

Un porcher hongrois, au rapport de Wierus, irrité contre les égarements de sa fille, lui pratiqua l'ovariotomie à la manière dont il la faisait sur les animaux, et elle survécut.

Vers le milieu du dix-huitième siècle, Schlenker (1) signale la possibilité de l'extirpation des ovaires malades. Après lui, en 1731, Willi (2), en 1751, Ulrich Peyer (3), Tozzetti (4), soulèvent la même question, mais ils sont effrayés des dangers d'une opération dont Theden (5) paraît avoir le premier indiqué la méthode, et que Percival Pott (6) a pratiquée en 1770, pour deux ovaires herniés et situés à l'extérieur de l'ouverture tendineuse de chacun des muscles obliques par laquelle ils paraissent avoir passé. La jeune malade guérit et cessa d'être réglée.

Les chirurgiens français ont toujours longtemps l'ovariotomie que Delaporte avait déjà proposée à l'Académie royale de chirurgie en 1753 (7). Il en limitait l'exécution dans les cas où un seul ovaire était malade. Morand (8) soutint cette idée, qui fut vivement combattue par de Haen (9), Morgagni, W. Hunter (10). Van Swieten (11) ne la repousse pas complètement.

Ce fut Laumonier (de Rouen), en 1781 (12), qui le premier, et pour ainsi dire par hasard, fit l'extirpation d'un ovaire dans un cas d'hydro-pisie enkystée de la trompe compliquée d'un ovarite.

En 1786, J. Hunter (13) croit que l'ovariotomie pourrait se faire chez la femme comme chez les animaux.

En 1798, Chambon (14), partisan déclaré de l'ovariotomie, prophétise que cette opération deviendra une ressource précieuse dans les cas de maladies des ovaires.

En 1808, d'Escher (15), d'après Thumin, expose un procédé d'ovariotomie, mais cette opération, quoique pratiquée en Amérique et en Angleterre, eut beaucoup de peine à trouver des imitateurs en France, même plus tard, malgré Chéreau (16) et Jules Worms (17).

- (1) Schlenker, *De singulari ovarii sinistri morbo*. Leyde, 1722 (Haller, *Disp. med.*, t. IV, p. 439, thèse n° 21).
- (2) Willi, *Specimen medicum sistens stupendum abdominis tumorem*. Bâle, 1731, p. 35.
- (3) Peyer, *Acta helvetica*. Bâle, 1751, t. I, app. I.
- (4) Tozzetti, *Prima raccolta di osservazioni mediche*. Florence, 1752.
- (5) Theden, *Nova acta nat. curios.*, t. V, p. 289.
- (6) P. Pott, *Œuvres chirurgicales*, trad. française. Paris, 1777, t. I, p. 492.
- (7) Delaporte, *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, 1753, t. II, p. 455.
- (8) Morand, *Mém. de l'Acad. de chirurgie*, t. II, p. 460.
- (9) De Haen, *Ratio medendi*. Paris, 1761, pars IV, t. II, p. 73.
- (10) Hunter, *Medical observations and inquiries*, t. I, p. 41.
- (11) Van Swieten, *Comm. in H. Boerhaave Aphorismos*. Liège, 1770, t. IV, § 1223.
- (12) Laumonier, in *Histoire de la Société royale de médecine*, 1782, t. V, p. 296.
- (13) J. Hunter, *Œuvres complètes*, trad. Richelot. Paris, 1839, t. I, p. 635.
- (14) Chambon, *Maladies des femmes*. Paris, 1798.
- (15) D'Escher, *Considérations médico-chirurgicales sur l'hydro-pisie enkystée des ovaires*, thèse, Montpellier, 1808.
- (16) Chéreau, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, juin 1844, p. 228; *Esquisse historique sur l'ovariotomie* (Union médicale, 1847).
- (17) Worms, *De l'extirpation des kystes de l'ovaire*. Paris, 1860.

Lors de la discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine en 1856 (1), cette opération trouva parmi les membres les plus illustres de cette assemblée une opposition absolue (Velpeau, Moreau, Cruveilhier).

Mac Dowel (du Kentucky), en 1809, pratiqua le premier l'ovariotomie chez une femme qui vivait encore vingt-cinq ans après l'opération. Treize opérations faites par le même chirurgien (2) furent huit fois suivies de succès. Séduits par l'exemple, d'autres chirurgiens tentèrent la même voie. Depuis 1822, Mathan Smith (3) (du Connecticut), G. Smith (4), Atlee (5), Peaslee, Dunlap, sont les chirurgiens américains qui pratiquèrent l'ovariotomie le plus souvent et avec le plus de succès.

En 1823, Lizars (6), professeur à Édimbourg, essaya d'introduire l'ovariotomie en Angleterre, mais ses résultats furent malheureux. Vers le même temps, Granville (7) fit deux tentatives qui n'eurent pas plus de succès.

