

	Opérées	Guéries	Mortes	Mortalité 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

la double castration par la voie abdominale. La malade guérit. Battey publia son observation et, en 1876, il publiait 9 autres cas de cette opération nouvelle qu'il appela *normal ovariectomy*. En janvier 1876 Trenholme pour amener la ménopause prématurée dans un cas de corps fibreux fit la même opération, qu'Hégar répéta la même année deux fois pour le même motif. Depuis cette époque, l'opération est entrée largement dans la pratique et nous verrons qu'on en a effroyablement abusé. Avant d'indiquer les cas dans lesquels la castration bilatérale ou unilatérale a été appliquée, nous allons décrire l'opération elle-même.

Castration par la voie vaginale. — L'opération est d'une assez grande difficulté puisqu'il faut opérer au fond du vagin. On atteint difficilement les ovaires et lorsqu'on les atteint il est encore fort peu aisé de lier leurs pédicules. Toutes ces raisons ont fait abandonner l'opération par la voie vaginale, et je crois inutile de la décrire.

Castration par la voie abdominale. — L'incision est faite soit sur la ligne blanche, soit dans la région inguinale. Cette dernière incision a surtout été employée quand il ne s'agissait que de l'extirpation d'un seul ovaire; mais, outre que l'opération dans la plupart des cas où elle est appliquée a pour but d'enlever les deux ovaires et comporte par conséquent une incision médiane pouvant permettre d'agir sur les deux côtés successivement, même lorsqu'il s'agit d'une ovariectomie unilatérale, on se trouve mieux d'agir sur la ligne blanche. En effet, on est plus exposé aux hémorrhagies quand on agit au milieu des muscles et l'on ne peut facilement agrandir l'incision, ce qui est parfois nécessaire au cours de l'opération. C'est donc à l'incision sur la ligne blanche qu'on s'accorde à donner la préférence.

Les conditions opératoires ne sont plus les mêmes que dans l'ovariotomie. La paroi abdominale n'est plus distendue et amincie par le développement exagéré de la tumeur ovarique; la couche graisseuse sous-cutanée est parfois assez épaisse et les muscles droits au lieu d'être fort écartés l'un de l'autre sont parfois au contact. L'espace qui sépare l'ombilic du pubis resté normal est, par conséquent, beaucoup plus court et la paroi est plus vasculaire au niveau de la ligne blanche.

L'incision commence à 2 ou 3 centimètres au-dessus du pubis. Elle doit être faite avec précaution et, de peur de blesser la vessie, il est indispensable de pratiquer préalablement le cathétérisme. L'étendue de l'incision est variable; Battey a pu se contenter

d'une longueur de 6 centimètres; la longueur ordinaire est de 8 à 9 centimètres, 11 à 12 sont souvent nécessaires. Du reste, si on se trouve gêné par une incision trop courte, on l'agrandit avec des ciseaux, en prenant les plus grandes précautions pour ne pas blesser l'intestin.

Il ne faut pas oublier que, dans cette opération, bien plus que dans l'ovariotomie, l'intestin a de la tendance à se présenter à la plaie et à faire saillie au dehors.

Une fois le péritoine incisé, on introduit une éponge ou une compresse mouillée pour éloigner l'intestin et on suture provisoirement, sur chaque lèvres de la plaie, le péritoine à la peau. On peut cependant s'abstenir de cette manœuvre, conseillée par Hégar dans le but d'éviter la dissociation et le froissement des parties constituantes de la paroi abdominale. Cela fait, on introduit deux doigts dans le ventre, la face dorsale du côté de l'intestin, on suit la paroi abdominale jusqu'à l'utérus, puis la face postérieure de cet organe qu'on cherche à attirer en avant et l'on se porte alors sur les parties latérales à la recherche de l'ovaire. Cet organe est parfois très difficile à saisir et plus difficile encore à attirer dans la plaie. Il adhère au ligament large, à la trompe, à la partie latérale de l'utérus, même parfois à l'intestin et à l'épiploon, et il peut être masqué par des exsudats plastiques organisés. Si les adhérences sont faibles, peu étendues, peu résistantes, on peut essayer de les détruire avec les doigts; mais s'il en est autrement, il faut n'agir qu'en s'aidant de la vue, agrandir l'ouverture, et l'on a même quelquefois sectionné en travers une partie du muscle grand droit. Si les adhérences sont épaisses, on les coupe entre deux ligatures; si la trompe adhère à l'ovaire on l'enlève avec cet organe en liant son pédicule.

