

que celle de l'hystérectomie totale. Sur 136 amputations sous-vaginales du col relevées par Paulick à la clinique gynécologique de Vienne, il y eut 10 décès, soit une mortalité de 7 p. 100. Sur 105 opérées de la clinique de Schröder, il n'y eut, d'après Hofmeier, que 13 morts ou 12.3 p. 100 de mortalité; sur ces 105 opérations, il y en eut 71 sus-vaginales. Reamy, sur 57 amputations sus-vaginales rapportées à la Société américaine de gynécologie, ne compte que 2 morts; Verneuil, sur 22 amputations sous-vaginales, n'eut qu'une morte; Polaillon n'en eut aucune sur 20 cas; Marchand n'en eut qu'une sur 12 cas; je n'en compte aucune sur 14 opérations. Pour bien juger la question, il faudrait faire la distinction entre les hystérectomies sous et sus-vaginales, les secondes étant certainement plus meurtrières. Mais, d'après les faits publiés et rassemblés par Barraud, on peut évaluer la mortalité opératoire à un maximum de 10 p. 100. Donc, au point de vue de la mortalité, l'hystérectomie partielle ne saurait être comparée à l'hystérectomie totale; cela, je crois, ne saurait faire doute pour personne. Reste la question des récidives.

Hofmeier, sur 95 malades guéries de l'amputation du col pour cancer, a recherché la date et la fréquence des récidives. 7 malades n'ont pas été suivies avec assez de précision pour qu'on puisse les faire entrer en ligne de compte; il en reste donc 88. Sur ces 88 malades, 43 ont vu la récidive survenir dès la première année, ce qui donne 48 p. 100 d'insuccès. Sur les 45 malades restantes, 3 ont une récidive dans la seconde année; 3 pendant la troisième, 4 pendant la quatrième. L'absence de récidive a été observée après deux ans sur 9 opérées; après trois ans sur 10; après quatre ans sur 9; après cinq ans sur 4; après six ans sur 2 et après sept ans sur une. Si nous appliquons ici le même calcul qu'à l'hystérectomie totale, nous avons sur 105 opérées 10 décès opératoires, 43 récidives la première année, et 3 dans la seconde, ce qui nous donne un total de 56 insuccès sur 105 cas, ou 53 p. 100. La proportion des succès serait donc de 47 p. 100, que nous pouvons opposer aux 16 ou 17 p. 100 de succès après l'hystérectomie totale.

Il serait certainement fort paradoxal de soutenir que l'amputation partielle d'un organe affecté de cancer limité met plus à l'abri de la récidive que l'amputation totale de cet organe. Mais ce qu'on peut dire, c'est que l'amputation partielle paraît suffire dans bon nombre de cas pour donner une guérison d'une assez longue durée. Il ne faut donc pas, dans les cas où le cancer est limité au col, faire l'hystérectomie totale, parce que la mortalité

opératoire est considérable après l'ablation totale et qu'elle ne paraît pas donner des garanties de guérison en rapport avec l'aggravation des risques opératoires.

La mortalité après l'hystérectomie totale n'est plus ce qu'elle était au début de la pratique de l'opération. Ce n'est pas seulement parce que la technique opératoire a fait des progrès, c'est encore, c'est surtout parce qu'on écoute mieux la voix de la sagesse clinique et qu'on opère de moins en moins ces cas compliqués d'envahissement du vagin, des annexes utérines, d'enclavement de l'utérus, conditions qui aggravent les risques opératoires.

Plus j'acquies de l'expérience, plus j'éprouve d'éloignement pour les opérations faites pour remédier aux cancers. La récidive est presque la règle, aussi ne faut-il pas que les risques opératoires soient de beaucoup supérieurs aux bénéfices passagers que peut donner le succès de l'opération.

Pour que l'hystérectomie totale dans le cancer soit vraiment justifiée, il faut que l'état général soit bon et ne laisse pas supposer l'existence d'une cachexie cancéreuse; il faut que le cancer soit limité à l'utérus, que le vagin soit libre de toute extension du mal, qu'on ait lieu de croire qu'il en est de même des ligaments larges. Il faut enfin que l'utérus soit mobile, non seulement parce que cette mobilité est la condition d'une opération exempte de difficultés exceptionnelles, mais aussi parce que cette mobilité suppose, dans l'immense majorité des cas, que le mal ne dépasse pas les limites de l'utérus. Pratiquée dans ces conditions, l'hystérectomie vaginale est une opération qui doit être approuvée; l'avenir nous montrera avec plus de précision l'étendue des services qu'on peut en espérer ou en attendre.

