

prononcée, de manière à graduer leur effet selon les besoins; un conduit élastique partant de l'ampoule, aboutit à un robinet métallique qui se visse à l'extrémité d'un trocart. L'ampoule n° 1 n'a que 1 millimètre d'épaisseur de paroi; c'est à peine si son aspiration est sensible; elle doit servir à vider lentement la tumeur, afin d'empêcher que par un raptus trop prompt la femme ne soit incommodée. »

L'ampoule n° 2 a 2 millimètres et demi de paroi; elle a une force à peu près double de la précédente; son usage est aussi différent; elle doit, le kyste vidé, en maintenir la vacuité en aspirant chaque goutte de sérosité aussitôt sa formation, et rapprocher les parois. Cependant sa puissance aspiratrice ne pourrait nullement irriter ou enflammer la surface interne de la tumeur; ce rôle est dévolu à l'ampoule n° 3 dont les parois ont 3 millimètres et demi d'épaisseur; celle-ci doit servir à activer le retrait du kyste et à produire une fluxion avec exsudation de lymphé plastique. Je crois, c'est peut-être une présomption, puisque l'expérience ne l'a pas encore prouvé, que le traitement, au moyen de ces ampoules employées selon l'indication, aboutira à la guérison des kystes simples, et cela d'autant plus facilement que, s'il le faut, on peut combiner leur action avec celle de tout autre agent, tel que la teinture d'iode, la teinture de myrrhe, une solution de sulfite alcalin (1), l'eau tiède, etc.

Ce qui doit principalement recommander ce nouveau mode de traitement, c'est que par lui on peut éviter l'action de l'air sur les liquides morbides et extraire facilement ceux-ci, fussent-ils épais comme la substance colloïde. De pareilles ampoules n'étaient point, on le comprend, applicables au mode de trocart connu, elles n'auraient fait qu'ajouter des dangers nouveaux à ceux déjà existants; il a donc fallu recourir à un instrument nouveau qui, tout en étant d'une application et d'une extraction faciles, peut s'immobiliser là où il a pénétré. Cet instrument doit également s'opposer à ce que le kyste vidé ne se retire de lui et ne le laisse plongeant dans la cavité du péritoine. Ai-je rempli cette indication? Je l'espère. La canule de ce nouveau trocart est double et entre les deux parties se cachent quatre ressorts en or, qui, l'instrument plongeant dans le kyste, se dilatent et viennent faire un bourrelet de 3 centimètres de diamètre par lequel le kyste est attiré et maintenu contre les téguments. D'autre part, un manchon à vis fait avancer jusque contre la peau un disque métallique basculant, formé de deux plaques contre lesquelles s'insère une rondelle de baudruche. La paroi du kyste et la paroi abdominale sont ainsi accolées. Pour maintenir le tout parfaitement en place et empêcher que plus tard l'air extérieur ne pénètre sur les côtés du trocart, la ron-

(1) Les prévisions de Buys, relativement à l'utilité d'une solution de sulfite alcalin injectée dans les kystes, ont trouvé une confirmation théorique et pratique dans un travail de Gritti (de Milan), où se trouvent consignés les résultats encourageants de nombreuses expériences cliniques faites par ce chirurgien à l'Hôpital majeur de Milan, relativement à la valeur des applications des sulfites (voyez *Annali universali di medicina*, novembre 1864, p. 275 et suiv.).

delle de baudruche est adaptée à la peau au moyen de collodion élastique. L'instrument est complété par un robinet placé près de son ouverture, de manière à ne permettre la sortie du liquide que lorsque le robinet de l'ampoule a été vissé sur lui. Enfin, un bandage de corps doit, au