Les difficultés sont plus grandes encore dans les cas de castration pour fibromes, car l'on est fort gêné par le volume même de la tumeur, derrière laquelle est caché l'ovaire souvent refoulé en arrière et en bas. Lorsque l'ovaire a été isolé, on applique des ligatures, en nombre variable suivant le volume du pédicule, et on le coupe en laissant un moignon suffisant pour qu'on n'ait pas à craindre de voir ces ligatures glisser et se détacher.

Outre la péritonite qui peut être la suite de toutes les opérations de cette nature, on a surtout à redouter l'hémorrhagie. Hunter, dans un cas semblable, rouvrit le ventre pour aller à la recherche du vaisseau, mais il perdit sa malade. On ne saurait encourager cette conduite. Il est si difficile dans ces circonstances

de pouvoir plonger le regard dans les parties profondes du bassin qu'on est à peu près certain de ne pas réussir, et la réouverture du ventre dans ces conditions expose terriblement à la péritonite. La plupart des opérateurs conseillent l'abstention. Des métrorrhagies ont été quelquefois observées dans les premiers jours; enfin les brides, les adhérences entre le pédicule, l'épiploon, l'intestin ont parfois aussi déterminé une occlusion intestinale.

Appréciation. — Nous avons maintenant à rechercher quelle est la valeur thérapeutique de la castration et par conséquent quelles sont les affections pour lesquelles on peut être autorisé à la pratiquer. Voyons tout d'abord quels dangers de mort elle fait courir aux malades. Olshausen nous a donné les principales statistiques. Hegar dans sa dernière édition de 1881 dit avoir fait 50 opérations et avoir perdu 7 malades, c'est une mortalité de 14 p. 100. Il cite 76 autres opérations faites par d'autres opérateurs avec 17 morts ou 22.4 p. 100 de mortalité. Au total 126 opérations et 24 morts. Mathew-Mann, pour 162 opérations, trouve 26 morts = 16 p. 100. Fehling, dans un mémoire lu au Congrès international de Londres, conclut à une mortalité de 18 p. 100. On voit que la mortalité est assez élevée, même si nous l'abaïssons au chiffre de 16 p. 100, puisque cela donne une morte sur six opérées, et nous verrons que la castration a été faite dans bien des cas où la vie n'était pas en danger. Examinons maintenant dans quels cas l'opération a été, peut être, ou doit être pratiquée.

1° *Castration pour fibromes utérins.* — L'observation a montré que, dans la plupart des cas, les fibromes utérins cessent de croître lorsqu'est arrivée la ménopause. Or les tumeurs utérines peuvent menacer la vie des malades de deux manières : par l'accroissement du volume de la tumeur, par les hémorrhagies qui accompagnent assez souvent les fibromes. J'ai dit plus haut que la mortalité était très élevée après l'enlèvement des tumeurs fibreuses par la voie abdominale, puisque les statistiques intégrales des opérateurs ayant pratiqué un nombre notable de ces opérations avaient donné pour Péan une mortalité de 34 p. 100, pour Kœberlé 52, pour Spencer Wells 62, pour Billroth 60, pour Gusserow 55; au total 227 opérations avec 119 morts ou 52 p. 100 de mortalité.