## CHAPITRE XI

### OPÉRATIONS SUR LES ANNEXES DE L'UTÉRUS

#### Des kystes et tumeurs de l'ovaire.

##### Ovariectomie.

Les kystes de l'ovaire sont constitués généralement par un sac fibro-séreux, recouvert par le péritoine. Au point de vue de leur disposition intérieure on distingue trois variétés principales:

1° les kystes *uniloculaires* qui ne présentent qu'une seule poche; 2° les kystes *multiloculaires*, constitués par un nombre plus ou moins considérable de poches distinctes et sans communication; 3° les kystes *aréolaires* ou *vésiculaires*, consistant en une masse aréolaire, à mailles communicantes, remplies par une matière visqueuse, tantôt filant comme du blanc d'œuf, tantôt présentant la consistance du miel ou l'aspect d'une gelée. Enfin l'ovaire dilaté peut offrir toutes ces variétés à la fois.

La nature du liquide, dans les deux premières variétés, est fort variable; parfois il est épais comme du blanc d'œuf ou de la gelée; mais pour l'ordinaire c'est une sérosité, tantôt parfaitement limpide, tantôt plus ou moins colorée, plus ou moins chargée de cholestérine; et enfin dans des cas plus rares le kyste contient des hydatides. En général, la nature du liquide est en rapport avec celle de la surface interne; quand il est séreux, la surface interne est lisse comme une séreuse; dans d'autres cas, elle est rugueuse, hérissée de papilles, de végétations, quelquefois même reposant sur des plaques cartilagineuses ou osseuses; et c'est alors que le liquide s'écarte plus ou moins de la sérosité ordinaire.

D'autres kystes sont d'autre nature: colloïdes, dermoïdes, ou des sarcomes, des myxomes présentant des kystes plus ou moins nombreux, plus ou moins considérables. Au point de vue de la médecine opératoire, nous n'avons pas à distinguer les kystes par-ovariques, sauf en ce qu'ils peuvent parfois guérir après une seule ponction.

Quant aux rapports de ces kystes, disons d'abord que le péritoine qui les enveloppe leur adhère si intimement, qu'on ne peut l'en séparer sans enlever en même temps une portion de l'enveloppe fibreuse. Il arrive plus souvent que la tumeur a contracté avec la paroi abdominale ou divers organes de l'abdomen des adhérences plus ou moins fortes, nombreuses et étendues; mais en général elle est libre, sauf par son pédicule, qui peut être très mince ou très épais, comprenant à la fois la trompe, le ligament large, et même une partie de l'utérus sur lequel la tumeur semble implantée. L'artère ovarique très développée, et d'autres artères sans nom également accrues, parcourent ce pédicule et ne sauraient être coupées sans précaution, à cause de l'hémorrhagie.

Le traitement des kystes de l'ovaire est palliatif ou curatif.

I. TRAITEMENT PALLIATIF. — En général il se borne à la ponc-

tion plus ou moins répétée. Quand le kyste est largement développé et la fluctuation partout sensible, on plonge le trocart au lieu d'élection comme dans l'ascite, en choisissant toutefois, lorsqu'on le peut, le côté de l'abdomen où la tumeur a pris son origine. Quand il s'agit d'un kyste multiloculaire, il faut s'assurer avec soin du lieu où la fluctuation est le plus prononcée, pour y diriger le trocart. Dans quelques cas on a ponctionné par le vagin; mais il faut pour cela que la tumeur y fasse une forte saillie et que la fluctuation n'y laisse aucun doute, et ce ne sera jamais qu'une opération très exceptionnelle.

