

HOMMAGE DE L'AUTEUR

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DE

L'ABLATION DES ANNEXES

PAR

L.-G. RICHELOT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital Tenon.

PARIS

IMPRIMERIE ALCAN-LÉVY

24, RUE CHAUCHAT, 24

—
1891



DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DE

L'ABLATION DES ANNEXES

PAR

L.-G. RICHELOT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital Tenon.

PARIS

IMPRIMERIE ALCAN-LÉVY

24, RUE CHAUCHAT, 24

—
1891

Biblioteka Główna WUM

Br.6662



000027612



www.dlibra.wum.edu.pl

Biblioteka Główna WUM



DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DE

L'ABLATION DES ANNEXES

COMMUNICATION AU CONGRÈS DE CHIRURGIE, 1^{er} AVRIL 1894



En choisissant, parmi les 240 laparotomies que j'ai faites depuis le 1^{er} janvier 1889, celles qui ont porté sur des lésions tubo-ovariennes sans néoplasme, j'en trouve un total de 170, qui ne peuvent toutes servir à l'analyse que nous sommes conviés à faire devant vous. Si je retranche les quelques malades qui ont succombé aux opérations les plus graves, — vous savez combien notre mortalité opératoire est aujourd'hui restreinte, — si j'en laisse de côté quelques-unes dont j'ai perdu la trace, et enfin plusieurs qui sont trop récentes pour entrer en ligne de compte, il en reste environ 150 sur lesquelles je puis porter un jugement définitif.

Je passerai en revue les résultats éloignés de mes opérations, en m'efforçant de les ranger dans un ordre logique; mais je vous avertis que je n'attache aucune importance à ma classification, qui est forcément défectueuse, car toutes ces lésions s'enchevêtrent si bien qu'il est impossible d'arriver à un groupement parfait.

I. *Salpingo-ovarites légères, péri-ovarites, adhérences.*
— L'ovaire est peu ou point altéré, la trompe congestionnée, légèrement flexueuse, son pavillon souvent

oblitéré; les organes sont adhérents, quelquefois prolapsés dans le cul-de-sac de Douglas, mais les adhérences sont facilement décollées avec le doigt; il y a du catarrhe utérin, plus ou moins rebelle aux traitements directs.

J'ai opéré dans ces conditions quelques femmes qui avaient subi le curage plusieurs mois auparavant. Les douleurs n'avaient pas cessé ou avaient repris comme devant; l'utérus étant normal ou à peu près, les femmes étant gravement affectées de leur état, empêchées dans leurs travaux, j'ai dû en venir à une laparotomie qu'elles demandaient pour la plupart : généralement elles sont bien guéries. Je note une opérée du 16 mars 1889, qui avait déjà subi la colporrhaphie en avril 1887, le curage et l'opération de Schröder en novembre 1888 : l'ablation des annexes l'a complètement rétablie. Une autre, à peine améliorée par le curage en avril 1889, a subi, le 16 janvier 1890, l'ablation d'annexes peu malades, mais adhérentes, et se porte aujourd'hui très bien. Une femme de 38 ans, ayant de fortes règles et des douleurs insupportables, est débarrassée de tout ennui par l'extirpation d'ovaires adhérents, petits et sclérosés, faite le 14 novembre 1890.

Ces femmes, quand elles sont encore jeunes, ont des bouffées de chaleur à la face, des pesanteurs pelviennes de temps à autre, et ces phénomènes consécutifs à la ménopause anticipée peuvent durer un an, dix-huit mois; tout le monde le sait. Mais je répète qu'elles sont bien guéries, valides et contentes de leur sort.

Une opérée du 22 novembre dernier se plaint d'une assez vive sensibilité au niveau de ses deux pédicules;

le bénéfice qu'elle a retiré de mon intervention n'est pas clair. Au bout de quatre mois, rien encore de perdu ; néanmoins, j'admets qu'elle peut garder longtemps ses anciennes douleurs. On a dit même que les opérations pratiquées pour des lésions peu profondes sont celles qui donnent le plus de guérisons incomplètes. Cette opinion légèrement paradoxale peut être fondée, à la condition qu'on l'explique de deux manières : 1° si les organes petits, mais fortement adhérents, sont amenés par lambeaux et incomplètement enlevés, comme le dit Bouilly dans sa communication au Congrès de Berlin, je veux bien que les femmes restent « réglées, douloureuses et nerveuses » ; 2° elles resteront malades encore plus sûrement, si, prenant le change sur la cause des douleurs, on enlève des ovaires ne portant que des altérations anatomiques banales ; si on opère, pour des points ovariens, des femmes neurasthéniques, à estomac dilaté, dont les symptômes nerveux sont d'ordre plus général ; si, croyant qu'une femme souffrant dans la sphère génitale ne peut souffrir que des ovaires, on va chercher les annexes peu malades en négligeant l'utérus, qui reste en activité morbide et refuse de s'atrophier. J'ai dû, après une laparotomie qui m'a montré des ovaires sans adhérences et une salpingite légère avec pavillons oblitérés, faire le curage d'un utérus dont la cavité mesurait 10 centimètres et dont le catarrhe n'avait pas cessé ; le curage sans laparotomie eût été sans doute plus utile.

