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

(1) Hegar et Kaltenbach, 3e éd., p. 336.

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 incontestable, 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, Schrœder, 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) V. *Krankh. der Ovarien.* 1886, p. 399.

gynécologique revient à *Hegar* (1) qui, de concert avec ses élèves (2), a mené à bonne fin, grâce à des études approfondies, cette question si importante, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique. Sa première opération coïncide avec la première castration pratiquée par *Battey* (3), *Trenholme* (4) et *Peaslee* (5). *Battey* a obtenu, par l'époque de la publication de son observation, une espèce de priorité littéraire qui s'est trouvée compromise par le manque de notoriété du journal où il a écrit.

Parmi les nombreux auteurs qui traitèrent plus tard la question de la castration, *Lawson Tait* (6) occupe une place à part, tant à cause de l'extension qu'il donne aux indications opératoires que pour l'originalité de son procédé, ses résultats et enfin la théorie qu'il a établie sur la valeur des ovaires à côté des trompes quant à la vie sexuelle de la femme. Dans l'article « Castration » de la deuxième édition de la Real-Encyklopädie d'*Eulenburg*, j'ai insisté pour que l'on ne traitât pas de castrations les extirpations d'ovaires malades qui sont des ovariotomies ou des oophorectomies. En ne regardant comme castrations que les ablations d'ovaires normaux, nous serons plus à même d'apprécier la question à sa juste valeur au point de vue pratique. *Schrœder* partage complètement mon opinion dans la septième édition de son Traité et dans sa conférence faite à la *Naturforscherversammlung* de 1886.

(1) A. Hegar, La castration, in *Volkmann's klin. Vortr. Gyn.*, p. 42, Leipzig, 1878. — Zur Extirp. normal. und nicht zu umfänglicher Geschw. entarteter Eierst. *Wiener med. Woch.* 1878, nº 15, et *Centralbl. f. Gyn.* 1877, nº 17 et 1878, nº 2. — Ueber Castration, *Conférence faite à la section gynécol. de la Naturforschervers.* à Baden-Baden. *Centralbl. f. Gyn.* 1879, nº 22. — *Gynécologie opératoire*, 3e éd. 1886, §§ 55-60. *Ibidem* bibliographie : *Der Zusammenhang der Geschlechtskrankh. mit nervösen Leiden und die Castration bei Neurosen*, 1885.

(2) Stahl, *D. med. Woch.* 1876, nº 50. — Tauffer, *Pester med.-Chir. Presse*, 1878. — Turban et Wiedow, Thèses de Fribourg. — Tauffer, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, IX. — Schmalfuss, *Arch. f. Gyn.* XXVI, 1. — *Gynéc. opér.* 3e éd., p. 346.

(3) Battey, *Atlanta med. and surg. Journ.* Sept. 1872 et 1873. *Amer. Pract.* 1873. *Amer. gyn. society*, 1876 et 1877.

(4) *Amer. Journ. of Obst.* 1876, IX, p. 702.

(5) *Transact. of Americ. Gyn. Soc.* 1876, p. 349.

(6) *Brit med. Journ.* 1879, nº 984, p. 730.

BIBLIOTECA

Lorsque l'on enlève les ovaires :

1 — ***La menstruation se supprime.*** Il survient encore quelquefois, il est vrai, des écoulements sanguins, tantôt immédiatement après l'opération, tantôt à des intervalles plus ou moins espacés, le plus souvent irréguliers. Si les moignons ovariques se cicatrisent d'une façon normale, la menstruation cesse nécessairement en tant que fonction physiologique. D'après mes observations, les hémorragies analogues aux règles se produisirent suivant un type irrégulier et en quantité variable, surtout dans les cas où les cicatrices devinrent une source d'irritation péritonéale et dans ceux où il se développa des affections ou des néoplasmes éloignés (voir le tableau ci-joint). J'ai constaté également des anomalies particulières dans certains cas de myomectomie et de salpingotomie. Mais je ne puis encore poser de conclusions à ce sujet.

2 — L'***utérus s'atrophié*** comme dans une ménopause normale. En même temps les autres segments de l'appareil génital subissent une involution analogue, et les femmes accusent les symptômes subjectifs propres à cette époque : palpitations, sueurs profuses.

3 — Les ***femmes deviennent stériles,*** sans pour cela être inaptes à la cohabitation.