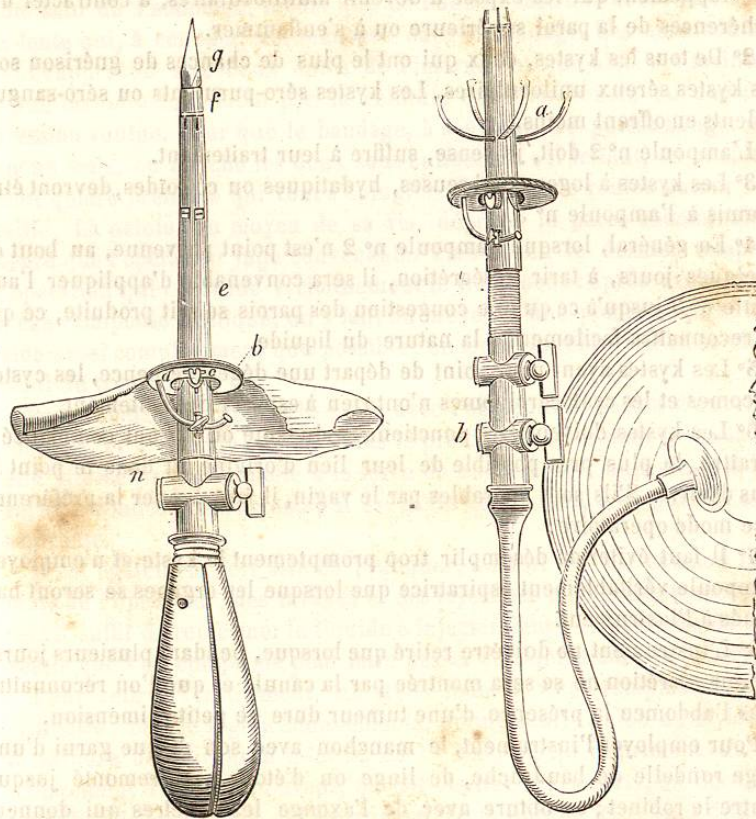


FIG. 203. — Trocart à couronne et à disque complètement armé (demi-grandeur) (*).

FIG. 204. — Le même trocart après que le stylet porté en arrière a dilaté les ressorts (**).

moyen d'un compresseur à vis, déprimer la paroi abdominale du côté opposé à celui où siège la tumeur et aider de cette façon à l'action des aspirateurs.

Les figures 203 et 204 feront comprendre la forme de l'instrument mieux que ne le ferait la description la plus détaillée.

Avant de donner le mode d'emploi de l'instrument aspirateur, je résum-

(*) a, manchon; b, double disque pouvant basculer sur le manchon avec rondelle de baudruche et boutons servant à serrer la rondelle de baudruche entre les deux disques; d, arc de cercle à vis compressive servant à immobiliser les disques dans la position voulue; e, canule externe; f, canule interne; g, stylet.

(**) a, ressorts; b, ampoule avec robinet.

merai en peu de mots les indications du traitement des kystes par le nouveau procédé en me servant des idées émises par les auteurs et qui me paraissent applicables à ce procédé :

1° Il faut opérer les kystes de bonne heure et avant qu'ils aient acquis un développement qui les expose à devenir multiloculaires, à contracter des adhérences de la paroi supérieure ou à s'enflammer.

2° De tous les kystes, ceux qui ont le plus de chances de guérison sont les kystes séreux uniloculaires. Les kystes séro-purulents ou séro-sanguinolents en offrent moins.

L'ampoule n° 2 doit, je pense, suffire à leur traitement.

3° Les kystes à loges nombreuses, hydatiques ou colloïdes, devront être soumis à l'ampoule n° 3.

4° En général, lorsque l'ampoule n° 2 n'est point parvenue, au bout de quelques jours, à tarir la sécrétion, il sera convenable d'appliquer l'ampoule n° 3 jusqu'à ce qu'une congestion des parois se soit produite, ce qui se reconnaîtra facilement à la nature du liquide.

5° Les kystes ayant pour point de départ une dégénérescence, les cystosarcomes et les cystocarcinomes n'ont rien à espérer du traitement.

6° Les kystes doivent être ponctionnés du côté où ils ont commencé à paraître, le plus près possible de leur lieu d'origine et dans le point le plus déclive. S'ils sont opérables par le vagin, il faut donner la préférence à ce mode opératoire.