La ponction ovarique est généralement une opération fort simple et fort innocente; on a vu des femmes venir au Bureau central réclamer la ponction, lever leur robe, et s'en aller la ponction faite, mais il faut bien savoir que la ponction peut être suivie d'accidents les plus graves, sans que rien puisse les faire prévoir au moment de la ponction. La présence d'un liquide trop visqueux ou trop épais qui ne sort qu'avec peine, ou même ne sort pas du tout, peut rendre la ponction inutile. Dans les kystes multiloculaires, la ponction ne vide qu'une poche; on peut, sans retirer le trocart, le pousser dans une seconde poche, au travers de la paroi de celle qui a été ponctionnée la première; mais, en pareil cas il vaut mieux s'abstenir, puisque l'ovariotomie est absolument indiquée.

II. TRAITEMENT CURATIF. — Il n'y a que trois méthodes pour obtenir la guérison des kystes de l'ovaire: 1° en y excitant un travail d'inflammation adhésive ou substitutive, par les injections; 2° en les faisant suppurer; 3° en enlevant le kyste lui-même.

*Première méthode. Injections.* — Boinet est le premier qui ait tenté la cure des kystes ovariens par les injections iodées, et elles sont restées longtemps adoptées. Le procédé est très simple. On fait la ponction à l'ordinaire, on évacue tout le liquide; et par la canule on injecte immédiatement de 100 à 200 grammes de teinture d'iode iodurée mélangée d'eau dans diverses proportions. L'injection laissée à demeure de cinq à dix minutes, on la retire; puis on ôte la canule; on applique sur la petite plaie une rondelle de diachylum, et l'on exerce une certaine striction sur le ventre à l'aide d'un bandage de corps.

Boinet faisait la ponction à la partie la plus supérieure du ventre, remplaçant la canule par une sonde de gomme élastique, à travers laquelle il poussait l'injection; prenait soin de malaxer le

kyste et de placer la malade dans des positions différentes pour que le liquide se mit en contact avec toute l'étendue des parois. D'autres laissent dans le kyste une partie ou même la totalité de l'injection; Robert en a laissé une fois 250 grammes, sans aucun accident. Cela peut servir à rassurer ceux qui ne pourraient retirer l'injection tout entière.

*Deuxième méthode. Suppuration.* — Il y a deux procédés principaux, selon qu'on se sert du bistouri ou du trocart.

*Incision. Procédé de Ledran.* — Dans les kystes multiloculaires et à liquide épais, Ledran faisant à la partie la plus déclive une incision longitudinale, détruisait les cloisons intérieures, vidait le kyste, et mettait dans la plaie d'abord une mèche ou un tente, puis plus tard une canule, pour favoriser l'issue du pus et faire des injections détersives.

*Ponction avec canule à demeure.* — J. Douglass, en 1848, a essayé la ponction au trocart, en laissant la canule dans la plaie. Boinet substituait à la canule une sonde de gomme bouchée avec un fausset par lequel il évacuait la suppuration et pratiquait des injections une, deux ou trois fois par jour.

*Troisième méthode. Ovariectomie.* — L'extirpation des kystes de l'ovaire avait été regardée comme possible par Félix Plater (1680) et Schorkopf (1685) et au XVIII<sup>e</sup> siècle Schlenker, Wiilius, Peyer, Van Swieten, Monteggia, Delaporte, Chambon, Hunter se prononcent pour l'opération. Houstoun, en 1701, fit le premier l'ablation d'une tumeur ovarique; mais sans avoir prémédité cette opération à laquelle il fut amené après avoir mis à découvert, par une incision de la paroi abdominale, la tumeur qu'il se proposait de ponctionner. C'est également sans projet arrêté d'avance que Morand fit l'extirpation d'un kyste ponctionné, dont une partie de la paroi suivit le trocart lorsque Morand voulut le retirer. Si, en 1776, Laumonier (de Rouen) enleva un ovaire, ce fut un ovaire sain qu'il avait mis à découvert en ouvrant un phlegmon iliaque. La première opération faite scientifiquement et de propos délibéré fut pratiquée en 1808 par Mac-Dowel, chirurgien américain, qui fit ultérieurement 12 autres ovariectomies et obtint 8 guérisons. Son exemple fut suivi en 1821 par Nathan Smith (du Connecticut); en 1829 par David Rodgers (de New-York); puis par Warren (de Boston), Billinger, Atlee.