Je touche là au chapitre fort délicat des « abus de la castration », et je pense, en résumé, que le résultat thérapeutique dans les affections légères ne peut être moins bon que dans les graves, mais à la condition qu'on s'ef-

force de ne pas faire de laparotomies inutiles, et que, le diagnostic étant bien posé, — avant ou après l'incision, peu m'importe, — on enlève des annexes qui soient la vraie cause du mal.

Telles sont les conclusions que je tire d'une dizaine d'observations de cet ordre; elles s'appliquent également bien aux cas dont je vais maintenant vous parler, lésions douloureuses et pressantes, mais petites lésions, en ce qu'elles sont peu dangereuses à traiter et, pour ainsi dire, sans mortalité possible.

II. *Ovaires à petits kystes.* — La dégénérescence sclérokystique des ovaires accompagne très souvent les altérations complexes de l'utérus et des trompes; mais je m'occupe ici des cas où elle est seule ou tout au moins dominante. Elle offre, par elle-même, des symptômes douloureux très accentués, quelquefois une marche aiguë ou subaiguë simulant la salpingite; quelquefois on remonte, en interrogeant la malade, à une ou plusieurs poussées de pelvi-péritonite semblables à celles qui accompagnent les affections tubaires, et pour les expliquer on ne trouve, au cours de l'opération, que de petites adhérences de l'ovaire et une trompe normale. D'autres fois, les adhérences sont plus étendues et plus solides; un ou plusieurs des kystes acquièrent le volume d'un petit œuf. Il peut y avoir du catarrhe utérin et des métrorrhagies, qui rendent le diagnostic très obscur.

Il m'est arrivé de pratiquer des curages et des opérations sur le col, après avoir porté le diagnostic de métrite catarrhale ou fongueuse. La muqueuse utérine râclée par la curette se trouvait moins malade que je ne l'avais cru. Puis les femmes continuaient à souffrir et reve-

naient au bout de quelques mois ; je pensais alors au développement d'une salpingite qui n'existait pas au moment du curage ou que j'avais méconnue à son début, et l'incision abdominale me conduisait sur des ovaires kystiques.

D'autres fois, j'ai opéré d'emblée pour une salpingite violente avec utérus négligeable, et j'ai trouvé de petits kystes sans lésion tubaire.

Les femmes guérissent très bien dans ces deux cas, preuve que l'altération ovarienne est bien la cause de leurs douleurs souvent excessives. Cependant, sur une trentaine de malades, j'en ai bien dix qui ont fait quelques façons avant de se déclarer bien portantes. Celle-ci, bien que devenue valide, accuse pendant plusieurs mois des points douloureux au niveau de ses pédicules ; celle-là, nerveuse et dyspeptique, continue à gémir et ne s'amende qu'à la longue ; une autre s'inquiète en voyant revenir ses règles à deux ou trois reprises. Une danseuse de l'Eden, après sa sortie de l'hôpital, s'engage à Lyon, est prise d'une perte abondante qui dure plusieurs jours, puis se remet au travail et ne le quitte plus ; je reviendrai tout à l'heure sur ces phénomènes de menstruation plus ou moins régulière. Dans une vingtaine de cas, au contraire, la guérison est facile, prompte, radicale : c'est une jardinière qui, sortie de l'hôpital le 1^{er} juin 1889, retourne presque aussitôt à un dur travail ; c'est deux infirmières qui reprennent leur métier fatigant ; c'est une jeune femme qui a depuis deux ans des pertes abondantes et des douleurs à peu près continues s'exaspérant au moment des règles, et chez qui l'ablation très facile de deux gros ovaires criblés

de petits kystes et sans adhérences supprime instantanément les douleurs et les pertes; c'est enfin une vierge de 28 ans dont l'histoire est fort intéressante. Quand je la vis en consultation, dans le département de Seine-et-Marne, en octobre 1888, elle était dans son lit, incapable de marcher, avec un empâtement et une douleur excessive à droite; elle souffrait ainsi, par poussées, depuis le 23 mars. On aurait pensé au classique « phlegmon du ligament large ». Moins prévenu qu'aujourd'hui des méprises que peut faire naître un cas de ce genre, je trouvai là une forme singulière de pelvi-péritonite, dont aucune infection, puerpérale ou autre, ne pouvait rendre compte. Elle vint à Paris; lorsqu'elle entra dans la maison de santé où je devais l'opérer, elle marchait pliée en deux et soutenue par des aides. Le 1^{er} décembre, à l'incision de l'abdomen, je trouvai la dégénérescence ovarienne, développée surtout à droite; l'ovaire était gros et bourré de petits kystes, mais libre et sans adhérences; les deux trompes étaient parfaitement saines. Pour tout vestige des poussées inflammatoires et douloureuses, j'avais de minimes adhérences épiploïques au-devant des annexes. L'opération fut simple et bénigne, et le mal disparut brusquement pour ne plus revenir; aujourd'hui la santé est parfaite.

