des chirurgiens ont adopté la méthode de *Spencer Wells*, qui se place sur le côté, l'aide en face de lui. L'opérateur a à côté de lui une petite table où se trouvent les instruments et les éponges.

Quant à moi je fais comme *Péan* et j'opère assis (fig. 205) ; la malade est couchée sur la table inventée par Mme *Horn* (1) (fig. 206), à l'extremité céphalique de laquelle est assis l'aide qui s'occupe du chloroforme. Moi-même, je m'assieds entre les jambes de la femme dont les pieds posent sur mes genoux (fig. 205). Quelquefois cependant il faudra avoir recours aux écarteurs de *Fritsch*.

3 — L'opération devra se terminer ***par une occlusion hermétique de la cavité abdominale.*** On y arrive le plus facilement grâce à ce qu'on appelle le traitement intrapéritonéal du pédicule.

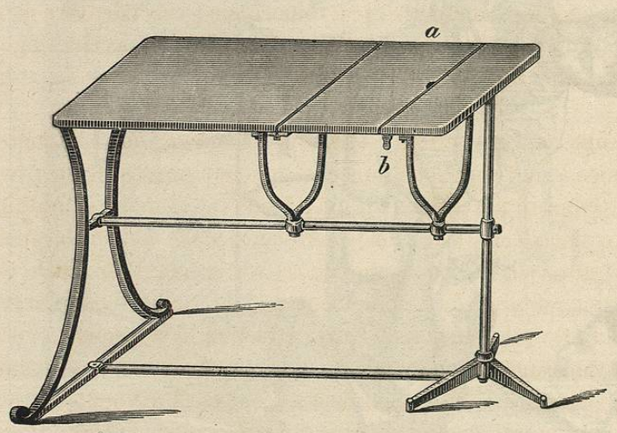

Fig. 206. — Table à laparotomie, d'après Mme Horn.

Cependant cette occlusion peut être obtenue, même si l'on a recours au traitement extra-péritonéal.

(1) Je l'emploie depuis 1884; a été exposée à la Naturforschervers. de 1886. La table est en métal, facile à conserver aseptique. La partie pliante permet de poser très aisément n'importe quel pansement. Si le chirurgien veut opérer debout, il suffit d'allonger les pieds de la table. Dans ce cas même, il peut s'asseoir sur un tabouret entre les jambes de la malade.

La femme une fois endormie, mise en position, cathétérisée et désinfectée, on procède au

1er ***Temps de l'opération. — On incise l'abdomen le plus rapidement possible au niveau de la ligne blanche.*** Les vaisseaux donnant du sang sont saisis entre des pinces hémostatiques et oblitérés par torsion. Ce n'est que lorsque l'hémostase de la plaie abdominale est complète qu'on soulève le péritoine avec deux pinces et qu'on le sectionne. Cette section aura d'abord une longueur d'environ dix à quinze centimètres; l'incision abdominale a ordinairement des dimensions un peu plus fortes. La main, désinfectée à nouveau, glisse sous la paroi abdominale qu'elle distend pour la discision ultérieure. Au surplus l'incision aura la longueur réclamée par chaque cas particulier; la longueur de l'incision en elle-même paraît peu importante ; cependant ce qu'il y a de certain c'est que des incisions trop petites peuvent singulièrement gêner l'opérateur.

2e ***Temps de l'opération. — Mise à découvert de la tumeur.*** — La mise à découvert des tumeurs non adhérentes et de grosseur moyenne se fait facilement avec l'aide de la main introduite dans la cavité abdominale. Sinon on l'énuclée au moyen de pressions exercées par les mains appliquées sur les côtés du ventre ou par des manœuvres de refoulement par le vagin. Lorsque les tumeurs sont volumineuses, leur extraction n'est souvent pas possible sans diminution préalable de leur volume. Dans ce but beaucoup de chirurgiens ponctionnent les kystes avec un troicart ou des instruments analogues. Avec l'instrument de *Spencer Wells* on relève le stylet aussitôt la ponction faite, de façon à ce que sa pointe se trouve cachée dans la canule. Celle-ci est garnie extérieurement de pinces qui saisissent la paroi kystique et permettent d'exercer des tractions sur celle-ci. Comme bien d'autres je n'ai recours à la réduction de volume de la tumeur que s'il n'est pas possible de la mettre à découvert sans cela. Et alors je ne me sers pas du troicart, mais d'un bistouri que j'enfonce dans la portion visible du kyste, pendant que mon aide presse avec ses mains sur les parois du ventre contre la surface de la tumeur, afin

d'éviter autant que possible l'introduction de liquide dans la cavité abdominale. Je n'accorde cependant pas trop d'importance à un accident de ce genre. Lorsqu'une quantité suffisante de liquide a été évacuée, on ferme l'incision à l'aide d'une pince de Museux, un aide exerçant au besoin des propulsions à travers le vagin.