L'***indication générale*** de la castration est établie comme suit par *Hegar* dans la troisième édition de sa Gynécologie opératoire, page 335 : « La castration est indiquée dans les anomalies et les affections qui mettent directement les jours de la femme en danger, qui amènent la mort à bref délai ou qui ont pour conséquence une infirmité permamente et progressive qui empêche tout travail et toute jouissance de la vie. Nous supposons, bien entendu, que les autres procédés, plus doux, ne permettent d'espérer aucun résultat ou ont été employés sans succès, et que l'extirpation des glandes ovariques est seule capable de supprimer la source du mal. »

En adoptant la définition de la castration, telle qu'elle a été posée plus haut, on ne peut plus ranger parmi les indications particulières de *Hegar* celles de l'extirpation de kystes ovariques de petit volume et de l'opération en cas de dégénérescence kysti-

que peu prononcée des follicules et du stroma : elles appartiennent à la série des indications de l'ovariotomie. De même il faut faire rentrer dans les chapitres de la salpingotomie et du traitement de la pelvipéritonite chronique la sixième indication de *Hegar*, la phlegmasie chronique de la trompe, du péritoine et du paramétrium, qu'elle soit primitive et le résultat de processus pathologiques dans les ovaires, ou entretenue au moins par l'acte de l'ovulation.

Une indication de castration généralement reconnue consiste dans l'***absence et les vices de conformation de l'utérus, les atrésies du canal génital avec ovaires à fonctionnement normal,*** enfin ***les états spéciaux de l'utérus et du vagin qui mettent obstacle à l'évacuation du sang menstruel.***

On ne rencontre que rarement des ovaires normaux associés à un appareil génital à développement absolument incomplet. L'absence d'espoir de guérison justifie pleinement la castration dans ces cas (voir les n°s 4 et 6 du tableau). Il en est de même pour les atrésies congénitales ou acquises qui ne sont plus justiciables d'un traitement (voir le n° 3 du tableau). L'ectopie des ovaires, que les Américains regardent comme une indication, ne doit le devenir que lorsqu'elle est irréparable et qu'elle détermine des accidents graves.

Je suis un peu moins large lorsqu'il s'agit d'apprécier la valeur des affections utérines comme indications à la castration. *Trenholme* a enlevé des ovaires dans des cas de myôme, *Battey* dans des cas de dysménorrhée et *Hegar* dans des cas de dysménorrhée et de névralgie ovarique. Cette dernière opération, ayant éliminé des ovaires malades, n'appartient donc pas, d'après notre définition, au chapitre de la castration, mais à celui de l'ovariotomie. Depuis, l'on a pratiqué la castration pour mettre un terme à des hémorragies profuses (*A. Martin* et *Olshausen*), pour remédier à des hyperplasies chroniques avec ou sans anomalies de position, à des versions compliquées de flexion, à de l'endométrite chronique (*Hegar*, *Oper. Gynäk*, 2e éd., p. 348). Moi-même j'ai eu recours à cette opération dans des cas de myôme (n°s 1, 2, 7, 8, 9, 11, 12 du tableau statistique) et d'hémorragies impossibles à maîtriser autrement (n° 5).

Dans les cas de myôme, je ne considère la castration comme justifiée que si le ou les myômes sont petits et si l'amputation supra-vaginale offre des difficultés absolument extraordinaires. Lorsque les tumeurs ont acquis un certain volume, je regarde leur extirpation comme le mode de traitement le plus convenable. Car, d'une part, les myômes ne sont nullement à l'abri de la dégénérescence; ils peuvent d'ailleurs se transformer et involuer d'une façon assez lente pour occasionner longtemps encore des souffrances et des accidents. D'autre part ils ne se développent habituellement qu'après l'âge critique physiologique. Il faut donc admettre *a priori* qu'ils feraient de même après la ménopause artificielle et anticipée. L'une de mes observations semble justifier pleinement cette manière de voir.

Lorsque les affections utérines ne sont pas curables par d'autres moyens thérapeutiques, le traitement le plus rationnel est évidemment l'hystérectomie. Témoin les cas 3 et 5 de ma statistique.

Hegar a posé comme ***troisième indication*** de la castration certaines névroses que *Tauffer* et *Fehling* (1) désignent sous le nom d'***affections nerveuses et mentales graves en connexion avec les fonctions sexuelles***. Au début *Hegar* était contre la castration dans les cas de névrose où il n'existait pas d'altérations anatomiques dans l'appareil génital. Il y a cependant des cas (*Schmalfuss* (2), *Leppmann* (3), *Schrœder* (4), dans lesquels l'extirpation des ovaires sains, dans le but de supprimer la menstruation et l'ovulation, a donné des résultats favorables. Les observations publiées de temps en temps dans les journaux périodiques de gynécologie semblent commander d'attendre, et de laisser les faits eux-mêmes décider de l'opportunité de l'indication qui nous occupe.

