

d'autre part, une erreur inverse pourrait être ainsi commise, si une pince avait glissé dans un bassin ou avait été emportée attachée à la tumeur ou à une éponge, sans qu'on s'en fût aperçu¹. Il suffit donc, je crois, d'exercer une exacte surveillance sur les instruments.

Aides.

Le nombre des aides doit être aussi restreint que possible : 1 pour le chloroforme, 1 pour enfiler et faire passer les aiguilles ou les fils

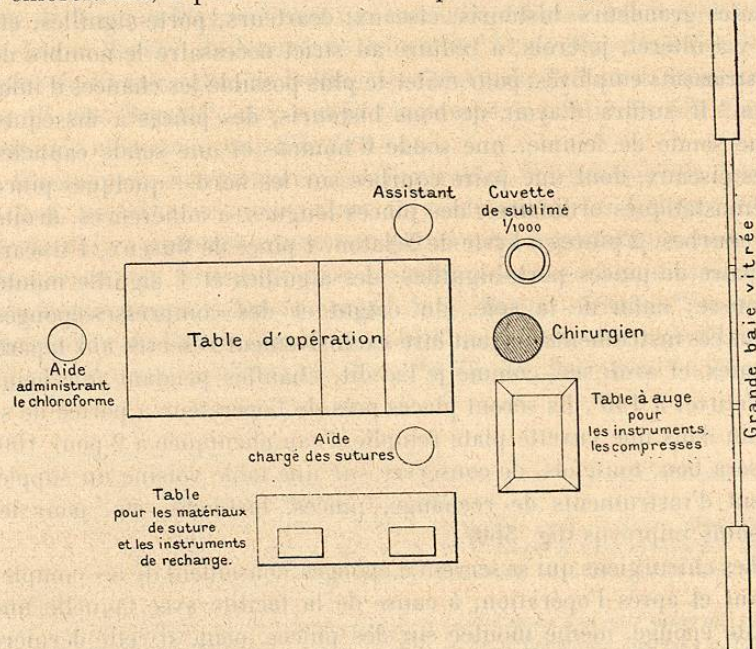


Fig. 360. — Disposition des aides et du mobilier opératoire pour une laparotomie.

à ligatures (ceux-ci devront être coupés d'avance et maintenus dans une solution phéniquée ou sublimée faible); 1 troisième aide expérimenté suffit pour assister le chirurgien; il doit se tenir à gauche de la malade, tandis que l'aide chargé du soin des sutures est placé à droite de l'opérée, et par suite à gauche du chirurgien, à proximité suffisante pour lui passer directement les fils. Si l'on n'a pas à sa disposition un assistant expérimenté, on en prendra deux, l'un à droite, l'autre à gauche. Personne n'aura le droit de toucher un instrument, un objet quelconque servant à l'opération, en dehors des aides précités. Si un instrument tombe à terre, on l'y laisse.

On peut diviser en quatre temps l'opération de l'ovariotomie :

1^{er} temps.
Ouverture de
l'abdomen.

1^{er} temps. Ouverture de l'abdomen. Il vaut mieux commencer par une ouverture de moyenne grandeur, quitte à l'agrandir ultérieurement.

¹ H. C. COE (*Amer. Journ. of Obstet.*, fév. 1889, t. XXII, p. 166) a deux fois rouvert le ventre pour rechercher une éponge qui était tombée dans un seau.