La tumeur une fois énucléée, il arrive très souvent que les lèvres de l'incision abdominale se rapprochent si étroitement que les anses intestinales n'ont aucune tendance à sortir et qu'on n'aperçoit à travers la plaie que le pédicule seul du kyste. S'il en était autrement, un aide refoulerait facilement les intestins et maintiendrait serrés contre le pédicule les bords de la fente abdominale. (Voir plus loin pour l'issue considérable des intestins.)

3e ***Temps de l'opération. — Traitement du pédicule.*** — a). Dans le ***traitement extra-péritonéal,*** on développe le pédicule et on y applique un clamp (fig. 207). (Voir pour la description de quelques-uns de ces clamps, *Olshausen, Krankh. der Ovarien,* p. 245 et suiv.) On sectionne le pédicule au-dessus du clamp, soit à l'aide du fer rouge soit avec le thermocautère potentiel. Quant au clamp lui-même avec ce qu'il contient, on le fixe dans ou au-dessus de la plaie abdominale. Un procédé ancien est celui indiqué par *E. Martin* (*loc. cit.*) en 1852; pour les nouveaux, voir *Spencer Wells* et *Hegar* (*loc. cit.*).

b). La ***méthode intrapéritonéale*** est aujourd'hui de nouveau bien plus répandue; elle doit même être regardée comme la vraie, parce qu'elle seule permet la terminaison immédiate de l'opération et qu'elle seule rend, autant que faire se peut, aux parties leur intégrité. Avec elle il n'est pas besoin d'un traitement spécial du moignon du pédicule et l'on évite tout tiraillement des parties dans la cavité péritonéale.

Pour opérer le traitement intrapéritonéal du pédicule, on développe également ce dernier et on y applique des ligatures de distance en distance; ces ligatures se font soit avec des aiguilles à anévrysme, soit avec des aiguilles ordinaires. Les ligatures en masse doivent être évitées; sinon, au moment de la division du pédicule, des parties marginales de celui-ci, surtout la fente du péritoine, pour-

ront facilement échapper à la constriction. En général on lie le pédicule avec la totalité des tissus qui le constituent. *Schroeder* (*loc. cit.*) conseille seulement de poser des ligatures sur les vaisseaux. Quant à *Th. Keith,* il saisit le pédicule dans un clamp provisoire, le divise avec le cautère, cautérise la surface de section et lâche le moignon sans aucune autre ligature. (*Lancet,* 15 avril 1876.)

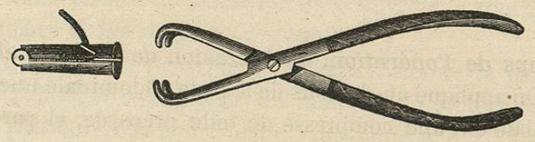

Fig. 207. — Clamp de Spencer Wells.

La plupart du temps on enlève la ***trompe*** en même temps que la tumeur. Aussi faut-il poser une constriction sur cet organe, à une distance convenable de la matrice. Cette ligature spéciale doit être surveillée de très près, pour éviter que du pus, contenu peut-être dans la trompe, ne pénètre dans la cavité abdominale. Puis on fait l'ablation de la partie néoplasique à l'aide de ciseaux ou du bistouri; on observe le pédicule pendant un certain temps et, s'il ne demeure pas complètement sec, on y applique à nouveau des ligatures en masse et profondes.

A côté de ce procédé si simple et de celui qui consiste dans la cautérisation ignée de la surface de section, il en est un autre qui a pour but le revêtement complet du pédicule par le péritoine. Avec une suture continue au catgut, on arrive en général facilement à recouvrir le moignon avec la séreuse, qui est très mobile au niveau des bords de ce dernier. Ce procédé est excellent quand il s'agit de moignons très épais.