Le ***pronostic*** de la castration en tant qu'opération est devenu aujourd'hui, avec le matériel antiseptique dont on dispose, aussi favorable que celui de l'ovariotomie.

Quant à celui des ***effets immédiats de la castration***, il est excel-

(1) *Arch. f. Gyn.* XXII, p. 442.
(2) *Arch. f. Gyn.* XXVI, p. 1.
(3) *Ibidem*, XXVI, p. 57.
(4) *Naturforscherversamml.* Berlin, 1886.

lent. Aussitôt que les deux ovaires sont enlevés, les règles cessent, sinon tout de suite, du moins au bout de peu de temps et la ménopause est créée. Celle-ci s'accompagne parfois de violents accidents ; dans d'autres cas, son établissement est absolument silencieux. En général on peut promettre la suppression des molimina menstruels comme certaine au bout d'un laps de temps équivalent à celui du retour d'âge normal.

Le pronostic est moins bon quant ***au résultat final*** de l'opération. Il ne faut pas se dissimuler que les échecs peuvent être dus à des circonstances très diverses. La cicatrisation du moignon peut suivre une marche dont l'anomalie ne se révèle que tardivement ; les accidents anciens peuvent être remplacés par des manifestations pathologiques nouvelles, telles qu'adhérences avec les intestins, chute des constrictions et des ligatures, irritations péritonitiques chroniques, production de fistules et, chose grave, de hernies ventrales. Dans le ***premier groupe*** d'indications, il n'y aura pas à craindre d'insuccès en rapport avec le mal primitif. Tel n'est pas le cas dans les indications du ***second groupe***. Les hémorragies dues aux affections utérines surtout ne seront influencées que très inégalement par la castration. Je m'en suis aperçu dans un cas où finalement je fus obligé de pratiquer l'hystérectomie vaginale, afin de permettre à la femme de reprendre son travail. J'ai dit plus haut ce que j'avais à dire sur le pronostic de ce dernier groupe d'indications.

Les résultats de la castration dans les névroses, tels que les indique *Schmalfuss*, d'après les documents de *Hegar*, donnent une proportion de huit guérisons sur dix malades atteintes de ce que ce dernier appelle la « Lendenmarkskrankheit (1) ». Sur huit femmes présentant, outre les symptômes de cette dernière affection, des phénomènes nerveux accentués dans d'autres régions (cardialgie, oppression épigastrique, sensation de ballonnement, éructations, vomissements, boule hystérique), six ont guéri ; les deux autres ont éprouvé une grande amélioration. Une troisième catégorie de femmes qui souffraient d'accidents nerveux généralisés et offraient le tableau symptomatique de la névropa-

(1) De Lendenmark, moelle lombaire.

thie la plus complète — douleurs vagues ou aiguës dans toutes les parties du corps, troubles vaso-moteurs, menstruations supplémentaires, accidents laryngés et gastro-intestinaux, convulsions et crises épileptiques — fournit dix guérisons et quatre améliorations sur un total de quatorze malades. Les résultats de la castration dans l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie tendent à devenir plus favorables qu'ils ne le furent dans les cas cités par *Leppmann* (opérées de *Fritsch*) : un insuccès, deux succès partiels, trois cas sur les résultats desquels on ne peut encore se prononcer.

Au début *Hegar* a posé comme ***condition de l'opération*** la perception nette et préalable des ovaires par la main. Lui-même et beaucoup d'autres après lui ont abandonné depuis cette préoccupation. L'opération, surtout en cas de myôme, devrait bien souvent n'être primitivement qu'une incision exploratrice destinée à l'énucléation de la tumeur. En présence de l'impossibilité de pratiquer cette dernière, l'intervention se terminerait par une castration.

Le ***manuel opératoire*** est à peu près identique à celui de l'ovariotomie.

La plupart des chirurgiens ***incisent*** sur la ligne médiane. L'incision latérale (1), recommandée par *Hegar*, ne convient, à mon avis, que dans les cas où l'on sent les ovaires libres à côté des tumeurs développées aux dépens de la cavité abdominale. *L. Tait* fait une ouverture juste suffisante pour l'introduction de deux doigts ; je ne puis pas me décider à l'imiter. Car tout en concédant que plus l'incision sera petite, moins il y aura plus tard de chances de distension de la cicatrice abdominale, je considère cependant le défaut d'espace comme capable d'empêcher de mener l'opération à bonne fin.