ment. Tandis que l'assistant place son index au niveau de l'ombilic pour désigner ce point de repère et tire légèrement la peau en haut, le chirurgien, armé d'un fort bistouri convexe, fait une incision de 10 centimètres sur la ligne blanche, allant en bas jusque près de la symphyse. Le tégument et le tissu cellulaire étant rapidement divisés, on tâche de tomber dans l'interstice des muscles droits, qu'il faut chercher d'abord à la partie supérieure de la plaie. L'ouverture de leur gaine constitue un inconvénient de peu d'importance. On tombe immédiatement après sur le *fascia transversalis* et la graisse sous-péritonéale, qu'on ne confondra pas avec le grand épiploon. On incise et l'on excise, si c'est nécessaire, ces pelotons graisseux souvent très abondants, et l'on arrive sur la séreuse. Avant de l'ouvrir, on doit s'assurer que l'hémostase est complète et pour cela placer deux ou trois pinces sur les vaisseaux qui saignent. On saisit le péritoine avec des pinces à disséquer dans la partie supérieure de la plaie, et l'on fait une petite boutonnière au pli soulevé; une sonde cannelée est introduite de haut en bas sur la ligne médiane, et le péritoine est largement incisé, soit au bistouri, soit aux ciseaux. On doit bien s'assurer, à ce moment, en soulevant la séreuse avec la sonde cannelée, et en la regardant au besoin à contre-jour, qu'on ne risque pas de blesser la vessie anormalement développée¹. Dans des cas rares, la fusion du péritoine avec la paroi antérieure du kyste peut être telle que la distinction devient impossible. Il faut alors prolonger l'incision par en haut pour arriver en un point où la séreuse est libre, puis procéder ensuite au décollement de haut en bas. Cela vaut infiniment mieux que d'entrer immédiatement dans le kyste et de le décoller, en opérant une traction sur sa face interne.

¹ La blessure de la vessie est un accident qui est arrivé à de nombreux opérateurs expérimentés, dans les cas où la tumeur, développée sous la séreuse, a démesurément étiré le réservoir urinaire, qui, vidé, devient méconnaissable et peut très bien être pris pour une épaisse fausse-membrane. J'ai eu moi-même à porter remède à cet accident dans un cas où la plaie avait 20 centim. de longueur et comprenait à la fois la surface extra et intra-péritonéale du réservoir urinaire (*Annal. des mal. des org. génito-urin.*, 1^{er} mai, 1885). Dans ce cas j'ai suturé toute la vessie, en laissant une boutonnière antérieure où j'ai placé un siphon; après la guérison de la malade, j'ai facilement oblitéré cet orifice. De nouvelles publications de REVERDIN et de SÄNGER autorisent à essayer la suture complète. Dans un cas où il avait enlevé une portion de la vessie, SÄNGER (*Congrès de Halle, in Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 26, p. 418) l'a suturée à la soie et l'a fixée à la partie inférieure de la plaie, en attirant le péritoine au-devant d'elle; drainage pré-vésical, et suture des parois abdominales au-dessus du moignon vésical, guérison. LEOPOLD (*ibid.*), ayant de son côté enlevé le sommet de la vessie dans une hystérectomie, a fait des sutures complètes séro-séreuses, et a guéri sa malade. Je crois qu'il serait bon de faire, en pareil cas, deux plans de sutures, soit à points séparés comme dans le procédé de Czerny pour la suture intestinale, soit en surjet. J'ai eu de la sorte un beau succès (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, déc. 1889, p. 786). La soie doit être préférée dans l'ovariotomie, où l'on réduit le pédicule, parce qu'on n'a pas à craindre son infection secondaire comme dans l'hystérectomie avec pédicule extérieur voué à la mortification.

2^e temps.
Rupture des
adhérences.

2^e temps. Rupture des adhérences. Évacuation. — A. Adhérences à la paroi abdominale. — La main droite est introduite à plat dans la plaie abdominale à la surface du kyste, et, manœuvrant avec son bord cubital, décolle peu à peu les adhérences à droite et à gauche aussi loin qu'elle peut aller. On a parfaitement la sensation de celles qui sont trop solides pour céder à la pression simple, et l'on s'abstient d'exagérer cette manœuvre, se réservant de rompre plus tard, après l'évacuation du kyste, celles qui résistent.