7° Il faut éviter de désemplir trop promptement le kyste et n'employer l'ampoule véritablement aspiratrice que lorsque les organes se seront habitués à l'instrument.

8° L'instrument ne doit être retiré que lorsque, pendant plusieurs jours, aucune sécrétion ne se sera montrée par la canule et que l'on reconnaîtra dans l'abdomen la présence d'une tumeur dure de petite dimension.

Pour employer l'instrument, le manchon avec son disque garni d'une large rondelle de baudruche, de linge ou d'étoffe, est remonté jusque contre le robinet; on obture avec de l'axonge les fenêtres qui donnent passage aux ressorts, après s'être assuré que le jeu de ceux-ci se fait librement. La ponction se pratique comme avec un trocart ordinaire, seulement il faut avoir la précaution de le faire pénétrer aussi profondément que possible, pour qu'au moment où l'on porte le stylet en arrière pour dilater la couronne de ressorts, ceux-ci puissent se développer librement dans l'intérieur du kyste. On retire alors doucement l'instrument jusqu'à ce que l'on sente que la couronne fait obstacle et que le kyste est venu s'accoler aux parois de l'abdomen. Le manchon avec son disque incliné à l'angle voulu, est à son tour rapproché de la peau de manière à l'affleurer sans la comprimer. Au moyen de collodion élastique, la rondelle de baudruche ou d'étoffe est fixée sur la peau tout autour du disque et principalement à son centre au pourtour de la piqûre. Il reste alors à retirer le stylet, ce qui se fait en lui imprimant d'abord un petit mouvement de rotation

sur lui-même de gauche à droite pour le dégager, puis en le tirant directement en arrière, le point blanc du manche placé en haut. On laisse s'écouler le quart ou la moitié du liquide contenu dans la poche, on ferme le robinet, et l'on place la ceinture à pelote compressive, celle-ci située du côté sain de l'abdomen, tandis que de l'autre l'instrument est passé dans la fente qui, à cet effet, est ménagée dans le bandage. Les deux coulants sont rapprochés aux deux côtés de l'instrument qui ainsi est maintenu d'une manière immuable par la ceinture que l'on boucle au degré de pression voulue. Pour que le bandage, à son tour, ne puisse bouger dans aucun sens, on attache les deux sous-cuisses et, s'il le faut, on adapte en haut quatre bretelles qui vont s'épingler à une bande roulée autour de la taille. La pelote, au moyen de sa vis, déprime la paroi abdominale au degré que l'opérateur juge convenable. Vient enfin le dernier temps de l'opération qui constitue véritablement le traitement : après avoir rempli d'eau l'ampoule élastique, on y fait, au moyen d'une pompe aspirante, le vide aussi complètement que possible; on ferme le robinet et on le visse à celui du trocart.

Pour mettre en rapport le kyste avec l'ampoule, il suffira d'ouvrir les robinets, et le liquide contenu dans le premier passera dans celui-là avec une vitesse proportionnelle à la force de succion de l'ampoule et à l'ouverture donnée aux robinets; il est facile de graduer, à sa guise, l'action aspirante.

Il est également fort aisé de pratiquer, à l'abri de l'air et selon la volonté de l'opérateur, des lavages et des injections médicamenteuses; pour cela il suffit de renfermer le liquide à injecter dans l'ampoule ou dans une vessie que l'on comprime pour faire passer ce liquide dans la tumeur.

Pour retirer l'instrument, un stylet mousse vient remplacer le stylet ordinaire; par de légers tâtonnements, on introduit le clou du stylet dans la rainure de la canule interne, on l'y fixe, et, lui imprimant un léger mouvement d'arrière en avant, on fait rentrer les ressorts, on décolle les rondelles de baudruche, et l'instrument rendu libre se retire sans difficulté. Ce mode de traitement que nous préconisons ici pour les kystes de l'ovaire est applicable au traitement d'une foule d'autres affections, telles que : hydrothorax, pyothorax, abcès par congestion, abcès enkystés de l'abdomen, hygroma, etc. Nous croyons que le principe de l'aspiration à l'abri de l'air peut être appelé à jouer un rôle dans le traitement de toute affection caractérisée par la présence d'un liquide morbide sécrété dans une cavité close. Quant à l'instrument, qui n'est ici que l'accessoire obligé, il variera évidemment avec l'organe sur lequel il doit agir. Nous comptons, à cet effet, faire fabriquer trois trocarts différents.

