vent même devenir grosses, comme je l'ai observé deux fois. L'une de ces malades, mariée, était demeurée stérile depuis plusieurs années à l'époque où je pratiquai l'ablation de l'un des ovaires atteint de dégénérescence kystique. En même temps que cette ablation je fis la ponction d'un follicule hydropique très développé de l'ovaire du côté opposé. Depuis l'opération cette femme a accouché deux fois. Dans le second cas j'avais extirpé l'ovaire gauche altéré par l'ovarite chronique et la trompe hydropique correspondante; en outre j'avais réséqué, du côté droit, un follicule hydropique avec les tissus indurés circonvoisins. Cette dernière malade devint enceinte, mais avorta.

J'ai essayé bien des fois de ne pas toucher aux ovaires qui paraissent peu malades à côté de leur congénère dégénéré, et cela avec l'espoir de réussir à les conserver inoffensifs à l'aide d'un traitement plus ou moins long. Les résultats que m'a fournis cette manière de faire ne sont pas précisément brillants. L'ovaire laissé en place ne tarda pas à dégénérer comme celui qui avait été enlevé, et à produire des accidents analogues, de sorte que pour soulager les malades il fallut recourir à une nouvelle ovariotomie. Par conséquent la conservation de l'une des glandes était demeurée sans aucune utilité pour la femme. Je ne veux pas prétendre par là que je pratique toujours l'extirpation double alors même que l'un des ovaires n'est que peu altéré. Cependant la question de savoir s'il faut laisser en place des ovaires qui présentent déjà des kystes de petit volume ou, somme toute, si l'on doit conserver des organes rattachés à des trompes et situés dans un péritoine malade, me paraît mériter d'être traitée sérieusement. Je penche, quant à moi, pour la négative; car j'ai dû jusqu'à présent dans sept cas recourir à une deuxième laparatomie pour enlever ces organes qui déterminaient des troubles très sérieux.

V — Jadis, on accordait énormément d'importance au nettoyage, à la ***toilette*** de la cavité abdominale avant la fermeture de la plaie opératoire. Je ne tiens guère compte de ce précepte. Dans les trois cents dernières laparatomies que j'ai faites, je n'ai certainement pas évacué le sang, le contenu kystique ou le pus avec autant de soin qu'auparavant; je n'ai pas davantage usé des seaux

entiers d'eau phéniquée pour le lavage de la cavité abdominale. Je n'éloigne absolument que les gros caillots et les grandes mares de liquide; tout le reste est résorbé sans aucune réaction par le péritoine, si l'on a pris les mesures antiseptiques voulues. Il me paraît beaucoup plus important de ***terminer rapidement l'opération que de laver chaque pli du péritoine, cet organe de résorption par excellence.***

Traitement consécutif

Tant que les opérées vomiront ou auront des nausées et des éructations, elles resteront soumises à une diète absolue. Pendant ce temps on administrera la morphine *largâ manu* et on videra la vessie au moyen de la sonde. Dès que les vomissements cessent et que les malaises disparaissent, on donne aux femmes, qui généralement sont en proie à une soif vive, du café, du lait, de l'eau rougie, de la limonade au citron, au besoin des vins généreux, du champagne, le tout par cuillerées à thé. Ce n'est que si l'estomac reste indifférent à cette administration, qu'on les nourrira avec du bouillon, du lait et des potages. Ordinairement les intestins commencent à se contracter du deuxième au quatrième jour; l'expulsion précoce et spontanée de gaz est un indice favorable; si ce symptôme ne s'est pas encore manifesté le troisième jour, on introduira dans le rectum un suppositoire ou simplement une canule rectale. Cette simple application suffit souvent pour déterminer une bruyante évacuation de gaz. Le quatrième jour on enlève la vessie de glace et l'on donne un purgatif, de préférence de l'huile de ricin, soit en capsules, soit dans du café noir. L'huile est absorbée presque toujours; rarement elle est rejetée par le vomissement. Dans ce dernier cas j'administre ou une infusion de follicules de séné ou du sel de Carlsbad, ou avant tout les médicaments qui provoquaient antérieurement des selles régulières chez les opérées en question. Les lavements déterminent fréquemment des vomissements; aussi n'y ai-je recours que rarement. Une fois que l'opérée a eu des garde-robes, on commence à lui donner de la viande, sans ménager les portions; elle mangera

surtout de la volaille et boira du lait, du vin et tout ce qu'elle pourra désirer.