En 1835, Jeafferson (de Framlingham) (8) pratiqua avec succès l'extirpation d'un kyste volumineux.

Ce ne fut qu'à partir de 1840 que C. Clay (9), Bird (10), Walne, Lane, eurent des résultats remarquables. Depuis cette époque, MM. Baker Brown, Sp. Wells, J. Smith, Humphray, Fergusson, Keith, Hutchinson, ont fini par faire adopter l'ovariotomie et la faire compter au nombre des opérations légitimes. C'est surtout en 1858, au moment où l'Académie de médecine proscrivait en France l'ovariotomie comme une opération meurtrière et barbare, qu'elle est devenue populaire chez nos voisins d'outre-Manche; et à mesure que les procédés s'y sont perfectionnés, on a obtenu des résultats meilleurs.

Pratiquée en 1819, en Allemagne, par Chrysmar, d'Isny (Wurtemberg) (11), l'ovariotomie a subi des chances diverses et a fini par tomber en un discrédit complet.

- (1) *Bulletins de l'Académie de médecine*, 25 novembre 1856, t. XXII, p. 200.
- (2) Mac Dowel, *Electric repertory*, t. VII, p. 242, et t. IX, p. 546.
- (3) N. Smith, *Case of ovarian Dropsy successfully removed by a surgical operation* (*Edinb. med. and surg. Journ.*, octobre 1822); *The American med. recorder*. Philadelphie, t. V, 1822, n° 17; *Med. and surg. Memoirs*, p. 231; *Arch. gén. de méd.*, 1827, t. XIV, p. 588; *Journal des progrès*, t. V, p. 273.
- (4) G. Smith, *North American med. and surg. Journal*, janvier 1836.
- (5) Atlee, *American Journ. of med. sciences*, avril 1845; *Gazette médicale de Paris*, 1845, t. XIII, p. 24.
- (6) Lizars, *Observ. on extraction of diseased ovaries*. Edinburgh, 1825, in-folio; extrait in *Archiv. gén. de méd.*, t. VIII, p. 437; *Bull. de Férussac*, t. IV, p. 144. — R. Lee, *Med. chir. and surg. Transact.*, t. XXXIV, p. 10.
- (7) Granville, *Journal des progrès*, t. I, p. 274.
- (8) Jeafferson, *British Annals of Medicine*, t. II, p. 140; *Arch. gén. de méd.*, 1846, t. X, p. 16; *Expérience*, 1838, t. I, p. 413.
- (9) C. Clay, *Case of the perit. section for the extirpation of diseased ovaries*. London, 1842.
- (10) Bird, *The Lancet*, 1860, t. II, p. 592.
- (11) Chrysmar, *Journ. der chir. und Augenheilkunde* de Hopfer, V. Graefe, Walther, t. XII, p. 62 et seq.; *Bulletin de Férussac*, t. XVIII, p. 86.

Langenbeck, Knorre, Kiwisch, Heyfelder, Siebold, Scanzoni étaient momentanément parvenus à réhabiliter l'extirpation des ovaires; mais, depuis 1856, les chirurgiens allemands paraissent y avoir renoncé.

En 1844, l'ovariotomie a reparu en France, pratiquée par un médecin de campagne, le docteur Woyekowski (1), de Quingey (Doubs).

La même année, Rigaud (2) (de Strasbourg) tentait l'opération, la laissait inachevée et perdait sa malade. En 1847, Vaulleuard (3), de Condé-sur-Noireau (Calvados), en pratiquait une avec un plein succès; mais les tentatives malheureuses de Nélaton, Bach (4), Maisonneuve (5), Hergott et Michel (6), Boinet (7), Jobert (de Lamballe) (8), Adolphe Richard (9), Demarquay (10) et Sédillot (11), ont de nouveau en France jeté le discrédit sur l'ovariotomie jusqu'à ce que M. Kœberlé soit venu la justifier et en faire une opération qui, dans des conditions données, doit être tentée plutôt que d'abandonner les malheureuses patientes à une mort certaine dans un délai plus ou moins long.

Baker Brown, en Angleterre, a rendu le même service que M. Kœberlé en France, et a ramené à ses idées les plus ardents antagonistes de l'ovariotomie. En France, aujourd'hui, l'ovariotomie, pratiquée avec succès par la plupart des chirurgiens, donne des résultats qui ne le cèdent en rien à ceux de l'étranger.

2° *Statistique.* — Depuis le moment où l'ovariotomie a été pratiquée pour la première fois, comme on le voit, elle a subi des phases bien diverses: tour à tour rejetée avec horreur ou admise avec enthousiasme, elle a fini par trouver sa place au nombre des opérations chirurgicales les plus utiles.