Soit dit en passant, chez une vierge et à l'abri de toute inoculation, il m'est bien difficile d'admettre, avec Bouilly, qu'il s'agisse là « d'une variété d'ovarite d'origine infectieuse ».

III. *Salpingites chroniques, parenchymateuses, adhérentes.* — *Hydrosalpinx.* — Cette classe comprend tous les degrés de la salpingite chronique, invétérée, rebelle

aux traitements indirects. Tantôt la trompe est un kyste à parois minces ou épaisses (hydrosalpinx), à contenu végétant (un cas); tantôt la cavité est petite, la paroi énorme, et l'organe a les dimensions du petit doigt, d'une anse d'intestin. La lumière étroite contient du muco-pus; il serait facile, mais contraire à la vérité clinique, d'améliorer la statistique des pyo-salpinx en y rangeant ces grosses trompes à contenu dangereux, mais dont l'ablation souvent difficile est moins grave que celle des vrais kystes purulents des annexes. Elles ne m'ont donné aucune mortalité.

L'ovaire est diversement altéré : il est petit, atrophié, accolé à la paroi tubaire, ou bien gros et kystique. Il y a souvent de petits kystes séreux, transparents, surajoutés aux annexes.

Cette classe nombreuse — j'ai, pour ma part, une trentaine de faits — pourrait être l'objet d'une foule de considérations. Mais, au point de vue qui nous occupe, elle peut être analysée en peu de mots. Si nous faisons l'enquête sur nos résultats éloignés, c'est apparemment pour savoir s'ils justifient notre intervention. Or, nous n'en sommes plus, en vérité, à démontrer les services que nous rendons, par des opérations à peu près sans dangers, à des malades dont la souffrance est extrême, l'invalidité complète, l'avenir plein d'incertitudes et de périls, et cela, en sacrifiant des organes dont la fonction est perdue.

Sur presque toutes, j'ai des renseignements précis et très récents. Les phénomènes nerveux ordinaires, sur lesquels je ne reviendrai pas, les petites douleurs des premières semaines ou des premiers mois n'empêchent

pas les guérisons d'être complètes. Je signale quelques faits ayant un intérêt particulier :

Trois castrations unilatérales. Dans la première, kyste tubaire végétant à droite, ovaire sain à gauche. Dans les deux autres, énucléation laborieuse à droite, impossible à gauche par les adhérences très serrées; malgré l'opération incomplète, résultat thérapeutique excellent depuis le 17 décembre 1889 et le 3 juillet 1890.

Trois au moins sont des névropathes. La plus récente, opérée en décembre dernier pour des trompes volumineuses et très adhérentes avec de gros ovaires kystiques, prétend souffrir à peu près autant qu'avant mon intervention; nous verrons plus tard (1). La malade au kyste végétant, dont j'ai parlé tout à l'heure, est plus satisfaite; elle ne souffre pas du ventre et consent à ne plus s'alarmer. La troisième, opérée le 22 janvier 1890 pour de grosses trompes dilatées, sinueuses, adhérentes et des ovaires kystiques, a eu des attaques d'hystérie pendant les deux ou trois semaines qui suivirent, puis des douleurs pelviennes et un nervosisme exagéré pendant plusieurs mois; mais, depuis la fin de l'année dernière, tout a disparu, les crises nerveuses ne sont plus qu'un souvenir, et la santé est florissante. Avant de me consulter, elle souffrait depuis deux ans et gardait le lit depuis deux mois.

Cette dernière malade a eu, quatre mois après la castration ovarienne, une métrorrhagie sérieuse; plus tard, une perte sanguine insignifiante; aujourd'hui, calme

(1) Je l'ai revue il y a quelques jours : les douleurs ont à peu près disparu, il reste un peu de catarrhe utérin (mai 1891).

parfait. Une autre, opérée le 7 mars 1889, a toujours eu depuis ce temps des pertes sanguines assez irrégulières, mais sans aucune interruption prolongée; et cependant l'ablation des ovaires avait été relativement facile et très complète. De ces deux malades, j'en rapproche une troisième, qui se range plutôt dans la classe des pyosalpinx, mais qui est bien intéressante par la persistance de la menstruation. J'ai eu dans les mains ses deux trompes et ses deux ovaires bien complets, aucune parcelle de tissu ovarien ne m'a échappé; opérée le 3 septembre 1889, ses règles sont venues le 18 octobre, le 18 novembre, et elle les a encore très régulièrement tous les mois, pendant trois jours. Une menstruation aussi parfaite, après une castration bilatérale authentique, est certainement exceptionnelle (1); mais des phénomènes plus atténués et moins durables sont assez fréquents. Ils n'ont rien de contraire à la loi de Negrier; aucune théorie n'empêche d'admettre que, chez la femme adulte, l'habitude de la fluxion utérine survive à la disparition des ovaires, et je n'ai jamais compris l'insistance que mettent certains auteurs à nier ces faits ou à les expliquer par des ablations incomplètes.