Une pareille mortalité pouvait engager à chercher dans une autre opération le moyen d'arriver à faire disparaître les hémor-

rhagies et à arrêter le développement des tumeurs en amenant la ménopause prématurée; c'est à la castration qu'on a eu recours. Quels ont été les résultats? Hegar, sur 13 cas a eu 10 guérisons opératoires et 3 morts, ou 23 pour 100 de mortalité. Wiedow en 1885 donne une statistique de 149 cas avec 15 morts, ce n'est plus qu'une mortalité de 10 pour 100. Tissier, dans sa thèse de 1885, arrive au chiffre de 71 opérations avec 25 morts, soit une mortalité de 14.6, près de 15 pour 100. Or, comme cette statistique est basée sur le rapprochement d'observations publiées dans les journaux ou mémoires, ce chiffre de 15 pour 100 est certainement un chiffre atténué. Quoi qu'il en soit, il est loin de celui de 52 pour 100 et il faudrait accepter la substitution de la castration à l'ablation des tumeurs, si la guérison opératoire avait assuré toujours la guérison de la maladie.

La castration est destinée à amener la ménopause et la cessation des hémorrhagies; or, la cessation des règles n'est pas un effet constant. Goodell sur 98 opérées guéries a compté 78 fois la cessation des règles, mais 20 fois leur persistance. 8 fois elles étaient irrégulières, 12 fois elles étaient plus longues, c'est donc 25 pour 100 d'insuccès thérapeutiques, ajoutés à 16 pour 100 d'insuccès opératoires, au total 41 pour 100 d'insuccès. Wiedow, sur 76 cas, note 61 fois la cessation des règles et 15 fois leur persistance, mais avec diminution. Olshausen donne le résultat de sa pratique personnelle. Sur 13 opérées il a eu 4 morts ou 30 pour 100 de mortalité; sur les 8 malades survivantes (une doit être éliminée, l'opération étant trop récente) il y eut 6 fois cessation des règles, 1 fois diminution, 1 fois insuccès complet et il fallut enlever l'utérus; c'est 55 pour 100 d'insuccès en comprenant les cas mortels.

L'action de la castration sur la tumeur a été notée dans un certain nombre d'observations. Hegar sur 10 opérées guéries a vu la tumeur 8 fois diminuer; une fois il fallut faire ultérieurement l'énucléation, une fois il y eut augmentation et la mort survint le neuvième mois. Wiedow, sur 76 cas, a noté 63 fois la diminution, 10 fois aucun changement, 3 fois l'accroissement de la tumeur, c'est donc 20 pour 100 d'insuccès. En résumé, la castration paraît donner 1 chance de mort sur 6; plus 1 chance sur 5 d'insuccès thérapeutique, au total 37 chances sur 100 d'amener la mort ou d'être inutile. Mais comme la mortalité de l'ablation par la voie abdominale paraît être au moins aussi élevée, il semblerait logique de préférer la castration à l'ablation. Ce ne serait cependant pas tout à fait ma conclusion, et il me semble qu'il faut faire ici une distinction importante. Dans les cas de fibromes

sous-péritonéaux ou interstitiels, mais se développant du côté de la cavité abdominale et acquérant rapidement un volume tel qu'ils deviennent incompatibles avec la vie, je crois préférable de recourir à l'ablation. La castration est difficile et par conséquent dangereuse, elle peut ne pas être suivie du retrait de la tumeur. Si, d'un autre côté, l'ablation fait courir des dangers immédiats peut-être un peu plus grands, elle a au moins l'avantage de donner une guérison complète et définitive. C'est la conduite que j'ai suivie, dans un cas où le myome excédait la grosseur d'une tête d'adulte, et la malade a guéri sans accidents. Au contraire, dans les cas de myomes petits, ayant peu de tendance à s'accroître, mais amenant des hémorrhagies, la castration me paraît préférable. Dans les corps fibreux accessibles par le vagin l'énucléation est la meilleure conduite à tenir. Il est à peine utile de dire que, chez les femmes âgées de plus de quarante ans, n'ayant pas d'hémorrhagies graves, et dont le myome ne s'accroît que lentement, l'intervention par l'une ou l'autre opération n'est en aucune façon acceptable.