B. Adhérences avec l'épiploon. — Elles sont rompues de la même manière; on s'aidera au besoin des deux mains. On place immédiatement des ligatures au catgut sur les points saignants. Si certaines parties sont trop adhérentes, on les saisit avec deux pinces juxtaposées, on incise entre celles-ci et on lie ensuite au catgut, par petits paquets. Cette manière de procéder remplace avantageusement la ligature élastique en masse qu'a employée Hegar.

C. Adhérences avec les intestins. — Les adhérences molles se détachent comme les précédentes; celles qui sont moyennement tenaces cèdent à la tension et à la pression combinées, portant alternativement sur la paroi kystique et sur la paroi intestinale, et toujours exercée avec les doigts recouverts d'une compresse-éponge. L'intestin saigne-t-il, alors, en un point limité, on y placera avec une aiguille fine et du catgut une ou plusieurs sutures à points séparés. L'hémorrhagie se fait-elle sur une large surface, on essaiera d'abord de la maîtriser par une compression de quelque durée, et, si cela ne suffit pas, on touchera les endroits qui donnent du sang avec la solution phéniquée forte. Hegar recommande de faire agir à distance la chaleur rayonnante d'un thermo-cautère. Enfin, si la séparation de l'intestin paraît dangereuse, il vaudra mieux renoncer à le décoller et procéder comme je l'ai indiqué au sujet de la myomectomie (p. 505), en laissant une mince couche de la paroi kystique adhérente à l'intestin que l'on dégage par une dissection minutieuse. Mais il est nécessaire de cautériser cette couche pour y détruire tous les éléments épithéliaux provenant de la paroi kystique. Du reste, avant de commencer le détachement des adhérences intestinales de quelque étendue, il faut toujours s'assurer de leur nombre et de leur importance, et, si elles sont trop considérables, mieux vaut y renoncer, se borner à avoir fait, selon les cas, une incision exploratrice, ou traiter le kyste par la marsupialisation (voir plus loin).

D. Adhérences pelviennes. — Pour les petites tumeurs, on procédera, avant la ponction, à la recherche des adhérences; quant aux grosses tumeurs, il est nécessaire de diminuer d'abord leur volume pour pouvoir glisser la main dans la cavité pelvienne; on doit, en même temps, fortement les attirer en avant avec les pinces de Nélaton. Une

erreur grave qu'il faut éviter serait de prendre pour un kyste fixé par de larges adhérences une tumeur intra-ligamentaire; on ne pourrait détacher un kyste de ce genre qu'après en avoir ouvert la loge péritonéale, comme je l'indiquerai ci-après.

Les adhérences pelviennes seront rompues avec la main, et si l'on est forcé d'employer les ciseaux, on coupera toujours entre deux pinces ou deux ligatures. Il peut arriver que la portion pelvienne de la poche soit tellement adhérente qu'elle ne puisse être extirpée. On fera alors une opération partielle ou incomplète dont j'indiquerai plus loin la technique.

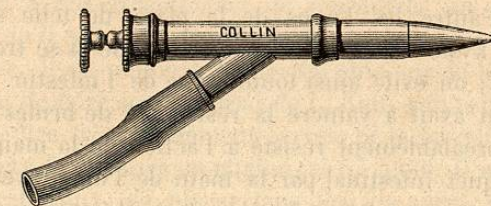


Fig. 561. — Trocart à pointe ronde et à tube d'écoulement latéral.

Il y a tout intérêt pour les petites tumeurs à ne pas faire l'évacuation du kyste, avant d'avoir détaché les adhérences susceptibles de céder à la pression de la main; celle-ci s'exerce, en effet, beaucoup plus efficacement sur une poche tendue que sur une poche flasque, mais il faut réserver l'incision des adhérences invincibles pour le moment où la ponction du kyste et son affaissement permettent de s'aider du contrôle de la vue.

L'évacuation du kyste peut être faite avec le bistouri, comme c'est l'habitude en Allemagne, mais cette manœuvre expéditive expose toujours plus ou moins à la souillure de la plaie, lorsque le jet du liquide a perdu de sa force; l'usage du trocart me paraît donc préférable.