On n'inspectera le ***pansement*** que du huitième au dixième jour ; généralement on enlèvera en même temps la totalité des fils ; les bords de la plaie seront maintenus par des bandelettes de diachylon et recouverts d'une couche d'ouate et d'un bandage de corps. Les femmes demeureront ainsi pendant plusieurs jours ;

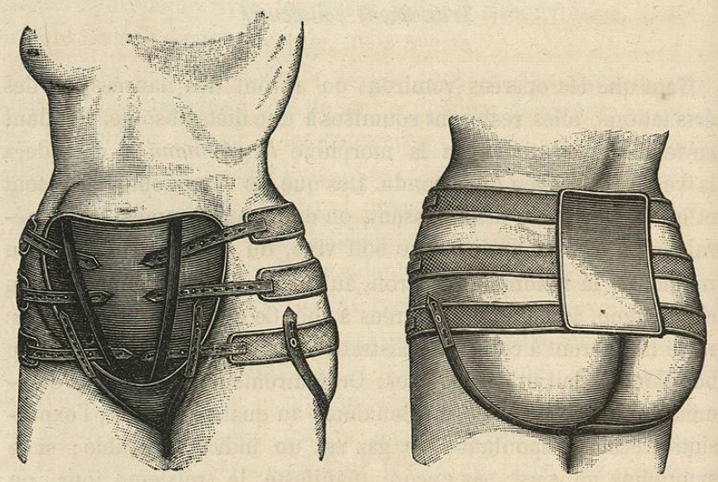

Fig. 209. Fig. 210

Ceinture abdominale, d'après Beely.

Plaque antérieure. Plaque postérieure.

elles commenceront à s'asseoir dans leur lit entre le onzième et le treizième jour ; au bout de ce temps, elles pourront se lever, si leurs forces le leur permettent. Pour maintenir le ventre on leur appliquera un bandage solide du genre de celui que mon confrère *Beely* (1) a construit sur mon désir (fig. 209 et 210).

La plupart du temps, la guérison se fait par première intention ; aussi n'hésité-je pas à donner l'exeat aux malades dès le seizième ou le dix-huitième jour. Les femmes qui, en raison de leur épui-

(1) *Deutsche med. Woch.* 1886, n° 46.

sement antérieur, ont une convalescence plus lente, ou celles qui sont très éloignées de chez elles devront augmenter leur force de résistance par des promenades préalables à pied et en voiture.

Le repos au lit semble accroître, chez les laparatomisées déjà très déprimées par leurs souffrances, la tendance à la production de ***thromboses***. Depuis que j'ai perdu une ovariotomisée le jour où elle quittait pour la première fois le lit et une autre myomotomisée, déjà guérie, le jour de sa première sortie, je tâche de garder les femmes au lit autant que possible jusqu'au treizième ou quatorzième jour.

La marche normale du traitement consécutif est souvent troublée par ***toutes sortes d'accidents*** qu'il faut combattre de la façon la plus appropriée au cas actuel. Il est impossible de donner des préceptes généraux à ce sujet.

Il est, du reste, toute une série de ces accidents contre lesquels aujourd'hui encore la thérapeutique est impuissante. Mes observations personnelles me permettent d'affirmer qu'il en est ainsi pour l'***infection septique***. Quelques efforts que l'on fasse pour lutter contre ce genre d'affection, aucun des moyens connus jusqu'à présent ne peut revendiquer l'honneur de supprimer d'une façon complète et certaine ce pire ennemi de la laparatomie. C'est du reste précisément parce que le péritoine est si sensible aux agents septiques que le seul moyen d'exclure l'infection sera de mettre en œuvre les précautions prophylactiques les plus minutieuses.

La forme la plus fréquente de la ***septicémie***, consécutive à la laparatomie, est la ***péritonite***. C'est ce qui a conduit à chercher à obtenir, par l'évacuation de la cavité abdominale, par conséquent par une sorte de drainage, l'expulsion de l'exsudation péritonique que l'on suppose renfermer le virus septique, ou du moins sa désinfection.

Partant de cette idée, on a proposé le drainage prophylactique dans toutes les formes d'ovariotomie, même normales (*Sims*, l. c.). Je regarde cette proposition comme peu heureuse et je recommande chaleureusement (*Hegar*, *Schroeder*) de ne pas créer, dans les cas simples, des lésions inutiles et des dangers d'infection ultérieure. C'est dans les cas compliqués seuls, là où il faut laisser derrière soi des surfaces de section purulentes ou fortement

sécrétantes, que le drainage prophylactique me semble avoir sa raison d'être, tel que je l'ai décrit ci-dessus. On ne peut malgré tout débarrasser, d'une façon durable, des liquides de sécrétion que la cavité du petit bassin ou plutôt que le voisinage immédiat du tube de drainage ; et cela parce que les organes avoisinants, et surtout les anses intestinales, viennent promptement se placer au-devant de lui.