Buyss croit qu'il mettra ainsi les malades à l'abri des accidents que déterminent les altérations septiques auxquelles donne lieu le contact de l'air avec les liquides renfermés dans des cavités closes. Il ajoute encore que, comme le kyste ne peut guérir que par le rapprochement et l'adhé-

sion des parois, l'écoulement continu produit par son instrument, laisse des chances de guérison plus rapide que tout autre procédé. Mais l'expérience, de l'aveu même de M. Buys, n'a pas encore prononcé sur la valeur de ce procédé.

IV. *Excision*. — Nous ne ferons que citer cette opération qui, au rapport de Sacchi (1), aurait été conseillée et qui a, dit-on, réussi à Dzondi (2), et s'est terminée par la mort dans deux autres cas de Lizars (3) et de Martini (4).

V. *Extirpation ou ovariectomie* (5). — Cette opération, dont l'histoire a eu des phases si diverses et qui a eu un si grand retentissement, mérite de nous arrêter.

De nombreux chirurgiens, surtout à l'étranger, se sont occupés de cette question. Les travaux de Baker Brown (6), Spencer Wells (7), et surtout les remarquables mémoires de Kœberlé (8), auxquels nous ferons de larges emprunts, nous fourniront le complément indispensable à l'excellent article de M. Churchill.

L'extirpation des ovaires est pratiquée dans l'intention de guérir radicalement certaines maladies dont ces organes sont atteints, et qui mettent la vie des malades en péril.

1° *Historique*. — Introduite depuis peu d'années dans la pratique chirurgicale, l'ovariectomie est pourtant une opération déjà fort ancienne.

(1) Sacchi, *Annali universali di medicina*, t. LXIII, p. 325.

(2) Dzondi, *Æsculap. Zeitschrift der Vervollkomm. der Heilk. gewidmet*, von prof. Dzondi, Leipzig, 1821, t. II.

(3) Lizars, *Arch. gén. de méd.*, 1825, t. II, p. 427.

(4) Malgaigne, *Médecine opératoire*, 5^e édition, 1849, p. 485.

(5) BIBLIOGRAPHIE. — Schokopff, *Diss. medica inauguralis de Hydropse ovarii*, 8 février 1685. — Scheffer, *Historia hydrop. sacci*, 1724 (Haller, *Disp. med.*, t. IV, p. 239). — Peyer Inchoff, *Ovarum hydropicum* (Haller, *Disp. med.*, thèse 32, t. IV, p. 398). — Sabatier, *Méd. opér.*, t. I, p. 503. — D'Ischier, thèse de Montpellier, 1807. — Ritter, *Journal de Graefe*, t. XII. — Galenzowsky, *Arch. de méd.*, 1830, t. XXII, p. 120. — Ulsamer, *Ueber die Ovariectomie*, inaug. diss. Würzburg, 1831. — Ehrharstein, *Med. chir. Rev.*, juillet 1833, p. 242; *Arch. gén. de méd.*, 1833, 2^e série, t. I, p. 427. — Quittenbaum, *Encyclopédie des sciences médicales*, 1836, p. 342. — Hevin, *Revue médicale*, 1836, p. 161. — Dohloff, *Ueber die Punction und Extirpation krankhaft vergrößerter Ovarien* (*Rust's Mag.*, Bd. LI, Heft. 1; *Gazette des hôpitaux*, 1839, t. I, p. 209). — Ben. Philips, *Gazette des hôpitaux*, 1840, t. II, p. 551. — Kiwisch, *Neues operatives Verfahren gegen die einfache Cystenentartung der Ovarien* (*Prag. Vierteljahresschr.*, 1846, Bd. II). — Bird, *Revue médico-chirurg.*, 1848, p. 42. — R. Lee, *An analysis of 162 cases of Ovariectomy*, etc. (*Dublin med. Press*, décembre 1850). — Grailly Hewitt, *Trans. of obstetrical Society of London*, vol. I, p. 53. — Y. B. Brown, *Neue Operations methode bei Eierstockwassersucht* (*Verhandl. d. Ges. f. Gebst.*, Bd. VI, p. 105). — Tilt, *Provincial medical and surgical Journal*, 18 août 1852. — Fock, *Ueber d. operat. Behandlg. d. Ovariencysten* (*Monatsschr. f. Geburtsk.*, 1856, parties 5 et 6). — Ch. Bailly, *Traitement des ovariectomisés*. Paris, 1872.