Il est parfois nécessaire de ponctionner successivement plusieurs cavités; on peut souvent se borner, pour cela, à enfoncer davantage le trocart directement ou dans une autre direction, sans le retirer. On se sert avec avantage, pour les très grandes poches, d'un trocart communiquant avec un récipient volumineux où l'on a préalablement fait le vide.

Si la tumeur, microkystique et aréolaire, ne se laissait pas réduire par la ponction, on agrandirait, sans hésiter, l'incision abdominale, avec des ciseaux, jusqu'à l'ombilic, en divisant toutes les couches

Évacuation

d'un seul coup : il n'y a aucun intérêt réel, quoi qu'on en ait dit, à contourner à gauche la cicatrice ombilicale, si on doit la dépasser.

5^e temps.
Extraction du
kyste et ligature
du pédicule.

5^e temps. **Extraction du kyste et ligature du pédicule.** — On retire le trocart par un mouvement brusque, tandis que l'assistant place la poche au niveau de la piqûre : on place sur elle des pinces de Nélaton pour l'oblitérer et faciliter la traction. Une seconde paire de pinces semblables ou des pinces de Museux sont placées en un point convenable, et on commence à faire, pour ainsi dire, l'accouchement du kyste, en tirant doucement et en s'aidant de mouvements de latéralité alternatifs. A mesure que la tumeur se dégage, l'aide exerce une pression sur les parois abdominales et applique de plus en plus l'une contre l'autre les lèvres de la plaie, de telle sorte qu'au moment où le kyste est entièrement sorti, celle-ci se trouve fermée sur le pédicule; on évite ainsi toute issue de l'intestin. Si, pendant l'extraction, on avait vaincu la résistance de brides ou d'adhérences ayant préalablement résisté à l'action de la main, on ferait soulever le paquet intestinal par la main de l'aide, avec interposition d'une compresse-éponge chaude, et on placerait au besoin des écarteurs dans la plaie pour l'entr'ouvrir et diviser entre deux ligatures, avec des ciseaux, les adhérences fibreuses qui sont très rarement vasculaires.

Le pédicule doit maintenant être lié, séparé de la tumeur et abandonné dans le ventre.

Cette méthode de **traitement intra-péritonéal** du pédicule est celle qu'avaient suivie les premiers opérateurs; elle avait été ensuite abandonnée pour le **traitement extra-péritonéal**, qui a été généralement employé jusque vers 1880, époque où la méthode intra-péritonéale s'est généralisée. C'est en 1841 que Stilling¹ restaura le traitement extra-péritonéal en Allemagne; de son côté, Duffin², en Angleterre, en 1850, la remit en honneur, mais il doit sa plus grande vulgarisation à Spencer Wells³. Auparavant, le pédicule avait simplement été suturé dans la plaie abdominale avec des points de suture ou des aiguilles. Un nouvel instrument, sorte d'étau ou **clamp** destiné à comprimer l'extrémité du pédicule, pour assurer l'hémostase et le maintenir solidement, fut inventé par Hatchinson en 1858 et fut aussitôt adopté avec une sorte d'enthousiasme. Spencer Wells, Atlee, Wilde, Kœberlé, Hegar et Kaltenbach inventèrent à leur tour divers modèles. Clay et Baker-Brown firent construire un *cautery-clamp*,

¹ B. STILLING. *Holscher's Hannov. Annal.*, 1841, p. 251 et 395.

² E. W. DUFFIN. *Med., chir. Transact.*, 1850, t. XXXIV, p. 1.

³ SP. WELLS. *History and progress of ovariectomy in Great Britain (ibid., 1865, t. XLVI, p. 55).*

destiné à combiner la compression et la cautérisation. A Paris, les chirurgiens se contentèrent généralement de la transfixion cruciale avec de longues et fortes aiguilles, jointe à la constriction avec le serre-nœud de Cintrat.

