l'intestin est débarrassé. (Consulter Fränkel, Naturforscherver sammlung à Magdebourg, 1884.)

Dans certains cas d'étiologie fort obscure, les contractions péristaltiques ne s'effectuent pas. Je suis très convaincu que le séjour des intestins hors de l'abdomen pendant l'opération n'est pour rien dans ce phénomène. Et je me base, pour l'affirmer, sur les nombreux documents que je possède à ce sujet. Pour moi, la prédisposition à cet état de choses existe surtout chez les femmes dont les parois abdominales ont subi un relâchement anormal à la suite d'accouchements antérieurs ou de la distension exercée sur elles par la tumeur elle-même. Cette subparalysie intestinale plonge rapidement les malades dans la prostration; le pouls augmente de fréquence, la température restant la même; il survient des vomissements bilieux et la mort arrive après une longue agonie. A l'autopsie on ne trouve pas trace de péritonite ou d'infection septique; à peine constate-t-on une réaction suspecte de la plaie. Enfin les essais de culture ne donnent pas le moindre microbe caractéristique.

Dans ces cas j'ai usé de toutes sortes de vomitifs et de purgatifs, avec des résultats variables. Ce sont le massage (associé aux badigeonnages du ventre avec de l'essence de térébenthine) et la faradisation qui se sont montrés les plus efficaces. Lorsque, grâce à ces moyens, les contractions intestinales renaissent, les malades éprouvent un soulagement considérable. Aussitôt la première évacuation réalisée, l'agitation s'évanouit, le pouls tombe, les vomissements cessent et la convalescence suit dès lors son cours sans le moindre accident.

2 — D'après les faits relatés dans la littérature et celui que j'ai observé avec un de mes confrères chez une femme qu'il avait opérée, l'hémorragie consécutive à la chute de la ligature du pédicule amène la mort avec une telle rapidité qu'il est impossible de parler de traitement. Le cas échéant il faudrait rouvrir la plaie abdominale et chercher le moignon. Le résultat d'une telle intervention me semble pour le moins problématique. Il faut bien se garder de confondre ces cas d'hémorragie interne avec ceux d'intoxication phéniquée, dont je n'ai vu, du reste, qu'un seul exemple bien net. Il s'agissait d'une femme à laquelle j'avais

enlevé, par une opération très rapidement menée, les deux ovaires en état de dégénérescence kystique. Dans le courant de l'aprèsmidi cette femme tomba dans le collapsus, le pouls devint imperceptible, la respiration devint suspirieuse, les mains se refroididirent et la température s'éleva. Le tableau de l'anémie aiguë était complet. Je ne pus, malgré tout, me décider à admettre que la ligature du moignon, appliquée avec le plus grand soin, eût cédé, et je résolus d'attendre les événements et d'observer la marche ultérieure des accidents, tout en administrant des analeptiques. Vers le soir il survint de l'agitation. Je fis alors une piqure de morphine qui provoqua le sommeil. Au réveil le pouls avait reparu, la sueur visqueuse de la peau était supprimée; la température redevint uniforme au tronc et aux extrémités et revint à la normale. La malade se remit; mais les urines prirent la coloration caractéristique de l'empoisonnement par l'acide phénique. Quant à la convalescence elle ne présenta rien de particulier. Je cite ce fait pour empêcher qu'on ne se hâte pas trop de rouyrir la plaie abdominale, dans l'hypothèse d'une hémorragie ex-pediculo.

3 — Les abcès des parois abdominales se rencontrent surtout en cas de stéatose prononcée de ces parois, et là où pendant l'opération celles-ci ontété exposées à de forts tiraillements. C'est l'extrémité de la plaie qui empiète sur le mont de Vénus qui s'abcède le plus fréquemment. Vers le quatrième ou le cinquième jour la malade se plaint de légères douleurs au niveau de la plaie, et le sixième ou le septième il survient des exacerbations vespérales de température. Dans ces cas il faut enlever immédiatement le pansement et instituer par la suite un pansement sec, tel que je l'ai déjà décrit. Le pus ne se forme bien souvent que très graduellement. Puis, au bout de plusieurs jours, on observe de violentes douleurs et une élévation insolite de la température; et l'abcès se rompt. Toujours, dans ces cas, j'ai trouvé la plaie péritonéale cicatrisée, et toujours aussi j'ai vu l'abcès n'intéresser que la plaie extérieure, pour peu qu'on eût évité les irritations inutiles.