Quoi qu'il en soit, ***il faudra veiller soigneusement à ce que la portion du pédicule située au-dessus de la ligature ne soit pas trop courte.*** Le moignon se rétracte fortement aussitôt après l'ablation de la tumeur; en même temps les ligatures se relâchent, de sorte que dans certains cas il survient des hémorragies provenant du pédicule, soit immédiatement, soit quelque temps

après seulement. Ces hémorragies sont des plus dangereuses. Lorsque le sang s'arrête, on introduit la main dans la cavité abdominale pour explorer les autres viscères pelviens. Ceux-ci sont-ils sains, on coupe les extrémités des ligatures appliquées sur le pédicule après avoir soigneusement revisé ces dernières. Puis l'on rentre le moignon dans l'abdomen et l'on plonge une éponge dans la cavité de Douglas, afin d'absorber le liquide qui aurait pu y pénétrer. Si l'éponge reste sèche, on procède immédiatement au :

4e ***Temps de l'opération. — Occlusion de la plaie abdominale.*** — On applique au-dessous de la plaie abdominale une grosse éponge plate ou une compresse de toile préparée, et par-dessus on suture solidement les lèvres de la solution de continuité; on ne laisse d'ouverts que les deux points du milieu. Les sutures profondes, employées à cet effet, s'enfoncent de dehors en dedans à environ 1 centimètre des bords de l'incision abdominale, passent directement à travers toute l'épaisseur de la paroi et ressortent le plus près possible de la fente péritonéale. L'aiguille est réintroduite du côté opposé, le plus près possible encore de cette fente, et traverse la paroi de façon à sortir à 1 centimètre du bord de la plaie. Il y a beaucoup de chirurgiens qui nouent les fils au fur et à mesure qu'ils sont posés. D'autres commencent par les appliquer tous. Lorsque les deux extrémités de la solution de continuité sont suturées et qu'il ne reste plus que la partie moyenne béante, on embrasse cette partie avec 2-3 fils destinés à son occlusion ; mais, avant de les nouer, on retire l'éponge qui avait été placée sous la paroi du ventre, on introduit à nouveau une éponge à tige dans la profondeur et, une fois que la cavité abdominale ne contient plus de sang et que la compression bilatérale a évacué l'air qui y avait pénétré, l'on noue enfin les dernières sutures. Afin d'avoir une adaptation plus complète des lèvres de la plaie, on pose entre les sutures profondes quelques sutures superficielles en soie, en catgut ou en métal.

Pour les divers genres de sutures auxquels on a eu recours pour l'occlusion de la plaie abdominale, consulter *Hegar* et *Kaltenbach* (*loc. cit.*).

Personnellement j'ai l'habitude d'appliquer 8-12 sutures profondes en soie, et, dans chaque espace laissé par elles, 1-2 fils de catgut superficiels.

5e ***Temps de l'opération. — Pansement.*** — La plupart des ovariotomistes ont renoncé au pansement strict de Lister et pas mal d'entre eux ont recours aujourd'hui à des modes de pansement extrêmement simples. Il en est un grand nombre qui saupoudrent la plaie avec de l'iodoforme, appliquent entre les sutures des bandes transversales de diachylon et recouvrent le tout avec quelques couches lâches de gaze ou d'ouate.

Quant à moi, après un lavage consciencieux de la paroi abdominale, j'applique sur la plaie un morceau de protective et, par-dessus, plusieurs couches d'ouate salicylique à 5 %. Le tout est maintenu par une série de tours de bandes de gaze qui exercent

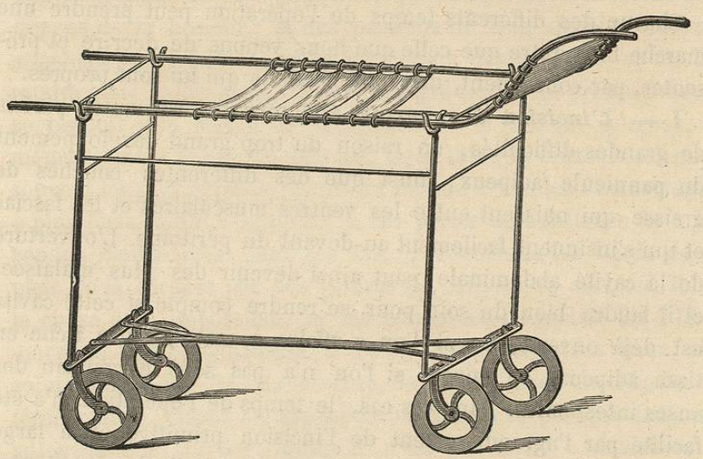

Fig. 208. — Brancard roulant d'après Mme Horn.

une compression modérée. Ces bandes de gaze, plongées dans l'eau phéniquée et exprimées, s'adaptent d'une façon parfaite, lorsqu'elles sèchent, aux formes du corps et tiennent très bien, tout en ne gênant pas l'opérée.