(6) Baker-Brown, *Surgical diseases of women*. London, 1864.

(7) Spencer Wells, *Diseases of the ovaries, their diagnosis and treatment*. London, 1872, t. I.

(8) Kœberlé, *De l'ovariectomie* (*Mémoires de l'Académie de Médecine*. Paris, 1864, t. XXVI, p. 321).

Sans parler de la castration pratiquée sur les animaux dès une époque très-reculée (1), et qui de nos jours a passé dans la pratique vétérinaire, on retrouve des exemples d'extirpation des ovaires chez les femmes qu'on destinait à remplacer les eunuques (2), chez celles dont on voulait prolonger la jeunesse; enfin, elle a été proposée (3) et pratiquée pour mettre un frein à la sensualité de certaines femmes débauchées. Un porcher hongrois, au rapport de Wierus, irrité contre les égarements de sa fille, lui pratiqua l'ovariectomie à la manière dont il la faisait sur les animaux, et elle survécut.

Vers le milieu du XVIII^e siècle, Schlenker (4) signale la possibilité de l'extirpation des ovaires malades. Après lui, en 1731, Willi (5), en 1751, Ulrich Peyer (6), Tozzetti (7), soulèvent la même question, mais ils sont effrayés des dangers d'une opération dont Theden (8) paraît avoir le premier indiqué la méthode, et que Percival Pott (9) 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 repoussé l'ovariectomie que Delaporte avait déjà proposée à l'Académie royale de chirurgie en 1753 (10). Il en limitait l'exécution dans les cas où un seul ovaire était malade. Morand (11) soutint cette idée, qui fut vivement combattue par de Haen (12), Morgagni, W. Hunter (13). Van Swieten (14) ne la repousse pas complètement.

Ce fut Laumonier (de Rouen), en 1781 (15), 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'une ovarite.

En 1786, J. Hunter (16) croit que l'ovariectomie pourrait se faire chez la femme comme chez les animaux.

En 1798, Chambon (17), partisan déclaré de l'ovariectomie, prophétise

(1) Aristote, *Περὶ ζῴων ἰστορίας*, lib. IX.

(2) Athénée, *Fragmenta historica Græcorum*. Édition de Firmin Didot, 1811, t. I, p. 39.

(3) Plateri, *Observ.* Bâle, 1680, p. 218.

(4) Schlenker, *De singulari ovarii sinistri morbo*. Leyde, 1722 (Haller, *Disp. med.*, t. IV, p. 439, thèse n° 21).

(5) Willi, *Specimen medicum sistens stupendum abdominis tumorem*. Bâle, 1731, p. 35.

(6) Peyer, *Acta helvetica*, Bâle, 1751, t. I, app. 1.

(7) Tozzetti, *Prima raccolta di osservazioni mediche*. Florence, 1752.

(8) Theden, *Nova acta nat. curios.*, t. V, p. 289.

(9) P. Pott, *Œuvres chirurgicales*, trad. française. Paris, 1777, t. I, p. 492.

(10) Delaporte, *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, 1753, t. II, p. 455.