La dessiccation des abcès, quelque mauvais que soit leur aspect initial, s'accomplit très rapidement sous l'influence du repos, d'une compression légère et uniforme avec des bandelettes de diachylon et d'applications souvent renouvelées d'ouate salicylique. Jadis j'essayais de désinfecter ces abcès et d'en inciter la cicatrisation au moyen du nitrate d'argent, de la liqueur ferrique, de l'acide phénique, etc. J'y ai renoncé complètement depuis que j'ai observé un certain nombre de fois, à la suite de ce traitement, des ulcérations très étendues des parties voisines en apparence parfaitement guéries. Je n'ai plus recours à ces topiques que quand les granulations sont par trop exubérantes. En règle générale les abcès même les plus volumineux, traités de cette façon si simple, ne demandent pour leur dessiccation complète qu'une quinzaine de jours, pendant lesquels la malade continuera à garder le lit. Parmi mes deux cent quatre-vingts ovariotomies, je n'ai vu qu'un seul cas d'abcès un peu important des parois abdominales; c'était chez une femme profondément scrofuleuse. L'opération avait eu pour but l'extirpation d'une tumeur à développement intraligamenteux et à contenu purulent. Pendant les huit premiers jours la marche du processus curatif fut normale; mais à ce moment survinrent dans les parois du ventre des symptômes de suppuration. La suppuration suivit son cours, malgré tous les moyens employés; je fis des contre-ouvertures, je cautérisai les granulations; bains, préparations ferriques, changement d'air, soins excellents et incessants, rien n'y manquait. Et cependant, quatorze mois après l'opération, la malade portait encore dans la plaie abdominale des surfaces granuleuses sécrétantes. Toutefois, dans les derniers temps, l'état général devint bien meilleur et les symptômes locaux s'améliorèrent également.

J'ai observé encore des accidents semblables dans un cas où j'avais pratiqué l'énucléation d'un myôme.

A la fin de la cicatrisation de la plaie abdominale on voit parfois des trajets d'aiguille ou encore de petites granulations de la ligne opératoire qui ne sont pas guéris. Leur cicatrisation s'obtient très facilement à l'aide de cautérisations répétées avec la teinture d'iode. Seulement il faut prendre des précautions afin de ne pas détruire avec le caustique la cicatrice délicate du voisinage.

Dans le cas d'intoxication par l'acide phénique que j'ai rapporté plus haut, je fus frappé du *retard de la cicatrisation* des trajets de suture. Lorsque la malade quitta la clinique, une matrone s'amusa à travailler l'un de ces trajets avec une aiguille à tricoter et créa ainsi un foyer de suppuration qui s'étendit jusqu'à la voûte du vagin. Je dus établir le drainage vaginal de ce foyer et, au bout de quatre semaines, la fistule parut guérie. Le drain fut retiré. Mais trois semaines après il fallut le remettre en place et le laisser encore environ deux mois avant la guérison complète. A la seconde introduction j'observai pendant quelque temps de l'ischurie qui disparut sans aucun traitement.

Au moment de donner leur exeat aux opérées, je ne manque jamais de leur recommander de continuer à porter leur bandage abdominal, décrit plus haut, pendant quelques mois encore, de ne pas se livrer à des travaux trop pénibles, et de se coucher de jour de temps en temps. Il arrive que, malgré toutes les précautions, l'on ne puisse éviter un écartement des bords de la plaie et la production d'une hernie. Dans ce cas, il n'y a qu'à conserver d'une façon permanente un bandage muni d'une pelotte appropriée, car les tentatives d'intervention chirurgicale n'ont donné jusqu'ici, autant que je sache, que des résultats médiocres. Dans les circonstances spéciales où il fallut recourir à une nouvelle laparatomie, j'excisai la cicatrice ancienne qui n'offrait que peu de tendance à la guérison; je sis de même pour une grosse hernie ventrale consécutive à une incision exploratrice faite par un confrère. La plaie guérit par première intention et n'a pas bougé depuis un an.

Les contre-indications de l'ovariotomie sont devenues de moins en moins nombreuses dans le courant de ces dernières années. Cependant, à l'heure qu'il est, il existe encore des limites que nous ne devons pas franchir.

A part les cas de dégénérescence maligne avancée de la tumeur et du péritoine, à part les cas de maladies diathésiques et ceux où les progrès de la cachexie excluent toute intervention et rendent impossible la création de plaies très étendues, il est des circonstances où des adhérences généralisées du néoplasme avec les organes voisins peuvent obliger le praticien à renoncer à l'opération.