En Angleterre, Lizars fit sa première opération en 1824; il fut

suivi par Granville (1827), Handyside (1845), Philipps (1840), Walne, Clag, Baker-Brown, Spencer Wells, et, à partir de 1858, le mouvement imprimé par les deux derniers opérateurs s'étendit à toute l'Europe.

L'Allemagne avait précédé l'Angleterre, car Chrysmar d'Isny, en 1820, avait déjà pratiqué trois ovariectomies. Il fut suivi par Ritter (1832), Quittenbaum (1834), Dohlhoff (1836), puis par Siebold, Shilling, Kiwisch, Martin, Langenbeck, Bardeleben.

En Russie, Krassowski (de Pétersbourg) fit sa première opération en 1862.

En France, bien que Delaporte et Chambon, en 1798, Hartmann, en 1807, Chereau en 1844 eussent conseillé l'opération, les premières opérations ne furent faites qu'en 1844 par Woyerkowsky et, en 1847, par Vaullegard et Rigaud; puis par Maisonneuve et Jobert. Nélaton ne la fit qu'en 1862, après avoir vu opérer Spencer Wells et Baker-Brown. Kœberlé suivit bientôt son exemple et l'ovariectomie s'introduisit dès lors dans la pratique chirurgicale française.

*Opération.* — L'étendue de l'incision varie, non pas avec le volume du kyste, mais avec sa réductibilité par la ponction. Si donc le kyste est ou paraît être uniloculaire, l'incision pratiquée sur la ligne blanche ne doit monter que jusqu'à l'ombilic, sans l'atteindre. Si, au contraire, les kystes sont nombreux et qu'on ne puisse s'attendre à les évacuer tous, l'incision sera prolongée plus ou moins au-dessus de l'ombilic, sur le côté duquel passe l'incision qui le contourne; l'incision doit être faite franchement jusqu'au péritoine, qu'il importe de ménager. Il ne faut l'ouvrir qu'après avoir arrêté la petite hémorrhagie que donnent quelquefois les artérioles contenues dans la paroi abdominale. Le péritoine, ouvert avec précaution sur un point, est sectionné avec des ciseaux conduits sur l'index de la main gauche introduit dans le ventre (fig. 780).

Le kyste, alors, se présente dans l'ouverture; il faut le ponctionner et le vider de manière à empêcher qu'aucune goutte du liquide qu'il contient ne pénètre dans la cavité abdominale. On se sert, pour la ponction, de trocarts spéciaux d'un calibre suffisant pour que le liquide puisse s'écouler facilement et rapidement, et munis d'un tube de caoutchouc servant à conduire le liquide dans un vase placé à côté du lit. De tous ces trocarts, celui auquel je donne la préférence et dont je me sers est celui de Kœberlé. Aussitôt que le trocart a pénétré, il faut faire saisir avec des pinces la paroi du kyste, sur le côté de la canule, afin

de l'empêcher de s'échapper, et lorsque l'évacuation du liquide a donné à la paroi une flaccidité suffisante, on attire le kyste sur la canule, on l'y retient par une ligature circulaire, et l'on s'op-

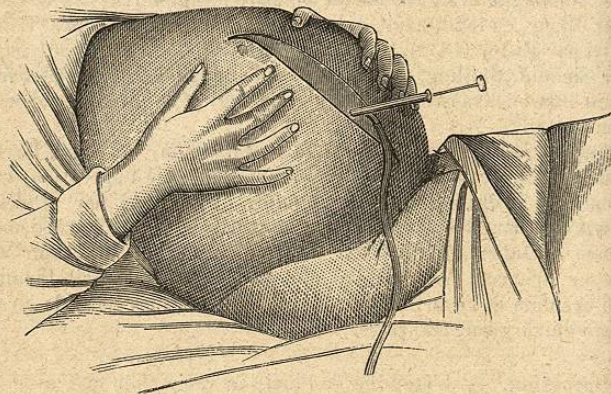


FIG. 780.