(11) Morand, *Mém. de l'Acad. de chirurgie*, t. II, p. 460.

(12) De Haen, *Ratio medendi*. Paris, 1761, pars IV, t. II, p. 73.

(13) Hunter, *Medical observations and inquiries*, t. I, p. 41.

(14) Van Swieten, *Comm. in H. Boerhaave Aphorismos*. Liège, 1770, t. IV, § 1223.

(15) Laumonier, in *Histoire de la Société royale de médecine*, 1782, t. V, p. 296.

(16) J. Hunter, *Œuvres complètes*, trad. Richelot. Paris, 1839, t. I, p. 635.

(17) Chambon, *Maladies des femmes*. Paris, 1798.

que cette opération deviendra une ressource précieuse dans les cas de maladies des ovaires.

En 1808, d'Escher (1), 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 (2), et Jules Worms (3).

Lors de la discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine en 1856 (4), cette opération trouva parmi les membres les plus illustres de cette assemblée une opposition absolue (Velpéau, 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 (5) furent huit fois suivies de succès. Séduits par l'exemple, d'autres chirurgiens tentèrent la même voie. Depuis 1822, Nathan Smith (6) (du Connecticut), G. Smith (7), Atlee (8), Peaslee, Dunlap, sont les chirurgiens américains qui pratiquèrent l'ovariotomie le plus souvent et avec le plus de succès.

En 1823, Lizars (9), professeur à Edimbourg, essaya d'introduire l'ovariotomie en Angleterre, mais ses résultats furent malheureux. Vers le même temps, Granville (10) fit deux tentatives qui n'eurent pas plus de succès.

En 1835, Jeafferson (de Framlingham) (11) pratiqua avec succès l'extirpation d'un kyste volumineux.

Ce ne fut qu'à partir de 1840 que C. Clay (12), Bird (13), Walne, Lane, eurent des résultats remarquables. Depuis cette époque, MM. Baker Brown, Sp. Wells, J. Smith, Humphray, Fergusson, Keith Hutchinson,

(1) D'Escher, *Considérations médico-chirurgicales sur l'hydropisie enkystée des ovaires*, thèse. Montpellier, 1808.

(2) Chéreau, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, juin 1844, p. 228; *Esquisse historique sur l'ovariotomie* (Union médicale, 1847).

(3) Worms, *De l'extirpation des kystes de l'ovaire*. Paris, 1860.

(4) *Bulletins de l'Acad. de médecine*, 25 novembre 1856, t. XXII, p. 200.

(5) Mac Dowel, *Eclectic repertory*, t. VII, p. 242, et t. IX, p. 546.

(6) 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.

(7) G. Smith, *North American med. and surg. Journal*, janvier 1836.

(8) Atlee, *American Journ. of med. sciences*, avril 1845; *Gazette médicale de Paris*, 1845, t. XIII, p. 24.

(9) 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.

(10) Granville, *Journal des progrès*, t. I, p. 274.

(11) Jeafferson, *British Annals of Medicine*, t. II, p. 140; *Arch. gén. de méd.*, 1846, t. X, p. 216; *Expérience*, 1838, t. I, p. 413.

(12) C. Clay, *Cases of the perit. section for the extirpation of diseased ovaries*. London, 1842.

(13) Bird, *The Lancet*, 1860, t. II, p. 592.

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) (1), l'ovariotomie a subi des chances diverses et a fini par tomber en un discrédit complet.

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 Woyeikowski (2), de Quingey (Doubs).