Dans ce dernier cas la paroi de la tumeur peut ne plus faire qu'un avec la paroi abdominale, de sorte que la dissociation implique nécessairement une lésion très étendue de la séreuse.

PATHOLOGIE

40

Lorsqu'il existe des adhérences de ce genre, on a conseillé de lier les vaisseaux afférents les plus volumineux de la tumeur (1). Le conseil est bon; mais il faut qu'il soit praticable. Il faudra se contenter bien plus fréquemment de l'évacuation de la tumeur, et l'ovariotomie projetée ne sera plus alors qu'une sorte d'incision exploratrice.

Les incisions exploratrices en elles-mêmes, pourvu que l'on s'entoure de toutes les précautions antiseptiques voulues, sont absolument inoffensives. Le danger, autant que j'ai pu m'en rendre compte, vient plutôt du collapsus qui menace singulièrement la vie des femmes déjà débilitées par l'accroissement et le développement de la tumeur.

Quant à la destruction des parois du néoplasme, on peut généralement l'enrayer. En tous cas, en établissant le drainage vaginal, et, après occlusion de l'abdomen, en veillant aux mesures antiseptiques, on pourra procurer aux malades un soulagement considérable. Malheureusement dans tous les cas de ce genre que j'ai rencontrés, les femmes ont succombé tôt ou tard (après l'évacuation) aux progrès de la cachexie, alors que tout affirmait l'état aseptique de la plaie et de la tumeur.

Je ne crois pas devoir recommander davantage, pour ces cas, la réunion par la suture à la plaie abdominale de la paroi kystique et la mise en communication de la poche avec cette plaie, dans le but de surveiller la suppuration du sac. Il sera préférable de fermer la cavité abdominale et, si l'on craint des accidents du côté de la poche néoplasique, d'établir le drainage par le vagin.

Dans les cas où l'extirpation est impraticable, on ne pourra cependant faire autrement que de soulager la malade en vidant le kyste, soit par une ponction simple ou suivie d'injection iodée, soit par la mise à nu de la cavité, par le drainage et la destruction de la poche par la suppuration. L'un et l'autre de ces procédés ont leurs désavantages : quoique, dans certains cas, dans l'hydropisie des follicules de Graaf par exemple, ou dans les kystes du ligament large, la simple ponction suffise pour amener la guérison ou l'atrophie des kystes, il est le plus

souvent très difficile d'éviter la décomposition du contenu de la poche elle-même et, par conséquent, la mort par collapsus. D'ailleurs, alors même que ces opérations incomplètes sont suivies de guérison, le pronostic n'en reste pas moins très assombri. Ces reliquats kystiques ont une prédisposition incontestestable, après un intervalle plus ou moins long, à proliférer à nouveau et à prendre un caractère malin. Lorsque le fait se produit, on cherche à enlever radicalement ces masses en apparence inopérables; dans d'autres cas cependant les malheureuses femmes, tout en continuant à végéter pendant quelque temps encore, marchent à grands pas vers la mort. Aussi faut-il insister sur l'extirpation la plus complète possible dès la première intervention.

Jadis on reculait devant la laparatomie tant qu'on supposait l'existence de processus phlegmasiques aigus; on avait peur également des inflammations chroniques avec leur cortège de poussées subaiguës. Aujourd'hui l'on n'en tient plus aucun compte. C'est précisément en cas de péritonite aiguë non septique, que la laparatomie coupe aussitôt l'affection; dans la péritonite subaiguë ou chronique également, l'évacuation du foyer morbide amène presque constamment la guérison. Cette opération est même quelquefois la ressource suprême contre ces affections chroniques. En enlevant les organes altérés et en désinfectant le foyer péritonitique, on obtiendra une guérison immédiate et complète. Mes expériences à ce sujet concordent exactement avec celles de Keith, Schræder, Hegar et Olshausen(1). Aussitôt le pus évacué et la cavité abdominale désinfectée, la température tombe et la convalescence suit une marche absolument normale.

6 - La castration

On entend par castration l'extirpation des ovaires sains dans le but de supprimer l'ovulation et la menstruation.

Le mérite de l'introduction de cette opération dans la pratique

⁽¹⁾ HEGAR et KALTENBACH, 3° éd., p. 336,

⁽¹⁾ V. Krankh. der Ovarien. 1886, p. 399.