Les principaux inconvénients du traitement extra-péritonéal du pédicule sont : la mortification de celui-ci qui s'étend parfois assez loin et expose à l'infection de la plaie; l'affaiblissement de la cicatrice abdominale qui prédispose aux hernies consécutives. Toutefois, ce procédé mérite d'être conservé dans les cas où, en même temps qu'un kyste de l'ovaire, on aura à combattre soit un prolapsus, soit une rétroflexion prononcée de l'utérus; on opère, en effet, du même coup une gastro-hystéropexie.

Il est tout à fait exceptionnel de rencontrer un pédicule assez mince pour qu'il soit suffisant de passer autour de lui un fil de soie et de le nouer. Il est toujours beaucoup plus sûr de le transfixer en son milieu et de faire soit le nœud de L. Tait, soit celui de Bantock, qui peuvent être très solidement serrés. Si la largeur du pédicule l'exige, on fera la ligature en chaîne (p. 57 à 60). Il est bon, quand le pédicule est court, de placer tous les fils avant de détacher la tumeur, et de n'inciser le pédicule, à un centimètre au moins au-dessus des fils que progressivement, par petits segments liés d'avance à mesure et ensuite libérés. On évitera ainsi le retrait, très difficile à éviter au fond du pelvis, du pédicule prématurément sectionné en totalité. Si le pédicule est très épais, très succulent, peu différencié de la masse de la tumeur, on se trouvera bien d'y faire une forte empreinte par la compression excessive de fortes pinces à adhérences (fig. 45) ou mieux de pinces de Billroth (fig. 44, 1). Au bout de quelques instants d'application, on obtiendra ainsi une dépression ou sillon où la ligature tiendra beaucoup mieux et où l'hémostase sera déjà à moitié faite par l'écrasement des tissus.

Après avoir détaché la tumeur, on coupe tous les fils à 1/2 cent. au-dessus du nœud. Auparavant, toutefois, on recherche, à la surface de la section, la lumière des gros vaisseaux et on les lie isolément à la soie fine ou au catgut; on touche la tranche à la solution forte. Si le pédicule était exceptionnellement charnu et mollasse, ou surtout si la surface de section paraissait contenir des tissus suspects, ou enfin si la trompe présentait des signes d'inflammation, on mettrait en usage la pratique inaugurée par Clay et systématisée par Baker-Brown : la cautérisation de la plaie pédiculaire au fer rouge. Les parties voisines seraient soigneusement protégées avec une compresse-éponge humide. Quelques auteurs¹ ont conseillé, dan

¹ B. S. SCHULTZE. *Bericht über die von 1884-85 und 1886 ausgeführten Laparotomien. (Corresp. des allg. ärztl. Vereins von Thüringen, 1887, n° 5.)*

le but d'éviter les adhérences futures avec l'intestin et la production d'étranglement interne, de suturer les deux lèvres de la plaie péritonéale au-dessus du pédicule; c'est, me semble-t-il, une complication inutile, car des fausses membranes viennent très vite l'encapsuler.

Le chirurgien examine alors l'ovaire du côté opposé, et pour peu qu'il lui paraisse suspect et que la femme touche à la ménopause, il l'enlève. Si la femme était encore jeune et la lésion du second ovaire très limitée, on pourrait suivre la conduite hardie de Schröder¹, qui, en pareil cas, excisa simplement une petite tumeur dermoïde et réunit la plaie de l'ovaire, après en avoir fait ainsi la résection. La femme devint enceinte et accoucha heureusement peu après. Schröder a fait quatre fois cette **résection de l'ovaire** chez des femmes jeunes. A. Martin² a depuis imité cette conduite. On doit aussi examiner avec soin l'utérus, et si l'on y trouve des noyaux fibreux, en faire l'énucléation, quand il s'agit d'une femme jeune et quand l'opération paraît simple, à cause du siège des tumeurs; s'il s'agit d'une femme voisine de la ménopause ou que la myotomie doive offrir des difficultés, la castration, par ablation du second ovaire, est préférable.