Dans les premiers temps, il faut attribuer la majorité des succès à des erreurs de diagnostic, à l'imperfection des procédés opératoires; aussi doit-on surtout ne prendre, pour juger sainement la question, que le résultat des opérations pratiquées dans ces dernières années.

Dans le tableau dressé par Chéreau (juin 1844) on ne trouve sur 68 cas d'ovariotomie que 28 guérisons; cette proportion, qui déjà semblait plus favorable qu'on ne l'aurait supposé à l'extirpation des ovaires, est

(1) Woyekowski, *Revue méd.-chirurg.* Paris, juin 1847, t. I, p. 359.

(2) Rigaud, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1852, p. 422.

(3) Vaulleuard, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1848, p. 224; *Gazette des hôpitaux*, 1848, t. X, p. 92.

(4) Bach, *Gazette méd. de Strasbourg*, 1852, p. 424.

(5) Maisonneuve, *Des opérations applicables aux maladies des ovaires*, thèse. Paris, 1850, et *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, t. I, 1851.

(6) Hergott et Michel, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1859, p. 31.

(7) Boinet, *Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 787.

(8) Jobert (de Lamballe), *Bulletin de l'Académie de médecine*, 18 novembre 1856, t. XII, p. 142.

(9) Richard, *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 105.

(10) Demarquay, *Gazette médicale de Paris*, 1862, p. 529.

(11) Sédillot, in Pingaud, *Des indications et contre-indications de l'ovariotomie*. Strasbourg, 1863.

cependant aujourd'hui notablement dépassée, puisque d'après Kœberlé la statistique générale établit qu'une opérée sur deux guérit presque partout. En 1845, Atlee a publié une statistique d'après laquelle on constate 37,62 succès sur 100 opérations. Depuis ce moment, dit le même auteur, la mortalité a diminué d'environ 40 pour 100.

S. Lee (1), jusqu'en 1846, a donné le résumé de 114 opérations sur lesquelles 74 ont été suivies de succès, c'est-à-dire 1 sur 3.

En 1854, P. J. Buckner (2) a fait un rapport à la Société de l'État de l'Ohio contenant tous les cas opérés dans l'État. Il y avait 11 opérations, dont 5 furent suivies de mort.

Depuis 1854 dans l'Ohio, il s'est pratiqué 13 nouvelles ovariotomies; 5 furent suivies de guérison, ce qui en définitive donne pour l'Ohio 11 succès sur 24 opérations (3).

Depuis cette époque, l'ovariotomie a été nombre de fois pratiquée. J. Clay (4) a donné le résumé d'un grand nombre de cas, et il montre que sur 395 opérations terminées, 212 ont été suivies de guérison. On voit déjà dans ces chiffres des résultats encourageants et qui justifient pleinement une opération aussi grave. Mais, à mesure qu'on avance, les résultats s'améliorent encore, et, pour ne prendre que ceux obtenus par les ovariotomistes en renom, nous voyons que :

Clay (de Manchester), jusqu'en 1871, avait pratiqué l'ovariotomie simple ou double 250 fois, 182 de ses opérées ont guéri. A la même époque, M. Courty (5) compte, sur 42 cas, 22 guérisons et 20 morts.

Tyler Smith, jusqu'en 1864, sur 21 opérations, a obtenu 16 succès.

Baker Brown, jusqu'en 1867, a pratiqué 111 opérations, et 76 fois a conservé la vie à ses malades.

Bird, jusqu'en 1860, a réussi 8 fois sur 12 pour des extirpations complètes de tumeurs ovariennes.

Keith, en 1863, sur 9 ovariotomies, ne compte que 3 revers.

Spencer Wells a publié en 1865 un volume (6) qui constitue un des documents les plus importants en faveur de l'ovariotomie. Chaque cas y est rapporté avec tous les détails désirables; l'opération y est décrite avec le plus grand soin, ainsi que les suites de l'opération. La description et l'étude histologique de chaque tumeur y sont minutieusement rapportées. Les raisons qui ont décidé l'opération, le milieu où elle s'est faite, tout y est indiqué scrupuleusement. Enfin le nombre des opérations est imposant: 114 ovariotomies ont été faites dans l'espace de près de sept ans, depuis le 19 février 1858 jusqu'au 30 novembre 1864, et à celles-là il faut ajouter un cas unique dans lequel l'o-

(1) S. Lee, *On tumors of the uterus*, p. 210, et *Append.*, p. 264.

(2) Buckner, *Med. Times and Gazette*, 14 mai 1859.

(3) *Lancet*, 5 février 1859, p. 142.

(4) Clay, *Chapters on diseases of the ovaries*. London, 1860.

(5) Courty, *Excursion chirurgicale en Angleterre*. Paris, 1864, p. 35.