Il peut se faire qu'on se heurte à de grandes difficultés dans la ***recherche des ovaires***. J'ai coutume de ne pas traiter par la castration les tumeurs qui obstruent le passage, mais de procéder purement et simplement à leur extirpation immédiate. Quant aux néomembranes péritonitiques qui recouvrent les ovaires, je les

(1) *Gynécologie opératoire*, 3e éd., p. 358.

coupe ou je les déchire avec mes doigts, surtout s'il y a des anses intestinales qui empiètent sur le champ opératoire. Lorsque ce sont ces dernières qui constituent l'obstacle à la recherche des ovaires, je n'hésite pas à recourir à leur extraction et à me procurer ainsi un accès facile vers les organes à enlever. Des centaines d'observations m'ont démontré la complète innocuité de cette méthode. La plupart du temps, si la formation du pédicule s'en trouve facilitée, je saisis ***les trompes en même temps que les ovaires.***

En tout cas j'évite, précisément dans l'ablation de glandes saines, de prendre trop de tissu ***dans une ligature unique.*** Je fais de la base du ligament large deux ou trois segments qui sont soumis chacun à une constriction isolée et solide. Dans l'***extirpation*** elle-même, il faut veiller à ce qu'il ne reste dans la cavité pelvienne aucun vestige de tissu ovarique, si minime qu'il soit.

Le ***traitement extra-péritonéal du pédicule*** est tombé dans l'abandon pour la castration aussi bien que pour l'ovariotomie. Je ne renouvellerai pas ici les considérations qui ont trait au drainage prophylactique dans la castration, et dont j'ai fait mention à propos de l'ovariotomie.

Battey et d'autres chirurgiens américains après lui ont tenté de pratiquer la castration par le vagin. Cette méthode a trouvé peu de partisans en Allemagne. Certes, lorsque les ovaires sont très mobiles et pas trop volumineux, il est relativement facile de les saisir à travers une fente faite au plancher de Douglas, de les attirer à soi et, après ligature du pédicule, d'en opérer l'excision. J'ai enlevé moi-même, à travers une fente du cul-de-sac postérieur du vagin, et après une hystérectomie vaginale, à travers l'ouverture ainsi créée du plancher pelvien, des tumeurs ovariques assez volumineuses, des masses solides de la grosseur d'un œuf de poule, des kystes renfermant du sang et de la sérosité et d'autres encore dont la surface avait contracté des adhérences plus ou moins étendues avec le voisinage. Fort de ces expériences, je puis donner le conseil de ne pas employer ce procédé sans posséder une grande habileté de main, à cause de l'étroitesse de l'accès du petit bassin. Déjà la recherche d'ovaires normaux peut être très malaisée, si l'on est gêné par la procidence d'anses

intestinales. En outre, comme il faut exercer une traction assez forte sur le pédicule, celui-ci peut se rompre facilement; la simple ligature elle-même peut en produire la section. Que sera-ce si, une fois détaché de l'ovaire, il est rentré dans la cavité pelvienne ! Dans ces cas, l'on se voit souvent obligé, pour devenir maître de l'hémorragie, de pratiquer séance tenante la laparatomie. Dans mes propres observations qui sont, du reste, des ovariotomies et non des castrations, puisqu'il s'agissait d'ovaires malades, je suis arrivé au but sans complications notables et j'ai vu mes opérées avoir une convalescence des plus régulière. Mais la laparatomie, bien entendu, donne absolument les mêmes résultats.

Lorsque les manifestations de la ménopause sont quelque peu brutales, le soulagement sera promptement obtenu à l'aide d'un régime approprié, de l'abstention de boissons alcooliques et d'une dérivation énergique sur le tube intestinal. Dans d'autres cas on emploiera avec succès les émissions sanguines locales (scarifications des organes génitaux) ou générales (sangsues, ventouses scarifiées), répétées périodiquement à chaque nouvelle apparition des troubles circulatoires et des congestions.

Le tableau suivant contient la nomenclature des castrations pratiquées par moi. Je n'ai réuni, bien entendu, que les cas où les ovaires enlevés étaient normaux; j'ai laissé de côté également ceux où l'extirpation de glandes ovariques saines fut accompagnée d'autres opérations dans le domaine de l'appareil génital, telles qu'énucléations de myômes d'après mon procédé et salpingotomies.