*Ovariectomie.* — Ponction du kyste (d'après Krassowski).

pose ainsi très efficacement à l'écoulement du liquide autour de la canule. Si le kyste est multiloculaire, sans retirer la canule, on la conduit à travers la poche déjà vidée sur la paroi du second

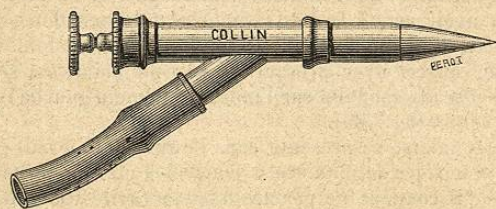


FIG. 781.

Trocart à ovariectomie.

kyste, on fait saillir la tige du trocart et l'on pratique une seconde ponction.

Le kyste, une fois vidé, on l'attire peu à peu au dehors, et il

ne s'agit plus que de sectionner son pédicule. Mais, les choses ne



FIG. 782.

*Ovariectomie.* — Extraction d'un kyste multiloculaire.

se passent pas toujours d'une façon aussi simple, on peut se trouver en présence de deux complications : les adhérences et les

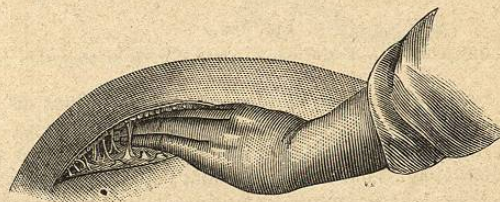


FIG. 783.

*Ovariectomie.* — Déchirure des adhérences molles.

hémorragies, qui suivent d'ordinaire la rupture des adhérences. Si, lorsque le péritoine a été ouvert, on constate des adhérences,

il faut introduire la main dans le ventre, l'appliquer à plat sur la surface du kyste et le décoller franchement de la paroi abdominale avec le bord cubital ou radial de la main. Le plus souvent les adhérences assez molles se déchirent facilement sans même donner de sang. Si elles sont plus résistantes, on est obligé de se servir du bistouri ou des ciseaux, et l'on saisit les vaisseaux entre les mors de petites pinces qu'on laisse à demeure jusqu'à ce que l'opération soit terminée. Mais si ces adhérences existent

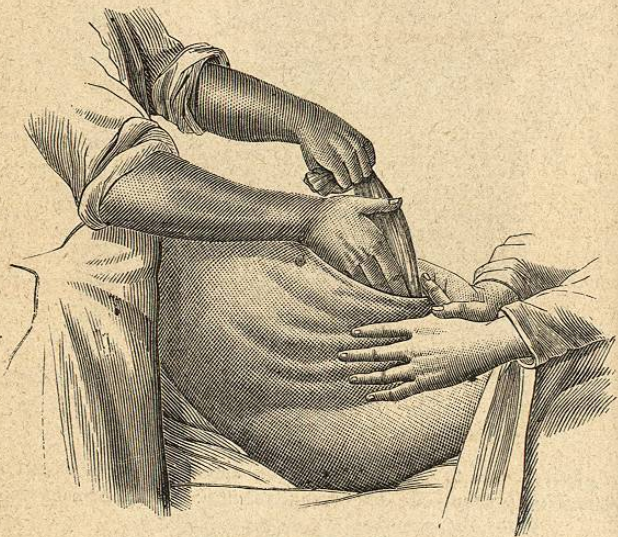


FIG. 784.

Ovariectomie. — Extraction du kyste (d'après Krassowski).

entre le kyste et l'intestin, si elles sont trop étendues en surface et trop serrées pour qu'on puisse les déchirer sans un danger évident, il ne faut pas hésiter à s'arrêter et à fermer le ventre; si des hémorragies ont eu lieu pendant l'opération, si du liquide s'est épanché dans le ventre, il faut procéder avec beaucoup de soin à ce qu'on a appelé « la toilette du péritoine », en se servant d'éponges fines soigneusement lavées et purifiées; mais il faut s'efforcer d'opérer de façon que cette toilette ne soit pas nécessaire.

Le kyste tiré au dehors, il faut le détacher et s'opposer à toute

hémorragie du côté du pédicule. Ici, deux procédés sont en présence: la plupart des chirurgiens, à l'imitation de Spencer Wells et de Baker-Brown, maintiennent le pédicule à l'extérieur, au moyen de *clamps*; d'autres, à l'exemple de Krassowski (de Saint-Petersbourg), laissent le pédicule dans le ventre et ferment hermétiquement l'abdomen.