4^e temps.
Toilette du
péritoine
et occlusion de
l'abdomen.

4^e temps. Toilette du péritoine et occlusion de l'abdomen. — Quand l'opération a été simple, quand il n'y a pas eu d'effusion de liquide irritant, il est inutile de s'attarder à éponger la petite quantité de sang qui peut exister dans le pelvis; elle se résorbera facilement³, le frottement des compresses-éponges a toujours l'inconvénient d'enlever l'épithélium à la surface du péritoine et de détacher quelques petits caillots qui bouchaient des orifices vasculaires: un nouveau suintement sanguin peut en résulter. Tout autre doit être la conduite du chirurgien quand du liquide kystique, ou surtout du pus, a contaminé le champ opératoire. Pour le premier cas, l'usage des compresses-éponges suffit; on en coiffe le doigt et on le promène dans tous les points déclives; pour le cul-de-sac de Douglas, on saisit le coin d'une compresse avec une longue pince courbe, on l'enroule autour de la pince, et l'on va ainsi jusque derrière l'utérus absorber la sérosité. Quand il y a eu effusion de pus ou de matière kystique très poisseuse et irritante, le lavage du péritoine sera indiqué (p. 24).

¹ SCHRÖDER. *Gesell. f. Geb. und Gyn. zu Berlin*, juill. 1884. (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1885, Bd. XI, p. 360.)

² A. MARTIN. *Samml. klin. Vorträge*, 1889, n° 345.

³ GLUGE et THIERNESSE, dès 1845, ont montré qu'on peut faire impunément des injections de sang dans la cavité abdominale. Réemment les essais de *transfusion intrapéritonéale* ont fait répéter ces expériences chez l'homme. EDLER. *Die traumatische Verletzungen der parench. Unterleibsorgane*. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1886, t. XXXIV, p. 198.) — STEPHANESCO (*Considérations sur le péritoine*. Thèse de Strasbourg, 1871) a fait des injections d'air chimiquement pur et de quelques substances colloïdes, sans accidents.

J'ai antérieurement précisé dans quelles conditions on doit faire le drainage ou le tamponnement (p. 73 à 81).

Le chirurgien n'a plus qu'à refermer le ventre; j'ai longuement exposé (p. 55 à 56) comment il doit procéder et je n'y reviendrai pas. Mon procédé de suture mixte¹ (suture continue à 2 plans superposés pour le péritoine et les aponévroses, à points séparés pour les téguments) évite les hernies et éventrations, si fréquentes après le mode de suture *en masse*, généralement usité². Si l'on se trouvait en présence de parois abdominales très saignantes sur une grande étendue de leur surface interne, par suite du détachement de larges adhérences, et si l'on craignait un suintement capillaire après l'occlusion de la plaie, on pourrait placer sur la paroi, au niveau des limites de ces *écorchures* de la séreuse, une série de sutures enchevillées serrées sur de petits rouleaux de gaze iodoformée, sutures destinées à appliquer, l'une contre l'autre, les surfaces saignantes relevées en dos d'âne; ces sutures seraient laissées 2 ou 3 jours en place³.

Je viens de décrire l'opération pour ainsi dire typique, telle qu'elle se pratique pour les kystes. Je dois maintenant revenir sur deux conditions opératoires importantes qui peuvent se présenter et qui sont relatives, l'une à l'absence de pédicule, l'autre à l'impossibilité de le constituer.

Énucléation des kystes inclus dans le ligament large et rétro-péritonéaux. — J'éliminerai tout d'abord les masses métastatiques sous-péritonéales que l'on rencontre soit dans le cul-de-sac de Douglas, soit dans les fosses iliaques, en même temps que les tumeurs pédiculées d'un ou des deux ovaires. S'attaquer à ces masses microkystiques et colloïdes, infiltrées plutôt qu'incluses sous la séreuse, c'est courir au-devant d'un échec opératoire certain; il est rarement possible de les extraire en entier, et les délabrements énormes qu'on est amené à faire, joints aux vestiges de néoplasmes laissés adhérents, suffisent à amener l'infection. On doit donc se borner alors à enlever la tumeur ovarienne pédiculée, si cette opération est simple, en laissant en place les masses secondaires, ou même refermer le ventre, si les adhérences multiples qui existent presque toujours, en pareil cas, font prévoir une opération à la fois laborieuse et incomplète.