(6) Spencer Wells, *Diseases of ovaries*. London, 1865.

variétomie a été faite deux fois sur la même patiente qui a succombé sept jours après la deuxième opération.

Sur les 114 observations d'extirpation de l'ovaire complet, 76 malades ont guéri, 38 sont mortes. Des 76 qui ont guéri, 4 ont succombé depuis l'opération, deux ans plus tard, à la suite d'une hémiplegie, 3 d'un cancer abdominal, dix mois, quatre mois, six semaines après. 72 opérées se portent bien, sauf une, chez qui on a lieu de supposer l'existence d'une affection de l'ovaire opposé; 5 ont eu des enfants.

Dix fois seulement (ces faits n'entrent pas dans les 114 précédents), l'opération n'a pu être complétée, et une fois la tumeur n'a pu être enlevée en totalité. L'éminent chirurgien a publié en 1872 une seconde édition de cet important traité (1). Le nombre des ovariétomies pratiquées par lui était alors de 500, en y comprenant les 114 qui viennent d'être mentionnées. Sur ce total, il n'y a eu que 127 décès, et, comme l'auteur le fait remarquer, la moyenne de la mortalité tend à s'abaisser tous les jours.

En Allemagne M. Carl Schröder (2), du 25 mai 1876 au 24 février 1878, a pratiqué 50 ovariétomies. Dans 3 cas il existait une dégénérescence cancéreuse qui occasionna la mort peu de temps après l'opération. Sur les 47 cas qui restent il y eut 40 guérisons et 7 morts, ce qui constitue une mortalité de 14,9 pour 100.

M. Kœberlé, jusqu'au mois de mars 1878, a pratiqué 293 ovariétomies avec 218 guérisons et 75 morts, ce qui fournit une mortalité de 25 pour 100.

M. Péan, sur 154 ovariétomies publiées en 1876, a eu 108 cas de guérison et 46 morts, soit 30 pour 100 de décès.

Depuis plusieurs années l'ovariétomie a été pratiquée dans les hôpitaux de Paris par la plupart des chirurgiens et les succès qu'elle a fournis ne sont nullement inférieurs à ceux qui sont annoncés par les chirurgiens de l'étranger. Parmi les chirurgiens de Paris qui ont pratiqué le plus souvent l'opération nous devons citer MM. Péan, Léon Labbé, Gillette (3), Polaillon, Duplay, Pozzi, Terrier, etc.

Si l'on admet que tous les insuccès n'ont pas été connus, les résultats resteront encore, relativement à ceux que donnent toutes les autres grandes opérations qui se font tous les jours, assez beaux pour qu'on n'hésite pas à pratiquer l'ovariétomie. La femme atteinte d'un kyste de l'ovaire, surtout dans les cas où la tumeur n'est pas de celles qui sont justiciables de la ponction et des injections iodées, est destinée à traîner pendant un temps variable, mais généralement assez court, une vie misérable : elle est frappée mortellement. L'extirpation

(1) Spencer Wels, *On diseases of ovaries*. London, 1872.

(2) Carl Schröder, *Berliner klinisch Wochenschrift*, 18 mars 1878.

(3) Gillette, *Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris. Répertoire de thérapeutique chirurgicale*. Paris, 1878, p. 731.

peut la rendre à la santé, à la vie commune, si elle est faite dans des conditions favorables. Elle doit donc être tentée : elle constitue un véritable progrès, une conquête de l'art chirurgical. Il s'agit maintenant de déterminer dans quels cas il faut opérer, quelles sont les conditions qui favorisent les succès, enfin quelles sont les règles qu'il faudra suivre dans l'opération et les soins que nécessitent les suites de l'opération.

3° *Indications. — Contre-indications.* — Laissons de côté les exagérations de certains chirurgiens qui veulent que l'ovariétomie soit pratiquée dès qu'ils ont constaté la présence d'un kyste de l'ovaire, et de ceux qui n'entendent faire de l'extirpation des ovaires qu'une ressource extrême dans les cas où tous les autres moyens chirurgicaux et médicaux ont échoué. Kœberlé a formulé avec le plus grand soin et la plus grande netteté les indications de l'opération. Nous ne pouvons donc faire mieux que de le citer textuellement (1) :