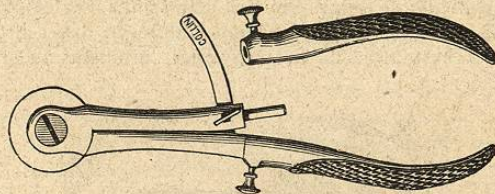


FIG. 785.

Clamp de Spencer Wells.

L'usage du clamp a longtemps prévalu, car il semblait présenter plus de sécurité contre le danger des hémorragies. Le *clamp* de Spencer Wells se compose de deux tiges articulées et réunies à l'une de leurs extrémités, l'autre se termine par des branches solides permettant d'exercer sur elles une forte pression, pou-

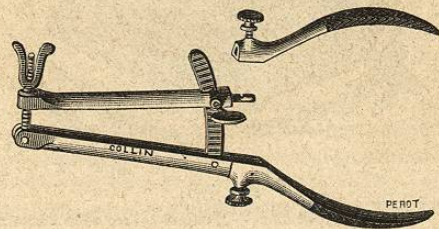


FIG. 786.

Clamp de Spencer Wells modifié.

vant être séparées et enlevées lorsque le clamp est en place. Le clamp a subi d'assez nombreuses modifications; on peut même lui substituer, comme le fait Kœberlé, un double fil de fer recuit qu'on serre avec un serre-nœud, ou une forte ligature en fil de chanvre.

Le clamp de Cintrat, basé sur le principe de l'écraseur linéaire et permettant d'entourer le pédicule d'une anse de fil de fer qu'on serre jusqu'au moment où le fil commencerait à diviser le pédi-

cule, est un de ceux qui me paraissent le mieux remplir le but. Quel que soit l'instrument dont on se sert, le clamp est maintenu à l'extérieur, en traversant le pédicule à ce niveau, avec une ou deux grosses aiguilles en forme de broche, qui doivent déborder suffisamment l'ouverture pour prendre leur point d'appui sur la peau de l'abdomen.

Si le pédicule ne devait pas être maintenu à l'extérieur, on le saisissait entre les mors du clamp-cautère de Baker-Brown, on séparait le kyste avec un cautère rouge, promené au niveau du

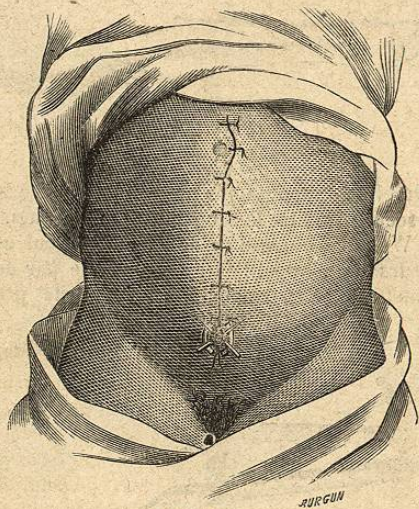


FIG. 787.

Ovariectomie. — Suture abdominale. -- Pédicule serré avec l'anse métallique et retenu par deux aiguilles sous lesquelles on a engagé des bouts de sonde.

clamp; puis, comme le fait Krassowski, on le saisissait entre les mors d'une pince spéciale ne le comprimant que sur quelques points, et l'on cautérisait avec un cautère en bec d'oiseau les vaisseaux donnant encore un peu de sang.

Aujourd'hui la réduction du pédicule est la méthode généralement suivie. On passe au travers du pédicule, qu'on amincit le plus possible en l'étalant, un certain nombre de ligatures de soie phéniquée qu'on serre fortement; on coupe l'excédent du pédicule à une petite distance des fils, mais assez loin, pour qu'ils ne glissent pas; on touche la tranche du pédicule avec la solution

phéniquée pour prévoir la putréfaction de la partie placée au delà des ligatures et l'on abandonne le pédicule dans le ventre.

Il ne reste plus qu'à fermer l'abdomen. On fait deux rangées de sutures, l'une profonde, allant jusqu'à la face externe du péritoine, en menant l'aiguille de manière à ce qu'elle ne traverse pas la séreuse; l'autre superficielle ne portant que sur la peau.