Je n'ai guère d'autre fait à noter dans cette série, si ce n'est qu'il est toujours curieux de voir disparaître en un instant et pour toujours, au prix d'une opération souvent compliquée, laborieuse, mais d'un pronostic très sûr, les misères que ces malheureuses traînent

(1) J'en ai retrouvé une seconde dans les mêmes conditions : règles normales, tous les mois depuis le 11 janvier 1890, après une castration facile et certainement complète.

pendant plusieurs années et qui ne cèdent ni aux traitements illusoires des empiriques, ni aux soins médicaux les plus rationnels.

IV. *Salpingo-ovarites compliquées de rétroversion mobile ou adhérente.* — C'est un cas particulier dans l'histoire des lésions précédentes; je vais l'aborder en m'appuyant sur une quinzaine de faits, dont plusieurs sont trop récents. Il faut du temps, en effet, pour juger si le redressement d'un utérus est valable; aussi devrai je y revenir plus tard, et je ne fais aujourd'hui qu'effleurer la question.

Quand la rétroversion est accompagnée de lésion des annexes, l'utérus est libre et seulement fixé par les adhérences tubo-ovariennes, ou bien il est adhérent lui-même par son fond et sa face postérieure au cul-de-sac de Douglas. Dans la seconde hypothèse, le décollement de l'utérus doit précéder ou suivre l'ablation des ovaires et des trompes. Car la laparotomie a un double but : enlever des lésions douloureuses et graves par elles-mêmes, redresser l'utérus dont la déviation entre pour une part dans les accidents. Sur le premier point, je n'ai rien à dire de nouveau; sur le second, je désire appeler votre attention.

Vous savez qu'aujourd'hui on aime beaucoup à fixer l'utérus à la paroi abdominale. On propose même l'hystéropexie pour des rétroversions mobiles et sans lésions ovariennes, ce qui ne peut nous occuper en ce moment. Or, autant je suis partisan de l'hystéropexie pour certains prolapsus rebelles, autant je la crois peu utile pour la plupart des rétroversions, même quand des annexes malades nous conduisent à ouvrir le ventre. En d'autres

termes, je n'aime pas beaucoup l'« hystéropexie complémentaire » (thèse de Baudoin, 1890), et je ne crois pas qu'il faille la considérer comme « le seul procédé de cure radicale des rétro-déviations utérines graves et adhérentes ». J'ai toujours vu jusqu'ici l'utérus se redresser par le fait de la pédiculisation des annexes; le ligament large, bien pris en faisceau, bride l'utérus et le maintient réduit. J'ai des utérus ainsi redressés et des femmes guéries depuis les mois de mai, juin, juillet, novembre, décembre 1890.

Ainsi, l'extirpation des lésions ovariennes suffit généralement à la guérison des déviations complexes de l'utérus. C'est encore là, si je ne me trompe, une suite heureuse de nos opérations.

V. *Hémato-salpinx et hématoécèles*. — Je rapproche ces deux termes, parce que l'hématoécèle intra-péritonéale est ordinairement la suite d'un hématome de l'ovaire ou de la trompe, souvent d'une grossesse tubaire.

Sur douze observations, je trouve un hémato-salpinx tellement adhérent et perdu au milieu d'un magma intestinal, que j'ai dû le laisser en place, l'évacuer et le drainer. Après six mois de guérison, poussée douloureuse et tuméfaction nouvelles; mais le repos au lit calma tout, et la guérison paraît durable aujourd'hui. Chez une autre malade, j'enlevai en totalité une poche tubaire contenant 200 grammes de vieux sang. mais de l'autre côté les annexes adhéraient si bien, que je laissai des lambeaux saignants; la malade, retournée à Toulouse, est toujours souffrante et nerveuse.

Dans tous les autres cas, l'extirpation totale des lésions m'a donné des guérisons rapides et franches. Il y

a d'abord des hématomas circonscrits, de moyen volume; on reconnaît bien la tumeur des annexes, mais le diagnostic absolu est très difficile; l'incision abdominale conduit sur une grosse poche ovarienne ou tubaire, qui s'énuclée en totalité ou plus souvent se crève et inonde le péritoine de caillots ou de liquide chocolat. Comme il n'y a ni pus ni infection d'aucune sorte, les suites sont absolument bénignes.