Quant au ***drainage secondaire,*** mes observations m'ont appris qu'il ne donne aucun résultat certain dans les cas d'infection septique prononcée et de propagation à des segments éloignés du péritoine. On pourra cependant l'employer avec quelque fruit tout à fait au début du développement de la septicémie. Dans les cas qui font le sujet de mes observations, il s'agissait de moignons ou de surfaces débarrassées de leurs adhérences qui, peu de temps après l'opération, fournirent d'abondantes sécrétions ou des extravasations que l'appareil de résorption si puissant, le péritoine, fut incapable, pour des raisons inconnues, de faire disparaître. Ces malades tombèrent dans une dépression profonde, le pouls augmenta rapidement de vitesse sans que la température concordât avec cette fréquence ; toutes se plaignirent de la sensation de plénitude abdominale, quelques-unes même eurent de très bonne heure des vomissements porracés. J'ai vu bien des fois de ces femmes guérir après avoir eu des vomissements ou des évacuations diarrhéiques presque incessants. Mon avis est que, dans ces cas favorables, ces manifestations graves accompagnent la résorption de l'exsudat et son élimination hors de l'organisme. D'autres fois, ces phénomènes de résorption font défaut; dans ces cas, considérant l'insuffisance de la puissance de résorption, je me décide au drainage secondaire. Je laisse la plaie abdominale complètement intacte; car pour moi, du moment que les malades ne sont pas encore devenues la proie d'une infection généralisée, et qu'elles ne sont pas complètement perdues, je tâche avant tout de ne troubler en aucune façon le processus curatif de la plaie du ventre.

Voici comment je procède. La femme une fois endormie, je fends le cul-de-sac vaginal postérieur jusqu'au niveau du péritoine ; à travers la fente, j'introduis une pince à pansement

garnie d'un tube à drainage. L'hémorragie consécutive à l'incision est arrêtée par la ligature médiate. Dans deux de ces opérations il n'y eut aucune évacuation immédiate de liquide ; mais quelques heures après le drain livra passage à des sécrétions très abondantes. La guérison eut lieu sans encombre. Je n'ai pas toujours été aussi heureux, par exemple dans deux cas d'opération de tumeur tubaire. Aussi ne mentionnerai-je ce procédé que comme un pis-aller et conseillerai-je de choisir les occasions.

Lorsqu'on a eu recours au drainage, le drain s'échappe spontanément vers le troisième ou le quatrième jour ; sinon on le retire à ce moment. Les deux premiers jours il n'occasionne aucun malaise; mais vers cette époque il détermine une sensation spéciale de tiraillement dans la région ombilicale; l'apparition de cette sensation devra être le signal de l'enlèvement du tube. Celui-ci obéit à des tractions très légères; quant à la cicatrisation de l'ouverture laissée derrière lui, je ne l'ai jamais vue entravée par quoi que ce soit.

(Voir pour le mode de drainage recommandé par *Hegar*, *Volkmann's Vorträge*, n° 109, *Centralblatt für Gyn.* 1882, n° 7.)

L'infection a-t-elle fait des progrès, le pouls, la température et la respiration ont-ils subi les modifications que leur imprime la septicémie, il n'y a plus de salut possible. Tout ce que j'ai tenté dans ces conditions a toujours misérablement échoué.

Parmi ***les autres complications de la convalescence*** de l'ovariotomie, je mentionnerai encore la ***paralysie intestinale,*** les ***hémorragies consécutives*** et la ***formation d'abcès dans les parois abdominales.***

1 — La ***paresse du mouvement péristaltique*** et le ***tympanisme abdominal consécutif*** causent de grandes souffrances surtout aux femmes qui ont subi la laparatomie. De même les contractions de l'intestin, très violentes parfois, sont extrêmement douloureuses; les malades sont dans une agitation profonde jusqu'à ce qu'il se produise des évacuations de gaz ou de matières fécales par l'anus. Il n'est pas rare de voir, dans ces conditions, le thermomètre accuser une élévation subite de température pour retomber au niveau primitif, aussitôt que