2° *Castration pour dysménorrhée due à des occlusions des voies génitales.* Tissier a rassemblé 19 observations dans lesquelles l'ablation des ovaires a été faite pour empêcher les règles. Dans quelques cas, il y avait absence d'utérus ce qui rend fort douteuse l'utilité de l'intervention ; dans quelques autres, il y avait imperforations du vagin. Sur ces 19 opérations, il y eut 3 morts. Je ne nie pas que, dans des conditions analogues, la castration ne puisse être indiquée; mais dans l'atrésie vaginale, et même dans l'absence du vagin les succès que j'ai obtenus me feront toujours préférer de tenter d'abord les opérations beaucoup moins dangereuses, ayant au moins pour résultat de donner à la malade le vagin qui lui manque.

3° *Castration pour hystérie, hystéro-épilepsie et troubles nerveux divers.* — Ici nous touchons au point où une véritable folie opératoire s'est emparée de quelques chirurgiens. Chercher à guérir l'hystérie et l'hystéro-épilepsie par l'ablation des ovaires c'est regarder ces névroses comme ayant leur point de départ dans l'ovaire, ce qui est loin d'être la vérité. Que quelques opérations aient été faites avec des indications suffisantes dans les cas où l'on constatait une augmentation dans le volume de l'ovaire, l'existence de modifications matérielles dans la région; que quelques opérations aient été suivies de succès, je ne le nie pas et je ne nie pas davantage qu'il existe des cas où la castration soit tout à fait indiquée; mais ce que j'affirme, c'est qu'on a

pratiqué cette opération avec une légèreté coupable, et j'oserais dire parfois criminelle. On l'a faite au hasard, à l'aveugle, dans l'espoir de modifier le caractère des malades, pour amener chez elles « un changement de vie ». On l'a pratiquée pour la nymphomanie, la morphinomanie, la myélite chronique, la dyspnée cardiaque, l'ostéomalacie que l'opérateur déclare avoir été améliorée par la castration! Ce qui est étrange, ce qui est grave, c'est que, dans beaucoup de cas, l'opération a été faite sans qu'on ait rien tenté auparavant des moyens qui pouvaient amener la guérison. Tarnier rapporte le cas d'une jeune fille à laquelle deux chirurgiens voulaient enlever les ovaires pour la guérir d'une hystérie avec paraplégie. Tarnier, consulté, conseilla simplement l'hydrothérapie qui suffit à amener une guérison complète. Une observation d'Israel mérite d'être mentionnée. Une jeune fille hystéro-épileptique devait subir la castration conseillée par les consultants. On l'endormit, on fit une incision à la paroi abdominale, sans intéresser le péritoine et l'on fit la suture. La malade fut complètement guérie. Quoique partisan d'une opération qu'il a pratiquée le premier et souvent répétée, Hegar établit ainsi ses indications : « La castration est indiquée dans les cas d'anomalie et de maladie mettant directement la vie en jeu, pouvant amener la mort dans un court espace de temps, ou bien capable de produire une infirmité de longue durée faisant continuellement des progrès en enlevant tout bien-être et toute jouissance de la vie. Nous supposons, bien entendu, que tout autre moyen de traitement ne permettrait pas d'espérer un résultat ou bien que tout aurait été employé sans succès, tandis que l'ablation des ovaires paraît seule capable d'amener la guérison. » Je souscris complètement à ces propositions. Spencer Wells s'élève contre la fréquence exagérée avec laquelle cette opération est pratiquée en Angleterre. Battey lui-même en témoignait son étonnement au congrès international de Londres. Si elle est un peu moins pratiquée aujourd'hui, c'est que la folie opératoire se donne actuellement carrière sur un autre terrain : la cure radicale des hernies et la salpingotomie.

Opérations sur les trompes. Salpingotomie.