Il y a ensuite les grosses tumeurs hématisées, se laissant reconnaître ou simulant des fibromes. Le sang est contenu dans une énorme trompe ou libre dans le péritoine et limité seulement par des adhérences : hématosalpinx ou hématoécèle. Ici la question du meilleur mode de traitement doit se résoudre par l'examen des résultats éloignés. Or, le pronostic des hématoécèles simplement ponctionnées ou incisées par le vagin est médiocre : sans nier les cas heureux, je me rappelle cependant bien des exemples de foyers longtemps fistuleux, suppurants, ne pouvant se vider de leurs caillots; des tumeurs dures persistantes, avec des congestions et des poussées de pelvi-péritonite. Quoi de plus naturel, puisqu'on laisse dans le ventre une cavité à parois anfractueuses, tapissées de couches fibrineuses inaccessibles, des ovaires en lambeaux, des trompes crevées dans le péritoine? Voyez, au contraire, la netteté des résultats obtenus par la méthode de choix, la laparotomie :

Une femme de 30 ans, toujours souffrante depuis ses couches, aboutit à une grosse hématoécèle rétro-utérine. A l'incision de l'abdomen, je trouve l'utérus repoussé en avant, et j'ouvre derrière lui un vaste foyer limité par

les anses intestinales et d'où s'échappent du sang noir liquide et des caillots en abondance. Je ramasse les caillots à pleines mains, je les entraîne avec des éponges montées, puis, au cours de ce nettoyage, je rencontre des ovaires entourés de masses fibrineuses, et des trompes épaisses, dilacérées, bourrées elles-mêmes de caillots noirs. J'enlève ces annexes profondément altérées, que l'incision vaginale aurait laissées dans le ventre. Opérée le 7 décembre, la malade nous quitte le 19 janvier 1890; revue le 21 mai, son utérus est mobile, ses culs-de-sac parfaitement souples, elle est bien portante et ne souffre plus.

Chez deux autres femmes, le sang était contenu dans une énorme poche tubaire accolée au côté gauche de l'utérus et adhérente par toute sa surface. J'ai pu faire laborieusement l'énucléation complète, non sans inonder le péritoine; mais je répète qu'il n'y a pas ici de causes d'infection, et que la facilité de la guérison contraste avec l'importance et la longueur de l'acte opératoire. La première avait 37° le lendemain; la seconde lisait son journal.

Enfin, chez une malade du service de M. Roques, la tumeur remontait à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et faisait bomber les culs-de-sac vaginaux en refoulant l'utérus contre le pubis. Tous les signes rationnels et physiques étaient en faveur d'une hémato-cèle rétro-utérine; néanmoins, je trouvai un hémato-salpinx vraiment monstrueux. Après avoir crevé la poche et enlevé les caillots à plaines mains, je détachai patiemment l'intestin et je fis céder partout les adhérences, mais je ne pus séparer la tumeur de l'utérus; et, comme

les annexes de l'autre côté étaient malades et hypertrophiées, je pris le parti de les libérer à leur tour, de former un pédicule sur le segment inférieur de l'utérus et d'enlever toute la masse; je fis, en un mot, l'hystérectomie avec traitement intra-péritonéal du pédicule et ligature élastique perdue. La malade, pâle et exsangue avant l'opération, reprit vite ses couleurs et son embonpoint; elle est aujourd'hui en parfaite santé.

VI. *Pyosalpinx et ovarites suppurées.* — C'est ici que se concentre toute la gravité des laparotomies faites pour enlever les annexes. Les adhérences du kyste purulent aux parois pelviennes et surtout à l'intestin, la vascularité de certaines adhérences, la rupture fréquente de la poche et l'effusion du pus dans le péritoine, l'infection de la séreuse par certains contenus très virulents, infection que ne peut toujours prévenir le lavage à l'eau bouillie, enfin le collapsus que détermine une opération d'assez longue durée chez une femme affaiblie et déjà septicémique, telles sont les causes qui nous font échouer dans des cas rares, il est vrai, mais encore bien cruels.

En revanche, les succès paraissent ici plus brillants que jamais, étant donné l'état lamentable ou menaçant dans lequel se trouvent habituellement les malades. Ce sont bien des femmes auxquelles « on sauve la vie », et cela, le plus souvent, sans qu'il reste aucune trace de leurs maux. Sur vingt-sept, j'en puis citer une quinzaine chez qui la guérison pure et simple n'a pas fait un pli, tantôt après une double énucléation de poches purulentes plus ou moins développées, tantôt après une castration unilatérale, les annexes les moins malades ayant

été laissées dans le ventre pour cause d'adhérence excessive ou pour ne pas prolonger l'acte opératoire. Parmi celles qui ont eu des suites, je citerai un empâtement douloureux autour d'un pédicule, n'ayant cédé qu'après plusieurs mois; des nerveuses ayant quelques pertes ou accusant des douleurs vagues, une surtout qui se plaint vivement après un an et demi, malgré le retour complet des organes pelviens à leur souplesse et à leur attitude normales.

L'extirpation totale des organes malades est le but à poursuivre; mais elle n'est pas toujours possible. Une femme de 42 ans, drainée seulement par la voie sus-pubienne, se lève au bout d'un mois et, dès le premier jour, va dîner aux Halles avec ses amies; quelques mois plus tard, elle est prise d'une poussée aiguë dans son ancien foyer, avec menace de suppuration. Chez une autre, l'incision me conduit sur des adhérences intestinales très serrées devant lesquelles je m'arrête pour ouvrir et drainer par le vagin; prompt guérison; mais, six mois plus tard, survient une poussée douloureuse au niveau d'une petite induration persistant au bord droit de l'utérus. Une troisième, enfin, opérée aussi par l'incision vaginale après une laparotomie restée exploratrice, paraît guérie sans retour; mais elle n'est opérée que depuis cinq mois.