- 1° La malade doit jouir d'une bonne constitution ;
- 2° L'état général doit être satisfaisant ;
- 3° L'affaiblissement ne doit pas être trop considérable ;
- 4° L'extirpation de la tumeur ovarique est indiquée lorsque la maladie suit une marche progressive et que la vie de la malade est sérieusement menacée ;
- 5° Le moment d'opportunité pour l'opération est celui où la tumeur est arrivée à un volume moyen, où une ponction capillaire va bientôt devenir nécessaire par suite du trouble que le volume de la tumeur menace d'apporter ou occasionne déjà aux fonctions de l'économie. Néanmoins des tumeurs de 20, 40, 50 kilogrammes peuvent être dans de bonnes conditions de succès. Lorsqu'un kyste a dû être ponctionné, le moment le plus opportun pour l'opération est celui où la tumeur a acquis environ les deux tiers de son volume primitif ;
- 6° Toutes les tumeurs des ovaires, pourvu qu'elles ne soient pas de nature cancéreuse, sont susceptibles d'être extirpées ;
- 7° L'ovariétomie doit être entreprise autant que possible dans l'intervalle des époques menstruelles, soit quelques jours avant, soit quelques jours seulement après les règles ; au reste, l'apparition même immédiate des règles ne paraît pas avoir d'influence marquée sur ses suites. Toutefois la congestion des organes pelviens pendant l'époque cataméniale dispose à des hémorragies plus graves, lorsqu'il existe des adhérences pelviennes ;
- 8° L'ovariétomie peut être tentée avec succès quand même les deux ovaires doivent être extirpés simultanément. Cependant l'opération est ordinairement plus grave et présente alors plus de difficultés d'exécution.

(1) Kœberlé, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chir. pratiques*, article OVAIÉTOMIE.

Freund (de Breslau) (1) a admis que certains phénomènes inflammatoires à marche aiguë, tels que péritonite locale ou générale, l'inflammation des parois du kyste avec sécrétion purulente, sont une indication de pratiquer l'ovariotomie le plus tôt possible.

Les chirurgiens anglais ont démontré, d'après lui, que dans ces cas non seulement l'ovariotomie était indiquée, mais que l'indication en était pressante, précisément à cause des dangers que courait l'état général des malades.

Les *contre-indications* de l'ovariotomie résultent, d'après M. Kœberlé, de l'état général de la malade, des circonstances locales de l'organe dégénéré, de l'âge, des circonstances particulières.

1° D'une manière générale toute affection concomitante mortelle dans un temps rapproché, et tout état pouvant avoir une influence défavorable sur la marche de la guérison, sont contraires à l'opération. Les affections qui contre-indiquent d'une manière absolue l'ovariotomie sont : les affections cancéreuses tuberculaires, syphilitiques, les affections graves du cœur, du système nerveux, du foie, des reins, de la rate, des poumons, etc. ; les lésions graves de la matrice, de la vessie, du tube digestif ; l'ascite consécutive à une maladie du foie, du cœur, des reins, à une péritonite chronique, à un engorgement des glandes lymphatiques abdominales, etc. ; le défaut de plasticité du sang (hémophilie) ; l'état scorbutique, la bronchite, le catarrhe pulmonaire, la dyspepsie consécutive à une affection gastrique, hépatique. L'opération est très hasardeuse lorsque l'anémie, la faiblesse, la maigreur, sont excessives et que le cas est très compliqué d'adhérences ; lorsque la fièvre hectique résulte de complications graves de la tumeur, etc. On doit tenir grand compte de l'état général au delà de l'âge moyen, et surtout lorsque l'âge de la malade est avancé.

C. Clay, Wells ont cru remarquer que les malades qui ont déjà subi un commencement de dépérissement guérissaient plus facilement, mais, toutes choses égales d'ailleurs, les malades d'une forte constitution, dont la santé est bonne et qui ne sont pas arrivées à un degré d'amaigrissement extrême offrent plus de résistance vitale et supportent mieux les suites d'opérations graves ; un commencement d'anémie et d'affaiblissement, la maigreur très prononcée, ne sont pas incompatibles avec le succès, si du reste la santé a toujours été bonne antérieurement et s'il n'existe aucune autre contre-indication grave. L'anémie, une infiltration séreuse des extrémités, l'état scorbutique du sang, le lymphatisme, la tendance à l'obésité sont des circonstances qui tendent à compromettre le résultat des opérations les mieux conduites. Chez les malades amaigries, l'opération présente, en général, moins de difficultés d'exécution ; la réunion est plus facile, le pédi-

(1) Freund, *Beitrag zur Indication der Ovariectomie* (*Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie*, t. II, fasc. 1, 1872).

cule peut être plus aisément attiré au dehors, lorsqu'on emploie un clamp que dans les cas où il n'offre qu'une longueur moyenne, et les opérées sont plus faciles à manier.

2° Les kystes ou les tumeurs ovariennes qui ne donnent pas lieu à un trouble fonctionnel, qui ne s'accroissent point, ou qui ne s'accroissent que très lentement, ne doivent pas être opérés ; l'opération doit être réservée jusqu'au moment où ils tendent à occasionner des accidents, ou bien jusqu'au moment où elle devient opportune. Les tumeurs d'un petit volume donnent des résultats moins favorables que celles d'un volume moyen, surtout chez les vierges, ou chez les femmes dont les parois abdominales ne sont pas suffisamment lâches ou distendues.