L'opération terminée, on enveloppe la femme dans une cou-

verture de laine neuve et on la transporte au lit. (A cet effet je me sers d'une espèce de brancard roulant (1), fig. 208, qui mène la malade auprès de sa chaise roulante ou directement dans sa chambre, à travers les corridors où règne une température uniforme.) Une fois l'opérée dans son lit, on lui pose sur le ventre une grosse vessie de glace et des cruchons chauds sur les côtés. Puis on l'abandonne à elle-même sous la surveillance d'une infirmière.

Une ovariotomie simple de ce genre demande environ huit, dix minutes à partir de l'ouverture du ventre jusqu'à la fin du pansement.

Complications

Chacun des différents temps de l'opération peut prendre une marche bien autre que celle que nous venons de décrire et présenter, par conséquent, des complications qui lui sont propres.

I — ***L'incision des parois abdominales*** rencontre parfois de grandes difficultés, en raison du trop grand développement du pannicule adipeux, ainsi que des différentes couches de graisse qui naissent entre les ventres musculaires et les fascias et qui s'insinuent facilement au-devant du péritoine. L'ouverture de la cavité abdominale peut ainsi devenir des plus malaisée, et il faudra bien du soin pour se rendre compte si cette cavité est déjà ouverte, ou si l'on a affaire à une séreuse riche en tissu adipeux, ou encore si l'on n'a pas sous le couteau des anses intestinales. Dans ces cas, le temps de l'opération m'a été facilité par l'agrandissement de l'incision primitive et la large béance consécutive de la plaie. D'ailleurs je n'incise jamais que ce que je soulève entre deux pinces et je cherche à ouvrir la cavité abdominale le plus rapidement possible. L'on est rarement ennuyé par des hémorragies considérables provenant de vaisseaux de la paroi ; la torsion ou la ligature assureront du reste l'hémostase.

(1) Voir exposition de Mme Horn, *Naturforscherversammlung*, Berlin, 1886.

BIBLIOTECA

II — Lorsque la cavité abdominale est ouverte, ce qui entrave les progrès de l'opération ce sont ordinairement ***les adhérences de la surface de la tumeur avec le voisinage***. Les adhérences avec ***la surface interne de la paroi abdominale*** sont, en général, faciles à détacher et n'occasionnent le plus souvent pas d'hémorragie considérable. Si par hasard un vaisseau donnait trop abondamment, il faudrait le lier isolément; si l'on a affaire à une hémorragie en nappe, on emploiera avec avantage un mode de suture qui, il est vrai, est assez long; on embrassera de quatre côtés la surface saignante avec un fil qui, une fois noué, donnera à cette surface l'apparence d'un bouton charnu s'élevant, entre les diverses anses de la suture, au-dessus de la région avoisinante et proéminant dans la cavité abdominale. Quant au sang, il s'arrête.

Les ***adhérences avec l'intestin*** exigent, pour être détachées, une dissection des plus prudente, qui se fera naturellement aux dépens de la tumeur ; si des portions de cette dernière restent attachées aux intestins, on y appliquera des ligatures et on les rendra ainsi inoffensives. Mais si, malgré toutes les précautions, il se produit des pertes de substance de la tunique séreuse, et même, comme j'en ai vu des cas, de la tunique musculaire, on a souvent les plus grandes peines du monde à arrêter l'hémorragie, à plus forte raison à remédier à ces pertes de substance et à les rendre inoffensives. Dans ces cas, je réunissais les bords de la plaie de la séreuse par des sutures de cordonnier ou bien, là où la chose était impossible, je me contentais de mettre fin à l'hémorragie parenchymateuse à l'aide d'attouchements avec une solution étendue de perchlorure de fer ou avec de l'huile de térébenthine. Quant à l'appendice vermiculaire presque toujours adhérent à la tumeur, lorsqu'il n'est pas facile à détacher, je n'hésite pas à le réséquer après ligature préalable. Il est évident que si l'on a déterminé des solutions de continuité complètes de la paroi intestinale, la première des choses à faire est l'occlusion de la plaie de l'intestin.

On observe rarement des ***adhérences avec le foie.*** Je me souviens d'un cas appartenant à la clientèle de mon père, où l'hémorragie provenant d'une déchirure hépatique fut rendue inof-

fensive par des applications de perchlorure et où la guérison eut lieu sans le moindre accident.