Voilà des cas heureux, bien qu'ayant fait naître quelques arrière-pensées. Mais il arrive aussi qu'en présence de poches purulentes multiples, perdues au milieu d'un magma d'adhérences intestinales, on fait une opération très incomplète et un drainage insuffisant. Quelquefois même, il faut s'arrêter sans avoir rien fait; car,

si on continue, souvent on ne trouve pas les annexes ou bien on les arrache par lambeaux après avoir fait de grands dégâts à travers ce *processus fibreux* qui s'étend à l'ensemble du petit bassin, enclave l'utérus et forme autour de lui comme un dôme d'adhérences qui le sépare de la grande cavité abdominale. C'est alors que la laparotomie est vraiment périlleuse. Aussi avons nous accueilli avec faveur, au moins pour les cas les plus graves, l'hystérectomie vaginale appliquée aux suppurations péri-utérines (Péan, Segond), opération qui fait un vaste débridement au sein de la cavité pelvienne, ouvre les poches purulentes qui entourent la matrice, assure leur drainage et favorise leur oblitération. Bien que laissant en place les organes malades ou leurs lambeaux, peut-être les ouvre-t-elle avec plus de sécurité immédiate et dans de meilleures conditions pour l'avenir? L'étude non encore faite des résultats éloignés nous donnera la solution de ce problème.

VII. *Fibromes utérins*. — La castration ovarienne pour fibromes utérins m'a donné des résultats entièrement satisfaisants.

Sur une quinzaine de malades, il faut en excepter deux. La première fut opérée, par erreur de diagnostic, pour des fibromes sous-péritonéaux sortis de la paroi utérine; elle continua à souffrir et ne vit pas diminuer ses tumeurs; mais, plus tard, elle fut guérie par l'hystérectomie. Chez la seconde, profondément cachectique, je fis l'incision abdominale pour une ascite énorme et trouvai une tumeur absolument adhérente, enclavée et paraissant tenir à la face postérieure de l'utérus; je fis l'ablation des ovaires pour tenter quelque chose; la ma-

lade retourna à Parthenay sans ascite, mais toujours bien faible, et succomba au bout de deux mois.

Dans tous les autres cas, j'ai obtenu la suppression des douleurs, la ménopause parfaite et, de plus, une atrophie des fibromes que je ne puis apprécier exactement chez les plus récentes, mais dont j'ai publié un exemple frappant (1).

J'admets donc que cette opération est excellente pour les fibromes interstitiels de petit ou de moyen volume, douloureux, hémorrhagiques ou évoluant avec rapidité. J'ai donné, dans le travail que je viens de citer, les raisons qui me font préférer pour d'autres cas l'hystérectomie abdominale, et qui m'empêchent de la considérer aujourd'hui comme une opération très dangereuse et qu'on doit éviter à tout prix.

VIII. *Névralgies*. — *Hystérie vraie*. — Je termine par le côté le plus délicat et le plus dangereux de la question, et je supplie mes confrères de ne pas aller sur ce chapitre, au-delà de ma pensée.

J'ai obtenu quelques résultats excellents, par la castration double ou unilatérale, dans les *névralgies pures*.

Entendons-nous bien. Je ne parle plus ici de ces malades auxquelles j'ai fait allusion en commençant, qui ont de l'entéroptose et des points névralgiques, qui se plaignent de leurs ovaires et de bien d'autres choses, et auxquelles on fait la castration soit un peu légèrement et dans l'espoir de trouver des lésions pelviennes, soit avec l'idée théorique de modifier le système nerveux par

(1) L.-G. Richelot : *L'Electricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie*. Lecrosnier et Babé, 1890.

la suppression des ovaires. On trouve des lésions anatomiques insignifiantes, telles qu'on en trouverait, sans doute, chez beaucoup de femmes bien portantes; les malades continuent à souffrir. Voilà, pour une bonne part, les cas observés par les médecins qui nous disent avec scepticisme : « Êtes-vous bien sûr que la castration guérit les douleurs? »

Il ne s'agit pas non plus de la maladie scléro-kystique des ovaires, dont les douleurs semblent hors de proportion avec la petitesse des lésions anatomiques. On pouvait jadis méconnaître la lésion et parler de névralgie ovarienne. Aujourd'hui, c'est différent : il y a là, non des troubles nerveux *sine materia*, mais une affection locale déterminée, bien que les grands symptômes en soient assez difficiles à comprendre. Exemple : on m'amène une jeune fille de 20 ans, vierge, ayant depuis la puberté des douleurs ovariennes continues; aucune attaque de nerfs, rien que la douleur accompagnée de règles abondantes et prolongées. Tous les traitements médicaux ayant échoué, on me demande une opération radicale; je refuse, et comme il y a du catarrhe utérin, je tente la dilatation et le curage. Aucun soulagement; mais, n'ayant pu constater la moindre lésion des annexes, persuadé que j'ai affaire à une névropathe, et ne voulant pas du tout sacrifier des ovaires de vingt ans à la recherche d'une guérison plus que douteuse, je refuse toujours d'aller plus loin. Quelque temps se passe, on revient à la charge; la fille se plaignant encore davantage, et la mère me priant avec elle, je finis par consentir à une laparotomie, sans savoir l'issue que je lui donnerais. L'opération est toute récente (26 mars) : j'ai