Les trompes utérines peuvent être le siège de plusieurs lésions. Dans les cas de rétention menstruelle par atrésie de l'utérus et du vagin et aussi dans d'autres conditions pathologiques elles peuvent être transformées en kystes hématiques. Elles peuvent être le siège de kystes ou de collections purulentes consécutives à leur inflam-

mation et à celle des annexes de l'utérus. Lorsque l'on constate par le toucher vaginal et la palpation abdominale l'existence de collections liquides, on peut leur donner issue par une ponction pratiquée soit par le vagin, soit par le rectum; on peut les attaquer plus directement par la laparotomie, enfin on a pratiqué par la voie abdominale l'ablation de la trompe.

1° *Ponction vaginale.* — Elle se fait avec le bistouri ou le trocart, à moins que la collection sanguine ou purulente ne fasse une saillie appréciable dans le vagin et que le doigt perçoive nettement la fluctuation dans un des culs-de-sac vaginaux; il est prudent de faire tout d'abord une ponction aspiratrice. La ponction faite et la collection vidée on peut, en laissant la canule dans la plaie, pratiquer de suite plusieurs lavages avec une solution antiseptique pour empêcher l'altération du pus et une fois le lavage effectué, dilater l'ouverture et y introduire un drain. Cette pratique n'est pas à recommander, la réunion par première intention de ces foyers, sur lesquels on ne peut exercer aucune compression, est rare; il faut donc s'attendre à voir la suppuration continuer quelque temps et il faut qu'elle puisse s'écouler librement. Lors donc que la ponction n'a plus laissé de doute sur l'existence d'une poche hématique ou purulente, il faut retirer le trocart, et faire à l'endroit de la ponction une ponction et une incision avec le bistouri de manière à permettre l'écoulement du liquide. L'incision doit être aussi en arrière que possible, de peur de blesser les urètres si on la faisait trop en avant.

2° *Ponction rectale.* — La ponction et l'incision par le rectum ont souvent été faites lorsque l'abcès proéminait de ce côté; mais il faut, toutes les fois que cela est possible, préférer la voie vaginale. Les ouvertures du côté du rectum restent le plus souvent fistuleuses; l'on ne peut, aussi bien que par le vagin, pratiquer des lavages de la poche; enfin la communication avec l'intestin peut avoir des inconvénients sur lesquels il n'est pas besoin d'insister.

3° *Ponction abdominale.* — Elle se fait lorsque le phlegmon, comme ceux du ligament large, vient faire saillie à la paroi abdominale au-dessus du ligament de Fallope. Il faut inciser la peau avec précaution, introduire le doigt, rechercher de nouveau la fluctuation, pénétrer jusqu'au foyer en décollant le tissu cellulaire avec le bec de la sonde cannelée, et, lorsqu'on atteint le foyer, agrandir par déchirure l'ouverture, faire des lavages successifs jusqu'à ce qu'il ne sorte plus de pus, placer un drain dans l'ouverture et appliquer un bandage comprimant énergiquement et

régulièrement le fond du foyer. J'ai pu de cette manière arriver deux fois à guérir en quelques jours de ces abcès profonds provenant du ligament large et dus peut-être à une salpingite suppurée.

4° *Laparotomie.* — L'incision se fait sur la ligne blanche à deux travers de doigt au-dessus du pubis et dans les conditions que j'ai dites plus haut à propos de la castration. L'incision doit être petite, mais toutefois suffisante pour qu'on puisse introduire quatre doigts et s'il le faut toute la main. Les doigts introduits dans le ventre vont chercher l'utérus, puis se portent sur les parties latérales à la recherche de la trompe. Quelquefois la trompe est libre, le plus souvent elle a contracté des adhérences avec l'épiploon, l'intestin, les organes voisins du petit bassin et même elle se trouve comme perdue au milieu de produits inflammatoires plus ou moins organisés. Après avoir reconnu la trompe, on porte les doigts à sa face postérieure en cherchant à la détacher de ses adhérences, puis au-dessous d'elle, et l'on s'efforce de la libérer et de l'attirer vers l'ouverture de la plaie. Lorsqu'on a pu pratiquer cet isolement, on passe au-dessous de la trompe une double ligature, l'une portée en dehors vers les adhérences au bassin, l'autre portée en dedans vers l'utérus et l'on enlève tout ce qui est compris entre les deux ligatures. La résection faite, on peut avec le thermo-cautère cautériser les surfaces de section.