3° L'opération doit être rejetée ou différée, si l'on soupçonne que la tumeur est de nature cancéreuse. Les dégénérescences cancéreuses des ovaires (cysto-carcinome, cysto-épithéliome) s'observent surtout à l'époque de la ménopause, vers quarante à cinquante ans ; le sarcome et le cysto-sarcome peuvent quelquefois prendre un développement énorme sans devenir cancéreux. Les tumeurs qui ont subi la dégénérescence cancéreuse, laquelle ne se traduit parfois par aucun symptôme bien appréciable, ont ordinairement contracté des adhérences étendues, ou sont fusionnées avec les organes voisins, elles peuvent être inextirpables. Les malades peuvent se rétablir de l'opération ; mais elles ne tardent pas à succomber aux suites de la récurrence de l'affection cancéreuse dans le péritoine, les intestins, la matrice, la vessie, etc.

4° L'ovariotomie est encore contre-indiquée d'une manière absolue lorsque le kyste a suppuré et qu'il existe une perforation de la vessie ou de l'intestin.

5° Les adhérences, quelque étendues qu'elles soient, ne contre-indiquent l'opération que dans les cas où elles sont anciennes, et partant très vasculaires, alors que l'état général de la malade est très gravement compromis. Les adhérences, même générales, ne sont pas contraires à l'extirpation lorsqu'elles sont récentes et si les malades sont peu affaiblies.

6° Les traitements antérieurs par des ponctions, par des injections iodées, par une canule à demeure, etc., sont en général préjudiciables en vue d'une ovariectomie. Ils donnent ordinairement lieu à des complications, soit en aggravant l'état général de la malade, soit en produisant des adhérences qui rendent l'extirpation plus ou moins laborieuse et hasardeuse ; cependant lorsqu'ils n'ont pas été suivis de péritonite ou de circonstances graves, ils n'influent pas sur le succès des opérations ; même une ovariectomie antérieure ne contre-indique pas une seconde opération en cas de récurrence.

7° L'ascite, en général, aggrave le pronostic, mais elle ne contre-

indique pas l'extirpation de la tumeur, lorsqu'elle est uniquement le résultat de la transsudation ou de l'exhalation séreuse qui s'opère à la surface de la tumeur, ou d'une lymphorrhagie des vaisseaux déchirés du kyste, et même lorsqu'elle dépend d'une péritonite chronique localisée; il en est de même lorsque l'ascite dépend d'une rupture intrapéritonéale d'un kyste, ou d'une ouverture permanente d'un kyste dans la cavité péritonéale, et lorsqu'elle est périodique sous l'influence de la congestion cataméniale.

8° La docilité de la malade doit être prise en considération. Les malades indociles compromettent parfois le succès de l'opération, lorsqu'on ne peut obtenir d'elles pendant les premiers jours l'immobilité nécessaire à la cicatrisation, ou lorsqu'elles n'obéissent pas aux prescriptions.

9° Lorsque l'affection est ancienne et que la malade a éprouvé de longues souffrances, a été sujette à des péritonites, à des douleurs locales, les adhérences sont presque toujours très étendues et graves. On doit s'attendre à une opération de longue durée, compliquée, hasardeuse.

10° Lorsque le col de la matrice est élevé, ou bien refoulé contre le pubis, surtout lorsque la tumeur remplit en même temps l'excavation pelvienne, il existe le plus souvent des adhérences intimes, dans le cul-de-sac recto-vaginal et avec la matrice, qui rendent l'extirpation très laborieuse, même impraticable, au point de vue d'un grand nombre de chirurgiens.

11° Le volume trop considérable d'une tumeur ovarique, même d'un kyste uniloculaire sans adhérences, donne ordinairement lieu à des complications pendant ou après l'opération. Les tumeurs très volumineuses ont fréquemment contracté des adhérences graves à la paroi abdominale, à l'intestin, au foie, etc., elles sont ordinairement compliquées d'œdème. L'œdème des parois abdominales, pour peu qu'il soit prononcé, contre-indique l'ovariotomie. Il s'oppose à la réunion et dispose à la péritonite. Il importe dans ces circonstances de faire une ponction préalable de la tumeur afin d'obtenir la résolution de l'œdème. Il en est de même lorsque les côtes sont très écartées, lorsque les intestins sont trop vides de gaz, lorsque la circulation des veines abdominales est trop gênée.

Il est dangereux d'opérer des tumeurs d'un trop petit volume lorsque le ventre n'a pas subi antérieurement du fait de la tumeur une distension suffisante. On est exposé alors à l'issue des intestins pendant l'opération et à la désunion consécutive de la plaie.