La même année, Rigaud (3) (de Strasbourg) tentait l'opération, la laissait inachevée et perdait sa malade. En 1847, Vaulleuard (4), de Condésur-Noireau (Calvados), en pratiquait une avec un plein succès; mais les tentatives malheureuses de Nélaton, Bach (5), Maisonneuve (6), Hergott et Michel (7), Boinet (8), Jobert (de Lamballe) (9), Adolphe Richard (10), Demarquay (11) et Sédillot (12), 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 résumé, malgré les résultats désastreux obtenus à Paris (un succès sur six), et en raison de ceux que l'on obtient en province, en raison de ceux obtenus par Baker Brown, Spencer Wells en Angleterre, par Kœberlé à Strasbourg, l'ovariotomie tend à prendre aujourd'hui un rang

(1) Chrysmar, *Journ. der chir. und Augenheilkunde* de Hopfer, V. Graefe, Walther, t. XII, p. 62 et seq.; *Bulletin de Férussac*, t. XVIII, p. 86.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

définitif dans la chirurgie. [[M. Péan a admis que même à Paris, l'ovariotomie peut être pratiquée avec des chances de succès. Cet auteur admet que, « même dans les cas les plus graves et les plus désespérés, l'ovariotomie peut donner, à Paris, une proportion de succès au moins aussi grande que dans tout autre pays, et que la guérison qui, dans les cas extrêmes, est toujours très-difficile à obtenir y serait la règle, si l'opération était faite de bonne heure, avant que des complications de toutes sortes soient venues susciter les plus grandes difficultés (1) » .]]

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 insuccès 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 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 insuccès sur 100 opérations. Depuis ce moment, dit le même auteur, la mortalité a diminué d'environ 40 pour 100].

S. Lee (2), 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 (3) 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 ovariectomies ; 5 furent suivies de guérison, ce qui en définitive donne pour l'Ohio 11 succès sur 24 opérations (4).

Depuis cette époque, l'ovariotomie a été nombre de fois pratiquée. J. Clay (5) 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 résul-

(1) Péan, *L'ovariotomie peut-elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès*, 1869.

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

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

(4) *Lancet*, 5 février 1859, p. 142.

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

tats s'améliorent encore, et, pour ne prendre que ceux obtenus par les ovariectomistes en renom, nous voyons que :

1° Clay (de Manchester), jusqu'au mois d'août 1863, avait pratiqué l'ovariotomie simple ou double 105 fois, et que 72 de ses opérés ont guéri. A la même époque, M. Courty (1) compte sur 42 cas 22 guérisons et 20 morts.

2° Tyler Smith, jusqu'en 1864, sur 21 opérations, a obtenu 16 succès.

3° Baker Brown, jusqu'au mois d'avril 1864, a pratiqué 64 opérations, et 34 fois a conservé la vie à ses malades.

4° Bird, jusqu'en 1860, a réussi 8 fois sur 12 pour des extirpations complètes de tumeurs ovariennes.

5° Keith, en 1863, sur 9 ovariectomies, ne compte que 3 revers.

6° Spencer Wells a publié en 1865 un volume (2) 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 ovariectomies 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'ovariotomie 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 (3). Le nombre des ovariectomies pratiquées par lui était alors de 500, en y comprenant les 114 qui viennent d'être mentionnées. Sur ce total, l'auteur n'a eu que 127 décès, et, comme l'auteur le fait remarquer, la moyenne de la mortalité tend à s'abaisser tous les jours.]] Ces chiffres ont, on le voit, une éloquence qui n'admet point la discussion, et la lecture des observations montre combien la précision du diagnostic, les perfectionnements apportés à l'opération et les soins donnés aux malades étaient les éléments qui manquaient aux premiers opé-

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

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

(3) Spencer Wells, *On diseases of ovaries*. London, 1872.

rateurs. Voilà les succès obtenus en Angleterre; mais depuis quelques années la France n'a rien à lui envier. Les premiers revers survenus entre les mains les plus habiles avaient découragé les chirurgiens; mais M. Kœberlé, comme Spencer Wells, a publié les observations complètes des ovariectomies pratiquées par lui. [[Le nombre des ovariectomies pratiquées par M. Kœberlé depuis le 2 juin 1862 jusqu'au 30 octobre 1869, est de 120. Dans sa première statistique, publiée au commencement de 1868, le nombre des ovariectomies était de 69. Ces 69 opérations avaient donné 45 guérisons et 24 morts. Depuis cette première statistique le savant chirurgien a pratiqué 51 ovariectomies simples ou doubles. Dans un cas de tumeur fibreuse, les deux ovaires ont été extirpés en même temps que l'utérus; la malade est guérie. Une autre fois l'opération fut pratiquée pour remédier à une rétroversion qui mettait la vie de la femme en danger, l'utérus fut redressé et la guérison survint au bout d'un mois par la fixation du pédicule à la paroi abdominale.