Lorsque l'opération a été faite dans des cas où il y a une pyo-ou une hémato-salpingite, la poche peut se rompre pendant les manœuvres opératoires et dans ces cas il faut procéder à un nettoyage complet et soigneux du petit bassin. L'opération du reste n'est en aucune façon comparable à une ovariectomie, opération régulière qui, sauf les cas d'adhérences organisées, ne laisse dans le bassin aucune surface saignante. Ici on a procédé par décollement, par déchirure, il reste le plus souvent une assez large surface saignante qui fournira ultérieurement une sécrétion séro-sanguinolente, quelquefois purulente assez abondante et le drainage de la cavité abdominale est presque toujours une nécessité. Ce drainage peut être pratiqué soit avec un tube de verre soit avec un drain de caoutchouc. Parfois une incision est faite dans le cul-de-sac vaginal et c'est par le vagin que sort le tube à drainage. Mikulicz place dans le bassin un bon nombre de bandelettes de gaze iodoformée et les retire successivement une à une jusqu'à cessation de l'écoulement; la paroi abdominale au-dessus de la partie laissée libre pour le passage des drains est suturée à l'ordinaire.

Appréciation. — L'intervention chirurgicale jusque dans ces dernières années n'avait lieu que dans les cas où l'on constatait l'existence d'une collection liquide purulente ou hématique, pouvant avoir son origine dans les trompes, l'ovaire ou le ligament large et prédominant, soit du côté du vagin, soit du côté de la paroi abdominale.

Dans ces dernières années on a proposé d'intervenir par la laparotomie dans les cas où l'on constate un abcès profond du petit bassin, encore éloigné de la paroi abdominale. En effet, dans ces cas où la collection purulente, au lieu de se glisser sous le péritoine pour arriver au-dessus l'arcade de Fallope, repousse le péritoine en se portant du côté du petit bassin, il vaudrait mieux faire une laparotomie régulière, que d'inciser la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque, pour tomber dans la cavité péritonéale alors qu'on croit tomber dans la cavité purulente. Mais dans ces cas, il n'est pas même besoin d'une laparotomie. L'expérience nous a montré qu'il ne faut pas se presser d'intervenir et qu'avec un peu de patience, on ne tarde pas, dans l'immense majorité des cas, à voir l'abcès s'approcher peu à peu de la paroi abdominale. Il ne faut pas se préoccuper outre mesure de voir la collection purulente s'ouvrir dans la cavité péritonéale et amener une péritonite. C'est un accident tout à fait exceptionnel. Le péritoine au contact de l'abcès s'enflamme et s'épaissit par la formation et l'organisation d'exsudats plastiques. Si des adhérences se font avec l'intestin, ce travail s'arrête au niveau de ces adhérences; mais l'inflammation ulcéralive continue et c'est dans l'intestin que se fait l'ouverture, accident dont il ne faut pas s'exagérer la gravité, puisque c'est au contraire un des modes de guérison. Il en est de même de l'ouverture spontanée du côté du vagin.

Cependant les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement et il est des cas où l'on peut craindre de voir la rupture s'effectuer; il en est aussi où l'on peut constater par le toucher rectal et vaginal l'existence d'une tuméfaction considérable de la trompe distendue par du liquide. Dans ces cas un peu exceptionnels, après un diagnostic aussi rigoureusement établi que possible, et lorsqu'on ne croira pas pouvoir obtenir la guérison sans opération, on pourra être autorisé à pratiquer l'ablation de la trompe, ou plutôt de la trompe et de l'ovaire, car fort souvent les deux organes sont enlevés en même temps.