A. **Kystes parovariens hyalins.** — Ces kystes, à parois minces, à con-

¹ Je l'emploie depuis 1886 (voir *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 19 oct. 1887, p. 577).

² WERTHEIMER. *Essai sur les hernies consécutives à la laparotomie*. Thèse de Paris, 1887, n° 163. — W. GILL WYLIE. *Ventral hernia caused by laparotomy* (*Amer. Journ. of Obstet.*, janv. 1887, t. XX, p. 25). — E. FASOLA. *Hernie abdominale consécutive à la laparotomie* (*Annal. di obstet. e gyn.*, 1888, p. 198).

³ V. HACKER. *Wien. med. Woch.*, 1885, n° 48, p. 1466.

Énucléation des
kystes inclus et
rétro-
péritonéaux.

tenu limpide, nés dans l'épaisseur du ligament large, peuvent de là avoir cheminé sous la séreuse jusque dans le mésocolon et le mésentère. Ils sont très faciles à séparer de la séreuse, qui n'adhère pas à leur surface, à moins d'inflammation antérieure. Quand on les aura reconnus à leur aspect, il faudra avec précaution faire un pli au péritoine qui les recouvre, l'inciser, introduire le doigt dans la boutonnière et détacher la séreuse sur une petite étendue; on enfoncera le trocart sur la surface ainsi rendue libre et on extraira le liquide. Le trocart retiré, l'orifice oblitéré par des pinces, on décolle plus largement le péritoine à la surface du kyste, on l'incise dans une étendue suffisante, et, par des tractions successives, aidées de l'action du doigt qui brise les liens cellulaires, on enlève la totalité de la poche. On place, au fur et à mesure, des pinces sur les vaisseaux qui saignent. La cavité que laisse l'énucléation s'affaisse d'elle-même, sans qu'il soit nécessaire de s'en inquiéter¹.

Si la poche est devenue adhérente par suite d'une inflammation, souvent consécutive elle-même à une apoplexie intra-kystique dont on retrouve les vestiges dans la coloration du liquide et les dépôts brunâtres de la paroi, l'opération est plus difficile. Je me suis trouvé deux fois aux prises avec des cas de ce genre, et je n'en suis venu à bout qu'en ayant recours à ce procédé que je recommande: large incision de la poche; fixation des lèvres de la plaie avec une couronne de pinces, confiées à un aide; introduction de la main gauche dans l'intérieur du kyste, de manière à se rendre exactement compte de ses connexions et à aider, du dedans, les efforts de décortication de la main droite agissant au dehors, sous le péritoine. Une règle très importante est de procéder méthodiquement, avec suite, de ne pas disséminer les efforts, en abandonnant l'endroit par lequel on a commencé la décortication. Enfin, on ménagera, si possible, l'ovaire généralement sain.

B. Kystes papillaires du ligament large et kystes glandulaires inclus. — Je réunis ces deux espèces de kystes, quelque différence anatomique qu'ils présentent d'ailleurs, parce qu'au point de vue opératoire ils offrent ici de grandes ressemblances. J'ai déjà dit que les kystes papillaires du ligament large², quoique procédant sans doute du

¹ La première indication nette de décortication des kystes inclus a été donnée par MINER (de Buffalo). *Internat. med. Congress.* 1876, p. 801. — Voir sur la technique L. TAIT (*Edinb. med. journ.*, juill. 1889, t. XXXV, p. 20), qui a opéré 102 cas de kystes inclus avec 1 mort.