Ces 51 opérations ont donné 39 guérisons, et 12 morts. M. Kœberlé sur ces 120 cas d'ovariectomie a eu 84 guérisons et 26 morts.]]

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'ovariectomie. 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 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 favoriseront 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.* — Laissons de côté les exagérations de certains chirurgiens qui veulent que l'ovariectomie 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° La malade doit jouir d'une bonne constitution.
- 2° L'affaiblissement ne doit pas être trop considérable.
- 3° La malade doit manifester le désir formel d'être opérée, et être convaincue de la nécessité et de l'utilité de l'opération.

4° Toutes les tumeurs des ovaires, pourvu qu'elles ne soient pas de nature cancéreuse, sont susceptibles d'être extirpées. Tels sont : 1° les kystes uniloculaires, dans lesquels le liquide, d'ailleurs incolore et séreux, tend à se reproduire rapidement; ceux dont le contenu est épais, visqueux, de couleur foncée; 2° les kystes multiloculaires, dont le contenu albumineux est séreux, colloïde, gélatineux, soit incolore, soit de couleur foncée ou blanchâtre; 3° les tumeurs solides, ou en partie solides (sarcome, cysto-sarcome); 4° les kystes dermoïdes.

Les tumeurs libres, d'un volume moyen, celles qui ne présentent que des adhérences peu étendues, peu vasculaires, et dont le pédicule est long et étroit, sont donc les conditions les plus favorables.

5° L'extirpation est indiquée lorsque la maladie suit une marche progressive et que la vie de la malade est sérieusement menacée.

Il y a urgence d'opérer, lorsque les tumeurs tendent à augmenter rapidement, et lorsque la reproduction du liquide évacué s'opère promptement, et même lorsque le *statu quo*, sans être une cause de souffrance et de troubles fonctionnels continus, amène cependant le dépérissement et l'amaigrissement.

6° Le moment d'opportunité pour l'opération est celui où une ponction palliative 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.

7° Les tumeurs compactes et les kystes multiloculaires, à petites loges, doivent être extirpés, autant que possible, avant qu'ils aient acquis un volume trop considérable, soit de 25 à 30 centimètres de diamètre, quand même ils ne donnent pas lieu à des accidents immédiats; parce que, si l'on ne peut évacuer partiellement leur contenu, et s'ils doivent être extirpés en bloc, l'incision des parois abdominales deviendrait trop considérable, et la gravité de l'opération augmenterait en proportion.

8° Ce ne sont pas seulement les tumeurs d'un grand volume qui doivent être opérées; tandis que des tumeurs énormes restent parfois très-supportables, des tumeurs d'un faible développement occasionnent souvent des troubles graves; mais alors elles sont enclavées dans l'excavation pelvienne qu'elles obstruent complètement, et elles présentent des adhérences qui donnent lieu à des difficultés d'extraction très-considérables, sinon toujours insurmontables.

9° L'ovariectomie doit être entreprise, autant que possible, quelques jours avant ou après l'époque menstruelle; mais, du reste, l'apparition même immédiate des règles ne paraît pas avoir d'influence bien marquée sur les suites de l'opération.

10° Le traitement palliatif, par les ponctions répétées, n'est applicable qu'aux kystes multiloculaires, dans les cas où le liquide se reproduit très-lentement, surtout lorsque la malade a passé l'époque de la ménopause, et lorsque l'ovariectomie est contre-indiquée.

[[Freund (de Breslau) (1) a admis que certains phénomènes inflammatoires à marche aiguë, tels que péritonite locale ou générale, l'inflamma-

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