*Appréciation.* — L'ovariotomie est aujourd'hui le seul traitement régulier des kystes de l'ovaire. La ponction n'est qu'un traitement palliatif. Ces ponctions doivent être renouvelées de plus en plus fréquemment et il est rare que l'une d'elles ne détermine pas des accidents le plus souvent mortels. Ainsi, Krassowski, dans 43 cas de kystes de l'ovaire traités dans l'espace de cinq années par les ponctions, a eu comme résultat final : 1 guérison complète, 1 douteuse, 7 cas avec récurrence, mais dont l'issue définitive est inconnue et 34 cas de mort.

Cependant je suis loin de repousser absolument la ponction, je professe même que, dans les cas où l'on ne peut se prononcer sur le point de savoir si le kyste est mono ou multi-loculaire, il faut faire la ponction. En effet, si le kyste est mono-loculaire, si surtout c'est un kyste parovarique, la guérison peut être obtenue après une seule ponction, et j'ai obtenu ainsi une guérison qui a été durable dans un cas où, en 1864, je me proposais, si le kyste avait été multi-loculaire, de faire l'ovariotomie. Mais si, par l'examen, par le palper, par la percussion, on constate que le kyste est multi-loculaire, la ponction ne doit pas être faite et l'ovariotomie doit être pratiquée d'emblée. De même, si le kyste, quoique monoculaire, renferme un liquide visqueux, filant, gélatiniforme, sanguinolent, l'ovariotomie est formellement indiquée.

Il est des cas où, après avoir ouvert le ventre, il est prudent de s'arrêter sans vouloir quand même poursuivre l'extraction du kyste. La gravité de l'opération est en rapport, toutes choses égales d'ailleurs, avec l'étendue et la fermeté des adhérences. Si le kyste est adhérent de toutes parts, ou a de nombreuses anses intestinales, il faut ou refermer le ventre, ou, suivant les cas, ouvrir le kyste, le vider, suturer ses parois aux lèvres de la plaie afin que sa cavité communique librement avec l'extérieur et le laisser suppurer. On a pu de cette façon obtenir des guérisons inespérées.

Quels sont les résultats de l'ovariotomie? Ils sont assez exactement donnés par le rapprochement des statistiques suivantes, qui toutes sont intégrales et résument la pratique de chirurgiens ayant pratiqué de nombreuses ovariectomies.

|                           | Opérées | Guéries | Mortes | Mortalité<br>p. 100 |
|---------------------------|---------|---------|--------|---------------------|
| Clay (1844-1850).....     | 33      | 21      | 12     | 36                  |
| — (1850-1871).....        | 250     | 172     | 78     | 31                  |
| Baker Brown.....          | 138     | 85      | 53     | 38                  |
| Atlee (1844-1878).....    | 387     | 260     | 127    | 32                  |
| G. Thomas (1863-1881)..   | 203     | 154     | 49     | 24                  |
| Dunlap (1843-1882).....   | 169     | 134     | 35     | 20                  |
| Kimball.....              | 267     | 202     | 65     | 24                  |
| Spencer Wells (1858-1880) | 1000    | 768     | 232    | 30                  |
| Keith (1862-1882).....    | 381     | 340     | 41     | 10                  |
| Péan (1881).....          | 306     | 245     | 61     | 19                  |
| Kœberlé (1878).....       | 306     | 231     | 75     | 24                  |
| Krassowski (1862-1883)..  | 128     | 70      | 58     | 45                  |
| Schrœder (1877-1882)...   | 300     | 258     | 42     | 14                  |
| Netzel (1869-1884).....   | 200     | 166     | 34     | 17                  |
| Lawson Tait.....          | 405     | 372     | 33     | 8                   |
| Olshausen (1876-1885)...  | 293     | 266     | 27     | 9                   |
| Total.....                | 4766    | 3744    | 1022   | 21.4                |

La moyenne de la mortalité après l'ovariotomie pourrait donc être établie à 20 p. 100 environ. Mais il faut noter que quelques-unes de ces opérations, un certain nombre même, sont antérieures à 1872 et que la mortalité a dû diminuer et a diminué depuis la vulgarisation de l'antisepsie. Il est difficile, cependant, de l'abaisser comme moyenne au-dessous de 15 à 16 p. 100, bien qu'on puisse citer les statistiques de Keith (10 p. 100), Olshausen (9 p. 100) et les 100 opérations de Spencer Wells, de 1878 à 1880 (11 p. 100). Celle de Lawson Tait serait seulement de 8 p. 100.