12° Il faut différer l'opération lorsqu'il existe des maladies régnantes qui peuvent avoir une influence défavorable, telles que les épidémies de grippe, de fièvre puerpérale, à moins de redoubler de précautions lors de l'opération.

13° Dans le cas où le diagnostic de la tumeur est douteux il faut supposer le cas le plus défavorable, et ne procéder à l'opération qu'autant que l'on pense qu'elle est praticable, dans cette hypothèse; au pis aller on peut avoir recours à une incision exploratrice.

14° Dans les cas de grossesse, dans le cas où le diagnostic de la grossesse est douteux, il faut s'abstenir d'opérer à moins de circonstances exceptionnelles.

Cependant diverses indications peuvent résulter de l'état de grossesse. M. Kœberlé les résume de la façon suivante :

Suivant les circonstances on aura recours à la ponction, à l'avortement provoqué, à l'ovariotomie ou à l'opération césarienne. Les résultats remarquables que Wells a obtenus de l'ovariotomie pendant la grossesse doivent engager à tenter de préférence l'ovariotomie lorsque les kystes sont multiloculaires et qu'on ne peut pas avoir recours à la ponction, ou bien que cette opération n'est pas susceptible d'être rejetée sans danger jusqu'à la fin de la gestation. La ponction n'entrave pas le cours de la grossesse lorsque d'ailleurs elle n'est pas accompagnée d'accidents qui peuvent en compromettre le cours, ce sont surtout les kystes séreux des ligaments larges et les kystes ovariques de petit volume, les kystes dermoïdes qui peuvent, lorsqu'ils sont adhérents ou enclavés dans le bassin, devenir cause de dystocie, et mettre en danger les jours de la mère et de l'enfant. Quand la tumeur est adhérente, enclavée dès le début de la grossesse, on devra provoquer l'avortement si la grossesse n'est pas trop avancée (pendant les deux ou trois premiers mois). Si la tumeur est mobile, libre d'adhérences, on devra chercher à la repousser, à la déplacer au-dessus du détroit supérieur; si elle est susceptible d'être réduite de volume, on devra la ponctionner quelques jours avant l'accouchement afin de laisser à la piqûre du kyste le temps de se cicatriser. Edmonds a eu recours récemment à l'opération césarienne dans un cas de kyste dermoïde et a eu le bonheur de sauver ainsi la mère et l'enfant. Dans un cas analogue, Baudeloque avait pris d'abord le kyste dermoïde pour une exostose syphilitique du sacrum, mais il reconnut ensuite que la tumeur était mobile et il fit la version. Le kyste se rompit dans l'abdomen pendant les efforts de traction et la malade succomba.

Lorsque le kyste a un volume considérable, la rupture peut arriver dès les premières semaines, ou dans les premiers mois de la gestation, et elle amène parfois la mort. Lorsque la rupture a déterminé seulement des accidents graves, il faut avoir recours à l'ovariotomie.

M. Spencer Wells a ainsi pratiqué quatre fois l'ovariotomie chez des femmes enceintes; ses quatre opérées ont guéri (1).

A côté de ces faits encourageants, nous devons placer une observation

(1) *Med. Tim. and. Gaz.*, et *Revue de thérap. méd.-chir.*, 15 juillet 1872.

publiée par M. Gillette, dans laquelle la malade opérée par M. E. Cruveilhier, dans le cours d'une grossesse arrivée à deux mois, fit une fausse couche deux jours après, et succomba quelques jours plus tard (1).

Quant à la menstruation, elle ne paraît pas être non plus un obstacle à l'opération. Knight (de Baltimore) a publié l'observation d'une malade qui fut opérée en pleine menstruation et qui guérit parfaitement. Elle eut un suintement sanguin par la cicatrice aux trois premières époques menstruelles qui suivirent l'opération (2).

Les traitements antérieurs, lorsqu'ils n'ont pas été suivis de péritonite, n'ont pas une influence fâcheuse sur le résultat des opérations.

4° *Pronostic.* — Le pronostic est très grave, surtout après la première moitié de la vie et en dehors de toutes les causes d'erreur de diagnostic.

La malade peut mourir pendant ou après l'opération à la suite de troubles nerveux profonds, d'hémorrhagie, d'épuisement, de péritonite soit immédiate, soit consécutive.

Le pronostic est moins grave lorsque l'état général est bon, lorsque la tumeur est moyenne, uniloculaire, sans adhérence au foie, à la rate, aux intestins, au cul-de-sac péritonéal postérieur et à l'utérus.

5° *Procédé opératoire, soins préliminaires.* — Nous ne discuterons pas ici la question de savoir s'il vaut mieux opérer par la grande ou la petite incision, comme le faisaient les premiers opérateurs; la pratique des Clay, Baker Brown, Sp. Wells et Kœberlé a prononcé.

