'ovariotomies pratiquées par lui avec l'emploi de l'antisepsie, sur lesquelles il n'y a qu'un cas de mort par septicémie.

Voici les chiffres de ma propre statistique (qui seront publiés in extenso à bref délai). Il s'agit de :

133 ovariotomies pour des kystes.

Les 28 premières avec 6 décès (dont 5 de septicémie),

Les 105 dernières avec 3 décès dont (1 de septicémie 1 d'embolie 1 de septicemie

(5 %) (1 de carcinome 25 opérations pour de l'ovarite chronique, 1 décès par collapsus.

9 opérations pour un kyste dermoïde, 1 décès par collapsus.

14 opérations pour des tumeurs solides, 6 décès, 4 par septicémie.

⁽¹⁾ Léopold, Arch. f. Gyn., XXII.

⁽²⁾ Slavjanski, Arch. de Gynéc. 1885.

⁽³⁾ C. v. Braun, Wien. med. Woch. 1886. - Krassowski. (Sep.-Abdr.)

⁽⁴⁾ Olshausen, Krankh. d. Ovar., p. 240 et suiv. — Schroeder, Handbuch. der Frauenkrankh., 1886.

12 castrations, 1 décès par embolie anémique.

12 opérations pour des kystes du ligament large, 0 décès.

3 ovariotomies vaginales.

En somme 208 opérations avec 18 décès, c'est-à-dire 8,5 %.

Sur ces 18 décès, il y en eut 10 par septicémie, c'est-à-dire 4,8 %. Si l'on en retranche les 6 morts par infection septicémique de la première série de 28 opérations, pratiquées avec des mesures antiseptiques incomplètes, il reste 4 cas de septicémie pour 180 opérations.

Voici les règles adoptées généralement aujourd'hui pour l'exécution de l'opération.

1. - L'opération doit être absolument aseptique.

A — La salle d'opération devra être désinfectée par des lavages des parois, du plafond et du plancher avec des préparations de chlore et de soufre ou des solutions d'acide phénique et de sublimé. On renouvelle l'air de la salle et on le sature de substances désinfectantes, au moyen de pulvérisateurs; d'autres continuent cette saturation, même pendant l'opération, à l'aide du spray. Depuis 1886, je n'emploie plus le spray pendant l'opération.

Les instruments et les appareils devront être nettoyés de la même façon; tout ce qui est métallique devra être passé au feu et trempé immédiatement dans la solution antiseptique qui est prête pour l'opération. L'eau qui sert aux lavages et qui servira aux besoins de l'opération devra être bouillie.

Les aides, les infirmiers, aussi bien que l'opérateur, doivent être aseptisés. Tous prendront un bain avant l'opération et mettront des vêtements propres. J'ai fait faire, à cet effet, des costumes de toile qu'on met à la lessive chaque fois qu'ils ont servi. Après s'être lavé les mains avec des solutions de sublimé ou d'acide phénique, je prie encore toutes les personnes dont les doigts se trouveront en contact avec l'opérée, de se les laver une seconde fois dans du jus de citron frais, qui donne aux ongles spécialement une blancheur éblouissante.

B — Les aides seront le moins nombreux possible. Outre l'assistant qui administre le chloroforme, il n'en faut qu'un seul pour s'occuper de la plaie abdominale. Le chirurgien se chargera luimême du nettoyage des éponges et prendra lui-même les instruments dont il a besoin, à moins qu'il ne puisse avoir à ses côtés un aide sûr et expérimenté.

C - Les instruments et tout le matériel nécessaire à l'opération ne serviront que pour cette seule opération. L'instrumentation consiste en un bistouri, une paire de ciseaux, plusieurs aiguilles grandes et petites, un porte-aiguille, quelques pinces à mors ou pinces de Museux, une grande pince à pansement, quelques pincettes et pinces hémostatiques. On se sert souvent aussi du trocart de Spencer Wells (fig. 203) et de la pince de Nélaton (fig. 204), deux appareils assez compliqués, auxquels j'ai renoncé depuis des années comme étant absolument superflus. Après avoir été passés au feu, ces instruments sont plongés immédiatement dans une solution phéniquée à 2 %. (Pour les appareils destinés à la fixation du pédicule et à sa cautérisation, voir Olshausen, Krankh. der Ovarien, 1886, p. 214 et suiv.) Pour étancher le sang et nettoyer la plaie, on se sert soit d'éponges fines du Levant, soit de toile, d'ouate ou ouate de bois bien propres. Les éponges sont préparées et ne servent que pour le cas spécial (bouillies d'abord, elles sont lavées aux acides, rebouillies, passées à l'acide phénique et bouillies une troisième fois). Il en faut une ou deux grandes et plates, six à huit petites. Ces dernières seront fixées sur des tiges pour être maniées plus facilement. Comme tous les instruments à verroux ne sont pas aisés à désinfecter, je fais usage de grandes pinces à mors munies d'une crémaillère comme celles qu'indique Hegar, et qui sont disposées de telle sorte qu'elles s'écartent avec la plus grande facilité. Pour la suture et la ligature, j'ai recours de préférence à la soie et au catgut. Czerny a donné des préceptes spéciaux pour la préparation de la soie et Küster pour celle du catgut. La soie tressée de Turner, que j'emploie pour toutes mes opérations gynécologiques, est enroulée sur des plaques de verre et demeure plongée dans une solution d'acide phénique à 2 % jusqu'au moment où l'on en a besoin.

D — La femme elle-même prend la veille au soir un bain de siège phéniqué. On soumet le vagin à une désinfection des plus énergiques. Une fois la malade endormie sur la table à opération, on lui lave le ventre, d'abord avec du jus de citron, puis avec une

solution de sublimé au 1/2000. Quelquefois je fais raser les poils du pubis.

Les personnes venues pour voir doivent également se soumettre à la désinfection, se baigner et s'habiller à neuf.

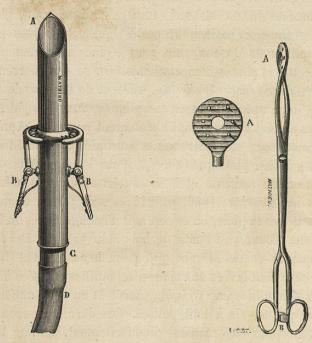


Fig. 203. - Troicart de Spencer Wells.

Fig. 204. - Pince de Nélaton.

La température de la salle d'opération s'élève d'habitude assez pour qu'on soit dispensé de bien chauffer préalablement la pièce. Jadis on ne pratiquait l'opération que dans une salle où le thermomètre marquait 24 ° R.

2 — L'opération doit être exécutée le plus rapidement possible.

A cet effet tout doit être prêt, de façon à ce que les assistants, même expérimentés, aient tout ce qu'il faut sous la main et ne soient pas obligés de chercher.

La *position* donnée à l'opérée est pour beaucoup dans la rapidité de l'opération. Après avoir tâtonné pendant longtemps, la plupart