Mais ce n'est pas seulement dans ces conditions que la laparotomie et la salpingotomie ont été pratiquées. Sous l'influence et à l'exemple de Lawson Tait on a fait cette opération dans des cas mal définis, d'un diagnostic toujours douteux, dans lesquels

une inflammation des annexes amène l'induration du tissu cellulaire péri-utérin, des exsudats inflammatoires, des adhérences et l'immobilité de l'utérus. Ces lésions qui s'accompagnent de troubles divers nécessitent un traitement souvent long, qui dure parfois plusieurs mois et dont le repos aidé de l'emploi des cataplasmes vaginaux et abdominaux forme la base. Mais la guérison, sinon complète et radicale, du moins suffisante, est la règle, et après une carrière chirurgicale déjà longue j'ai peine à me rappeler avoir rencontré quelques cas fort rares où la mort a été la conséquence de la maladie.

L'enlèvement des trompes par la laparotomie est loin d'être une opération sans gravité. Martin, sur 18 cas où il a opéré pour de grosses tumeurs des trompes, a perdu 5 malades; c'est une mortalité de 27 p. 100. Sur 80 cas de salpingotomie pour diverses causes, sa mortalité est de 12 p. 100. Schlesinger cité par Monprofit a relevé 274 opérations avec 24 morts (9 p. 100); Mundé sur 13 opérations a eu une mort; Meinert une sur 15 opérées (6 p. 100); Orthmann sur 21 cas de salpingo-ovariotomie a eu 2 morts (9.5 p. 100); Routier sur 10 opérations a eu 2 morts (20 p. 100). Lucas-Championnière sur 21 a eu 1 mort (5 p. 100); Terrier 1 mort sur 8 opérées (12 p. 100).

Au prix de ces dangers les malades trouvent-elles au moins une guérison complète, radicale? Il est permis d'en douter. Beaucoup de malades n'ont pas été revues, d'autres n'ont été suivies que peu de temps; dans les cas favorables, l'observation se borne à noter que « l'état est très satisfaisant; qu'il n'y a plus de douleur ni de fièvre, que la malade se lève et peut être considérée comme guérie; qu'elle peut avec certains ménagements se livrer à ses occupations ordinaires ». Il n'y a là rien de plus que ce que l'on obtient par le traitement médical qui lui, du moins, ne met pas la vie en péril. Du reste, après avoir été pratiquée avec une déplorable facilité en Amérique, en Angleterre et en Allemagne, l'opération rencontre aujourd'hui à l'étranger une froideur marquée et même une sérieuse réprobation. Coe s'élève vivement contre l'abus de cette opération. Martin (de Berlin) ne l'accepte que dans les cas où il existe une tumeur bien nette; Emmet en 1884 disait: « Il y a aujourd'hui plus d'hommes en Amérique qui saisissent la première occasion d'opérer une tumeur ovarique, qu'il n'y en avait il y a trente ans qui désiraient enlever une amygdale », et dans cinq ans, disait-il ailleurs, aucun chirurgien consciencieux ne voudrait opérer les deux tiers des cas qu'on opère actuellement. Martin dit qu'il faut avant d'opérer épuiser tous les traitements de dou-

ceur. Polk déclare que le plus grand nombre des salpingites guérissent spontanément; il avait cru jadis qu'il fallait les opérer. Goodel pense que jamais on n'a abusé autant d'une opération. Or, c'est au moment où l'on s'élève à l'étranger contre l'abus de cette opération, que quelques chirurgiens français se lancent dans la pratique de la salpingotomie avec une ardeur regrettable. Espérons qu'ils suivront bientôt les chirurgiens étrangers dans leur réaction, non contre l'usage, qui peut être justifié dans quelques cas exceptionnels, mais contre l'abus actuel de la salpingotomie.

CHAPITRE XII

Grossesse extra-utérine.