L'incision doit être étendue, car dans ces conditions elle donne plus de facilité au chirurgien et plus de sécurité à la malade.

L'opération une fois décidée, le lieu où elle se fera une fois choisi, on procédera de la façon suivante :

La chambre sera suffisamment aérée, la température en sera maintenue à 70 degrés de Fahrenheit (20 degrés centigrades environ) (Sp. Wells).

Un ou deux jours avant l'opération, il convient de faire prendre un léger purgatif. M. Kœberlé a l'habitude de faire prendre la veille de l'opération 3 grammes de sous-nitrate de bismuth en 6 paquets dans le but de décomposer les gaz ou les liquides hydrosulfurés contenus dans le tube digestif.

La patiente couverte d'une longue robe de flanelle, et les jambes entourées d'une épaisse couche de ouate, sera placée dans le décubitus dorsal, sur un lit un peu ferme, étroit, et exposé à une bonne lumière. Le lit dont on se sert à Paris et qui a été construit par M. Mariaud sur les indications de M. Péan présente des avantages sur lesquels nous ne saurions trop insister. Il permet de porter aisément la malade dans son lit à l'aide de la plate-forme qui en forme la partie essentielle. Lorsque l'opération est terminée et que la malade a été dépo-

(1) Gillette, *Union méd.*, octobre 1872, n. 127, p. 646.

(2) Knight, *Americ. Journ. of the med. sciences*, octobre 1872, p. 436.

sée dans son lit, les deux parties qui constituent la plate-forme sont écartées l'une de l'autre à l'aide de la tige A, et la patiente tombe, sans secousse, dans le lit où elle vient d'être déposée (fig. 242).

L'anesthésie sera aussi complète que possible et sera continuée pendant toute la durée de l'opération. L'agent anesthésique employé est le chloroforme; s'il survient des nausées et des vomissements, comme cela arrive souvent, l'expérience a démontré qu'il suffisait de forcer la dose d'anesthésique pour les faire cesser aussitôt. M. Spencer

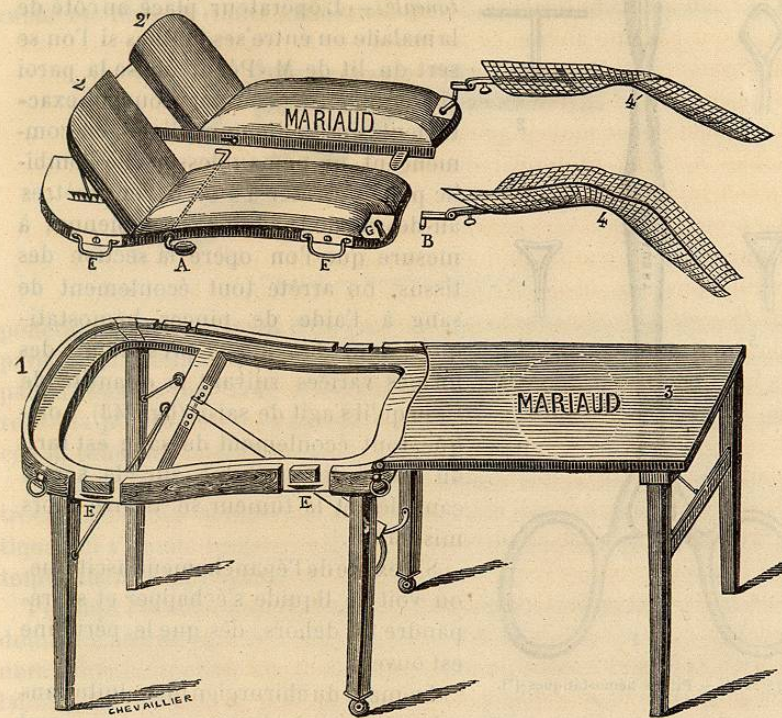


Fig. 242. — Lit à ovariectomie de Péan (*).

Wells produit l'anesthésie au moyen du bichlorure de méthylène qui, au dire de cet auteur, produit moins souvent que le chloroforme des nausées et des vomissements.

Avant d'inciser la paroi abdominale, il convient de vider la vessie au moyen de la sonde dans la crainte que le réservoir urinaire distendu par de l'urine ne se trouve blessé dans le cours de l'opération.

Quant aux éponges et aux instruments nécessaires pour l'opération,

(*) 1, cadre de bois sur lequel se posent les parties 2, 2' qui réunies forment une plate-forme sur laquelle repose le tronc. — 4, 4', gouttières pour supporter les membres inférieurs. — EE, poignées pour soulever la plate-forme. — B, tenon venant s'adapter en G. — 3, partie antérieure du lit qui s'enlève une fois la malade endormie et qui est remplacée alors par les gouttières. — A, tige qui réunit les deux parties qui forment la plate-forme.