² WILLIAM GOODELL (*Amer. journ. of Obstet.*, janv. 1888, p. 1), dans une étude intéressante consacrée à ces kystes, propose de les désigner sous le nom de *kystes intra-ligamentaires*, en réservant le nom de *parovariens* ou *kystes du ligament large* aux kystes à contenu limpide. Il me semble que le seul moyen d'éviter la confusion est de viser la nature du contenu et de dire kystes (parovariens) *hyalins* et kystes *papillaires*, intra-ligamentaires ou du ligament large.

parovaire (soit de sa portion intra-ligamentaire, soit de celle qui pénètre dans le hile de l'ovaire), ne sont pas de ceux que les cliniciens ont l'habitude de désigner habituellement sous le nom de kystes parovariens. Ils appliquent le plus souvent ce mot à la variété parovarienne, effectivement la plus commune, des kystes hyalins.

La poche des kystes parovariens papillaires est épaisse, souvent doublée de fibres musculaires lisses qui semblent les relier à l'utérus; leur contenu est trouble ou lactescent; ils renferment des masses végétantes, en chou-fleur. Au point de vue de l'épaisseur et de la vascularité de leur paroi, ils se rapprochent donc des kystes glandulaires ou papillaires de l'ovaire. Ces kystes eux-mêmes, soit par suite de leur point de départ au niveau du hile de l'organe (kystes papillaires), soit par suite d'un développement semi-hétérotopique ou d'une prédisposition congénitale (kystes glandulaires), peuvent dédoubler le ligament large pour y enfouir leur base, au lieu de se pédiculer. Les connexions étroites et intimes avec la séreuse, l'utérus, le plancher et les parois du bassin, constituent de nouveaux traits de ressemblance. La différence capitale, au point de vue des connexions anatomiques, est dans l'indépendance de l'ovaire pour les kystes parovariens, et dans sa fusion avec la tumeur pour les kystes ovariens. Capitale au point de vue purement anatomique, cette différence est, au contraire, médiocre au point de vue opératoire.

Pour tous les kystes inclus dans le ligament large, la décortication est très pénible, à cause de l'adhérence du péritoine, qui ne se détache souvent que par lambeaux; elle est, en outre, laborieuse, à cause des gros vaisseaux profondément situés; enfin elle est dangereuse, vu les rapports étroits de la base de la poche avec l'uretère et la possibilité d'arracher ou de blesser ce conduit¹.

Il vaut mieux vider la poche d'emblée; on saisit alors la partie saillante avec des pinces de Nélaton (fig. 149, B.), on la porte

¹ Il faut distinguer la conduite à tenir immédiatement, quand on s'aperçoit de la blessure de l'uretère, ou tardivement, quand, la malade ayant survécu aux accidents qui peuvent se développer, il persiste une fistule urétéro-abdominale, ou urétéro-vaginale. Ce dernier point rentre dans l'histoire des fistules urinaires, et je rappelle simplement que, pour un cas de ce genre, SIMON le premier pratiqua la néphrectomie.

La conduite à tenir, quand on s'aperçoit d'une blessure de l'uretère au cours d'une opération, sera différente selon qu'il s'agira d'une petite déchirure ou d'un arrachement complet. Dans le premier cas le mieux est de suturer la plaie du canal, le plus exactement possible et d'y placer une sonde en gomme à demeure, en pratiquant d'abord le cathétérisme par la vessie (procédés de Pawlik et de Simon, p. 128 à 134), puis guidant la sonde par la plaie abdominale. Je crois qu'il serait également prudent, en pareil cas, de faire le tamponnement antiseptique du péritoine, au-dessus de l'organe blessé, car la réunion peut manquer et il faut donner une issue au liquide, en comptant sur les adhérences protectrices qui peuvent alors encore limiter le foyer. SCHOFF (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1886, n° 31), dans un cas d'ovariotomie de kyste intra-ligamentaire où l'uretère avait été blessé, a d'abord placé des pinces provisoirement sur les deux bouts, puis les a réunis