enlevé deux ovaires absolument dégénérés, bourrés de petits kystes et sans un atome de tissu normal; fonction abolie, intervention légitime. Ainsi, cette douleur à forme névralgique, intense et continue, correspondait à une lésion matérielle, dont la suppression a toutes chances d'amener, comme dans les faits analogues cités au début de ce travail, une guérison complète.

Les cas dont je veux maintenant vous entretenir sont tout différents; il ne s'agit plus de troubles vagues et mal déterminés avec des tissus à peu près normaux, ni de douleurs bien caractérisées avec un substratum matériel; il s'agit de névralgies fixes, violentes, à exacerbations, ayant pour siège des organes parfaitement sains.

Une femme de 35 ans souffre cruellement et depuis neuf années au niveau de l'ovaire gauche; règles fréquentes et extrêmement pénibles. C'est une mère de famille au caractère doux, régulier, docile, n'ayant pas les allures d'une hystérique, néanmoins très hypnotisable; quand elle souffre trop, elle vient demander à son médecin de l'endormir pour obtenir quelque soulagement. Je ne lui trouve rien d'anormal dans les annexes, aucune tuméfaction; l'utérus est à peu près sain. La persistance et l'acuité de la douleur déterminent son médecin et elle-même à recourir à la chirurgie; la fixité de ce symptôme, toujours à gauche, m'engage à une castration unilatérale, que j'entreprends sans avoir un diagnostic absolu, mais croyant plutôt à un ovaire altéré qu'à un ovaire sain. Je trouve deux organes d'une intégrité parfaite; je laisse le droit et j'enlève le gauche, qui est de volume ordinaire, sans adhérence, et dont la

coupe nous montre un tissu normal avec le corps jaune de la dernière menstruation. Le confrère qui m'avait amené cette malade était presque confus de m'avoir poussé à une opération qui maintenant lui semblait à peine justifiée. Néanmoins la douleur fut supprimée comme par enchantement ; depuis l'opération, qui remonte à huit mois, il n'y a plus à gauche aucune sensation pénible. Malheureusement, les règles viennent encore trop souvent, presque tous les quinze jours, et je me repens d'avoir épargné l'autre ovaire ; mais la névralgie rebelle n'en est pas moins radicalement guérie. Donc, il ne faut pas dire, d'une manière absolue, que les phénomènes nerveux — j'entends les phénomènes nerveux localisés — ne sont jamais modifiés par l'ablation d'ovaires sains.

J'ai une opérée plus étonnante que celle-ci ; c'est une femme de 28 ans, malade depuis cinq ans à la suite d'une couche ; pertes blanches et ménorrhagies, douleurs violentes, toujours nettement localisées du côté gauche. On ne sent pas d'annexes volumineuses, mais l'examen éveillé à gauche une très vive sensibilité. Laparotomie le 22 octobre 1890 : je trouve un ovaire droit un peu gros, sans adhérences, et une trompe normale ; après ablation, j'arrive à découvrir dans le tissu ovarien deux ou trois petits kystes insignifiants. A gauche, là où je m'attendais à trouver des lésions positives, rien : petit ovaire sain, trompe saine, si bien que je les réintègre dans l'abdomen. C'était sans doute un scrupule exagéré dans l'espèce, et même une imprudence. Mais je n'eus pas à m'en repentir ; la malade fut guérie instantanément et complètement. Avant de quitter Avi-

gnon, c'était une impotente, immobilisée à chaque instant et condamnée par tout le monde; on la croyait morte, quand elle annonça son retour de Paris; on vint la chercher, à la gare avec une voiture, pensant qu'elle ne pouvait marcher, mais elle rentra chez elle d'un pas ferme, à la stupéfaction générale. Ainsi, la castration unilatérale portant sur un ovaire à peu près sain, non sensible, et épargnant l'ovaire douloureux, avait fait disparaître une névralgie rebelle, vieille de cinq ans et sans aucune lésion matérielle.

Parlerai-je encore de cette malade que j'ai eue jadis à l'hôpital Bichat, qui avait déjà subi plusieurs opérations : curage utérin, raccourcissement des ligaments ronds, pour des douleurs pelviennes incessantes, et qui souffrait toujours? Elle n'avait ni métrite, ni déviation, ni lésion des annexes, et sa douleur n'avait aucune localisation précise. Il me sembla que la castration ovarienne pourrait être insuffisante contre cette névralgie pelvienne *sine materia*, et je résolus d'enlever l'utérus et les annexes par la voie vaginale. L'opération réussit à souhait; les organes étaient sains et mobiles; la malade, remise sur pieds, eut quelques retours de douleurs, à intervalles éloignés, ce qui ne l'empêchait pas d'exercer son métier d'infirmière; puis toute souffrance disparut, elle retourna dans son pays, et récemment elle m'écrivait pour me dire que sa santé était parfaite et me demander la permission de se marier (1).