Quelle a été l'influence de la méthode antiseptique sur les résultats de la mortalité après l'ovariotomie ? Il est quelques rares fanatiques pour lesquels l'ovariotomie faite suivant les règles de l'antisepsie rigoureuse ne serait jamais suivie de mort, ou du moins la mort n'arriverait que par suite de l'inobservance de quelque règle du rituel. Ce n'est pas pour ceux-là que j'écris ; mais beaucoup de jeunes chirurgiens s'imaginent que l'ovariotomie, comme beaucoup d'autres opérations de chirurgie abdominale, n'est devenue possible que grâce à l'antisepsie. C'est là une profonde erreur. Spencer Wells avait pratiqué 600 ovariectomies de 1858 à 1874, Clay 283 avant 1871, ce qui prouve que l'ovariotomie était largement entrée dans la pratique avant la promulgation du dogme antiseptique. Spencer Wells lui-même, dont les résultats ont été en s'améliorant, n'attribue pas cette amélioration à la pratique de l'antisepsie. Il faut remarquer qu'à cette même époque on abandonnait le clamp pour le traitement intra-péri-

tonéal du pédicule. Et puis, il faut bien le dire, au fur et à mesure qu'on acquerrait plus d'expérience, on hésitait moins à laisser inachevées et même à ne pas faire des ablations totales que l'ouverture du ventre faisait reconnaître comme impraticables ou trop dangereuses. Tout cela ne pouvait que contribuer à faire diminuer la mortalité. Mais la cause principale, c'est qu'on avait fini par reconnaître comme vrai ce que je proclamais depuis 1865, que l'infection purulente, la septicémie, est contagieuse et qu'on prenait dès lors des précautions contre la contamination par le chirurgien, ses instruments, ses aides, ses éponges.

J'ai raconté comment, en 1863 et 1864, toutes les opérations faites par les chirurgiens des hôpitaux de Paris dans la petite maison louée à cet effet à Meudon par l'administration des hôpitaux avaient été suivies de mort, et comment une seule, faite par Boinet, avait réussi. C'est que nos collègues apportaient avec eux de l'hôpital d'où ils sortaient, et dont sortaient aussi les éponges et les objets de pansement, les germes contagés de l'infection ; tandis que Boinet, étranger aux hôpitaux, ne se servant ni d'instruments, ni d'éponges, ni de pansements contaminés, n'apportait pas avec lui l'infection purulente hospitalière.

L'ovariotomie est une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne. Elle expose, il est vrai, à de sérieuses chances de mort opératoire ; mais, une fois la guérison obtenue, elle est presque toujours définitive, et par conséquent les risques opératoires sont largement dépassés par le bénéfice que peut donner l'opération.

#### Castration chez la femme. Opération de Battey.

Laumonier (de Rouen), en 1776, extirpa un ovaire flottant dans un abcès de la fosse iliaque. Pott, en 1777, enleva sur une femme de 23 ans deux tumeurs inguinales douloureuses ; elles contenaient les ovaires. Kœberlé, en 1869, dans une opération d'hystéroraphie pour une rétroversion utérine, enleva l'ovaire gauche. Ces opérations faites accidentellement ne doivent être citées que pour mémoire.

Hégar, le 27 juillet 1872, pour guérir une névralgie ovarienne chez une morphinomane, fit le premier l'extirpation des deux ovaires dans un but déterminé ; malheureusement pour lui, la malade étant morte, Hégar, comme cela n'est que trop fréquent en pareil cas, ne publia pas l'observation qu'il ne fit connaître qu'en 1876. Battey, de Rome (Georgie), le 17 août 1872, ayant affaire à une malade atteinte d'aménorrhée et de névralgie de l'ovaire, lui fit