L'œuf fécondé peut, par anomalie de position, se développer dans la trompe, dans la trompe et l'utérus, dans l'ovaire, dans une corne utérine rudimentaire, dans l'abdomen. Le fœtus continue son évolution plus ou moins complète dans ce siège anormal, mais, comme il ne peut être expulsé par les voies naturelles, il se produit des phénomènes morbides qui peuvent se résumer sous les trois chefs suivants : 1° le fœtus meurt et se transforme en lithopœdions qui peuvent séjourner de longues années dans l'abdomen; 2° le kyste fœtal se rompt et il se produit une hémorrhagie mortelle pour la mère et pour le fœtus; 3° le fœtus agissant comme corps étranger détermine une inflammation plus ou moins vive et il est éliminé par des voies diverses.

Kiwisch sur 100 observations n'a trouvé que 18 guérisons; 7 fois par élimination spontanée du fœtus, 8 fois par conservation et transformation du fœtus, 1 fois l'enfant et la mère survécurent à l'opération, 2 fois la mère seule fut sauvée par l'intervention chirurgicale; c'est donc une mortalité de 82 p. 100.

Voir Hecker en réunissant 132 cas de grossesse abdominale a trouvé 76 guérisons : 62 après expulsion spontanée, 14 après intervention chirurgicale. Dans les 56 cas mortels, la mort survint 44 fois après expulsion spontanée, 12 fois après intervention chirurgicale; c'est une mortalité de 42 p. 100. Sur 150 grossesses tubaires dont les observations ont été rassemblées par Henning, il y eut 133 morts, dont 6 après opérations, et seule-

ment 17 guérisons dont 11 après intervention chirurgicale. La mortalité atteint ici 88 p. 100 et il faut tenir compte du résultat heureux des 11 opérations, car sans elles la mortalité eût été probablement de 96 p. 100.

La gravité de la grossesse extra-utérine devait, on le conçoit, engager les chirurgiens et les accoucheurs à intervenir, soit pour arrêter la marche de la grossesse, soit pour extraire le fœtus ou l'enfant arrivé à terme. Scanzoni a conseillé la ponction du kyste fœtal. Martin la fit au travers des parois de l'abdomen; Braxton Hicks, Simpson, Greenlach par le vagin. Seule Popérée de Greenlach survécut. Joulin propose de tuer le fœtus en injectant dans l'œuf de la morphine; Friedreich et Kœberlé réussirent par ce moyen; Rennert réussit également par la morphine unie à l'acide phénique. Burci et Bacchetti dans deux cas tuèrent le fœtus en introduisant deux aiguilles à acupuncture qu'ils mirent en rapport avec une batterie galvanique. La mère guérit. Ce procédé fut employé avec succès dans ces dix dernières années par Lovring, Landes, Garrigues, Rockwell, Munde, Bozeman et Gaillard Thomas.

Il était naturel qu'on songeât à extraire le fœtus par une opération chirurgicale, tantôt dans les premiers mois de la grossesse pour prévenir la rupture du kyste, tantôt à une époque plus avancée avec l'espoir de sauver l'enfant. L'opération s'est faite le plus souvent par la laparotomie, quelquefois par la kolpotomie, c'est-à-dire par l'incision vaginale.

1° *Elytrotomie*.— Il est des cas dans lesquels le développement du kyste fœtal se fait de telle sorte que l'utérus vide est repoussé en haut derrière le pubis, tandis que le kyste proémine fortement dans le vagin dont il soulève la paroi postérieure. Bandl a extrait par une incision vaginale un fœtus pesant 2,325 grammes, malheureusement la femme succomba le deuxième jour. Campbell a réuni 9 cas dans lesquels on fit cette opération. Dans 3 de ces cas la mère et l'enfant moururent, dans 3 autres cas la mère et l'enfant survécurent; dans 2 cas la mère guérit, mais l'enfant mourut, dans un cas l'enfant fut sauvé mais la mère succomba.

2° *Laparotomie*.— On a beaucoup discuté pour savoir si en cas de rupture du kyste il fallait faire la laparotomie, extraire le fœtus et arrêter l'hémorrhagie. L'opinion de la plupart des gynécologistes se range du côté de l'intervention. C'est en effet la pratique la plus rationnelle; attendre ou plutôt s'abstenir, c'est se résoudre à laisser mourir la malade; sans doute le succès de