(1) Doléris, dans un mémoire des *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, t. V, 1890, p. 59, reproduit ce fait et affirme, sur des renseignements encore incomplets à cette époque, que la malade est restée aussi névropathe qu'avant l'opération.

Enfin j'oserai, bien que la hardiesse soit grande, citer un exemple d'*hystérie vraie*, sans lésions ni douleurs ovariennes, modifiée très heureusement par la castration. Je ne l'ignore pas, c'est un fait en contradiction formelle avec l'opinion des hommes les plus autorisés, opinion que je partage et contre laquelle je suis loin de m'élever : l'ablation des ovaires, essayée plus d'une fois contre l'hystérie, n'a produit généralement aucun résultat. Il faut cependant bien reconnaître que, dans ce cas, elle en a produit. Bouilly, qui a fait une fois l'opération sur les instances de la malade et de son médecin, déclare (*loc. cit.*) qu'il ne veut pas renouveler cette tentative. Pour moi, n'allez pas croire que je cherche à la renouveler ; je me borne à citer mon observation.

C'était une jeune fille de 17 ans, grande hystérique. Antécédents névropathiques dans la famille ; une sœur hystéro-épileptique à la Salpêtrière. Jusqu'à 12 ans, elle urinait au lit ; à 14 ans, hémi-anesthésie avec paralysie de tout le côté droit, soignée à l'hôpital Saint-Joseph ; habitudes d'onanisme ; grandes attaques d'hystéro-épilepsie, avec morsure de la langue, jusqu'au mois d'août 1889. Depuis cette époque, les grandes attaques ont cessé pour faire place à la tristesse et aux idées noires ; plusieurs tentatives de suicide. Vous voyez que rien ne manque au tableau.

Dernièrement, à l'hôpital Lariboisière, en présence de l'intensité des symptômes, un de nos collègues émet l'idée qu'on pourrait recourir à l'opération de Battey. C'est alors qu'on me l'envoie à l'hôpital Tenon, en me priant de l'examiner et d'agir au besoin.

J'ai fait l'opération sans scrupules, je l'avoue, car c'était

un de ces cas où vraiment il n'y a rien à perdre, mais aussi avec un grand scepticisme. Aussi quel ne fut pas mon étonnement, quand j'assistai aux suites de mon intervention. Opérée le 18 janvier 1890, la jeune fille vint me revoir à la fin de mars : elle était calme, gaie, bien portante, elle n'avait ni attaques de nerfs ni idées tristes ou folles ; aucune menstruation ; la sensation de boule, qui avait duré en s'atténuant, était elle-même disparue. Elle travaille aujourd'hui dans un couvent, tranquille et sérieuse ; personne ne la considère comme une malade.

C'est une intermission, me direz-vous ; l'hystérie sommeille, mais elle se réveillera. Tout ce que vous voudrez, je l'accorde ; mais l'influence directe et immédiate de l'opération n'en est pas moins certaine. Vous me direz encore : toute autre intervention, un simulacre opératoire l'aurait aussi bien guérie. Notez cependant qu'elle ne souffrait pas des ovaires, ne me demandait pas de les enlever, n'avait aucune idée fixe ; il me semble que la suggestion n'a pas dû jouer là un grand rôle.

Et maintenant, je le répète, j'ai sur la question l'opinion que vous avez tous. Je prie en grâce mes collègues de ne pas me faire dire que l'ablation d'ovaires sains est une opération courante et souvent justifiée, ni que la castration ovarienne est un traitement normal de l'hystérie.

Arrivé à la fin de ce travail, je suis effrayé de la quantité de matériaux au milieu desquels j'ai dû chercher à me débrouiller, et du nombre de points intéressants que j'ai forcément laissés dans l'ombre. Mais, de même que je n'ai pas tout observé, je ne pouvais

avoir la prétention de tout dire, et je me suis résigné à ne mettre en lumière que les faits qui m'ont le plus frappé.

En vous montrant que les malades guérissent aussi bien après le traitement des petites lésions qu'après celui des plus graves, à la condition qu'il ne s'agisse pas de lésions trop petites pour justifier l'acte opératoire, je vous ai signalé le rôle qui revient à l'attention scrupuleuse et à la conscience du chirurgien dans le jugement de ces questions délicates et dans le choix d'une ligne de conduite; et ainsi je me suis donné le droit de chanter à mon tour la louange de ces opérations modernes que beaucoup de médecins trouvent encore trop hardies, mais qui, tout compte fait, ne demandent de véritable hardiesse que dans les cas où un mal menaçant les impose.

Paris. - Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Biblioteka Główna WUM

Br.6662



000027612



www.dlibra.wum.edu.pl