Les entraves apportées à l'opération sont plus sérieuses encore lorsque les ***adhérences*** siègent dans le ***petit bassin***, que la surface du kyste se soit soudée au revêtement péritonéal de cette région, ou que la brièveté et le peu d'extensibilité du pédicule aient porté l'insertion dans le petit bassin. Il est rare qu'on échoue dans la dissociation des adhérences par l'arrachement de la tumeur ; il est rare également d'observer des hémorragies au niveau des surfaces arrachées. Là où l'on a du sang et où il ne s'arrête pas spontanément, c'est le cas surtout des tumeurs sous-péritonéales, on peut procéder de deux manières pour éviter des pertes de sang ultérieures et pour rendre les surfaces de la plaie inoffensives. ***Ou bien l'on suture la surface de la plaie dans la profondeur du bassin,*** à l'aide de points de cordonnier ou de matelassier, et l'on applique sur la région découverte des lambeaux voisins de séreuse ou l'utérus lui-même, qu'on y fixe. J'ai employé ce procédé bien des fois et je ne puis que le recommander pour les cas où son exécution ne rencontre pas d'empêchements. ***Ou bien on cautérise la surface cruentée avec du perchlorure de fer étendu, on établit vers le vagin un drainage prophylactique du plancher de Douglas ou de celui de la cavité évacuée, on suture à la partie supérieure les bords déchirés et sécrétants de l'espace à abandonner; ou bien on laisse le soin de l'occlusion à l'utérus replacé et aux intestins et on se contente de frayer par le drainage une voie à l'extérieur aux sécrétions des surfaces saignantes.***

Le drainage est très facile à établir en cet endroit. J'enfonce à travers le plancher du cul-de-sac de Douglas une longue pince à pansement dans la voûte du vagin que je maintiens tendue à l'aide de deux doigts introduits dans le fond du conduit. Cette pince est munie d'un drain et ramenée à son point de départ.

J'emploie le procédé du ***drainage prophylactique dans les cas où la tumeur est sous-séreuse et s'est développée sous le péritoine pelvien, et où il reste après l'ablation de très grandes cavités à parois en lambeaux.*** J'incise le péritoine au-dessus de la tumeur, au niveau du point le plus accessible, j'enlève cette

dernière, et après traitement, le cas échéant, du pédicule, je suture les parois de la cavité du côté du péritoine en ayant soin de réséquer les portions superflues de ces parois. Naturellement du plancher de la tumeur part un drain qui se rend dans le vagin.

III — On regarde comme une complication très dangereuse de l'ovariotomie la ***procidence pendant l'opération d'anses intestinales.*** Mon expérience personnelle ne me permet pas de partager cette opinion. ***Toutes les fois que les intestins seront difficiles à maintenir, toutes les fois qu'il s'agira de poser des ligatures ou des sutures dans la profondeur du petit bassin,*** il n'y aura aucun inconvénient à sortir de la cavité abdominale la totalité des anses intestinales. Dans plus de 90 °/₀ de mes opérations j'ai ainsi extrait les intestins en les plaçant sur l'épigastre bien enveloppés dans un linge chauffé et trempé dans une solution faible d'acide phénique. Ils demeurent dans cette position jusqu'à la fin; si celle-ci tarde, on les recouvre d'un nouveau linge préalablement chauffé.

Les considérations qui ressortent des expériences de *Wegner*, sont d'une importance tout à fait secondaire en pratique, du moins d'après mes observations personnelles.

IV — Lorsque ***les ovaires*** sont malades ***tous deux***, il vaut mieux les enlever ensemble. Comme cette ablation implique nécessairement la suppression de la menstruation et de l'aptitude à la conception, il faudra se demander très sérieusement si l'état pathologique en question n'a plus aucune chance de régression. S'il n'existe que de simples hydropisies folliculaires, on les videra par la ponction ; on réséquera les petits kystes, le cas échéant, afin de conserver les portions de la glande demeurées saines, *Schroeder* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* XI, p. 358) est le premier qui ait réséqué des kystes sur un ovaire demeuré sain ; ses opérées ont continué à être réglées. Depuis, *Schatz* (1) et moi nous avons fait la même opération. La possibilité et l'innocuité de ce procédé sont incontestables. Si peu qu'il reste de la glande ovarique, les femmes non seulement ne cessent pas d'être menstruées, mais elles peu-

(1) *Centralbl. f. Gyn.* 1885, n° 23.