

hors de la plaie abdominale, et on y dessine, au bistouri, une grande ellipse où est inscrite toute la partie de la poche qu'on a pu faire sortir de l'abdomen. L'incision ne comprend, si possible, que le péritoine, et on décolle alors la séreuse en s'aidant de pinces, de la spatule et du doigt, de façon à disséquer une collerette circulaire de plus en plus profonde, concentriquement à la poche kystique contre laquelle on chemine. Il vaut mieux commencer ce travail de décoration dans les points les plus vasculaires et lier d'emblée les gros vaisseaux qui alimentent les troncs secondaires. Il sera souvent nécessaire, pour s'orienter, de faire placer et maintenir par un aide une sonde dans la cavité utérine, car l'utérus est parfois tellement déplacé ou masqué par la tumeur, qu'on ne le retrouve que difficilement. Pour le détachement des adhérences utérines, il faut autant que possible attirer cet organe hors du ventre, et le faire reposer sur un lit de compresses-éponges. Il est des cas où l'on sera amené à pratiquer l'hystérectomie pour simplifier la manœuvre et terminer rapidement une opération déjà longue.

L'hémostase définitive sera obtenue soit par des ligatures, soit par des sutures en surjet au catgut qu'il faut passer très superficiellement sur toute la surface de la plaie saignante, pour éviter de blesser des vaisseaux profonds. La compression temporaire avec des compresses-éponges, l'attouchement au thermocautère pourront avoir raison des suintements capillaires persistants. Si ces moyens ne réussissent pas, je préférerais le tamponnement du péritoine avec la gaze iodoformée à la forcipressure à demeure, avec réunion des pinces dans l'angle inférieur de la plaie.

par 8 points de suture de soie, sans comprendre la muqueuse; il y eut une guérison temporaire de 4 semaines, puis des accidents survinrent et emportèrent la malade, en moins de deux mois. On trouva à l'autopsie une dégénérescence amyloïde des reins et de la péritonite plastique. Dans un autre cas, le même auteur préférerait désormais réunir l'uretère divisé sur une sonde anglaise (en gomme), passant par l'urètre dont elle n'occupait qu'une faible partie de manière à ne pas obstruer le passage pour l'urine du second rein. — A. GUSSENOW (*Charité-Annal.*, 1887, t. XII, p. 630) a lié l'uretère dans les circonstances suivantes : dans le cours de l'énucléation d'un kyste intra-ligamentaire malin, un petit lambeau de la tumeur qui n'avait pu être enlevé avait été lié au fond de la plaie; l'uretère avait été compris dans la ligature, car au 9^e jour survint un gros abcès avec péritonite septique et la malade succomba le 15^e. Dans une occasion semblable, Gussenow conseillera l'ouverture du foyer purulent par le cul-de-sac postérieur du vagin pour qu'il se produisit une fistule urétéro-vaginale. Je préférerais, en pareil cas, faire préventivement le tamponnement antiseptique du péritoine.

Dans un cas d'énucléation de kyste parovarien rétro-péritonéal, j'ai arraché l'uretère droit, qui était adhérent au kyste, et qui s'est rompu à 10 centimètres environ au dessous du bassin; le reste de l'uretère était complètement détaché et pendait hors du ventre. Au lieu de tenter une suture qui eût sûrement manqué, je pris le parti d'établir une fistule urétérale dans la région lombaire droite, puis de réséquer le bout vésical de l'uretère, après l'avoir lié et suturé dans la plaie. Je lui ai fait secondairement la néphrectomie; elle est tout à fait rétablie actuellement. S. Pozzi, *Des blessures de l'uretère au cours de la laparotomie*. (Congrès franç. de chir., 5^e session, Paris, 1891, p. 606.)

L'opération terminée, il faut diminuer autant que possible l'étendue de la plaie intra-abdominale, en rapprochant par des sutures au catgut les lambeaux du péritoine. On excisera les débris flottants. S'il existe une cavité trop profonde pour qu'elle puisse être comblée facilement par une suture en surjet du ligament large, on devra se préoccuper du clapier ainsi constitué et le séquestrer de la grande cavité abdominale. Suivant les cas, on choisira la suture des bords de la poche à la plaie abdominale, avec tamponnement à la gaze iodoformée, ou bien l'introduction d'un tube en croix par le fond de la poche dans le cul-de-sac postérieur du vagin, puis suture exacte au catgut de cette poche, du côté du péritoine (Martin). L'introduction de ce tube se fera plus facilement par le vagin, de bas en haut, en suivant les préceptes que j'ai donnés (p. 75).

Opérations incomplètes; marsupialisation du kyste. — Lorsque la ténacité des adhérences aux parois pelviennes ou aux feuillettes du ligament large rend la formation d'un pédicule ou l'énucléation impossible, il reste encore une ressource au chirurgien. Elle consiste à fixer aux lèvres de la plaie abdominale les bords de la poche dont l'arrière-fond n'a pu être détaché, et à tamponner ou à drainer cette dernière comme une cavité d'abcès, en confiant à la nature le soin de l'oblitérer ou de l'éliminer. Avant de procéder à la fixation de la poche à la paroi abdominale, on commencera par fermer toute la portion supérieure de celle-ci, en ne laissant libre à son angle inférieur que l'espace jugé nécessaire pour l'accomplissement de la manœuvre. La poche ouverte est maintenue élevée au-dessus du ventre par un assistant : à l'aide de pinces, si cela est nécessaire, on y ménage un ou deux grands plis, dont on assure la permanence par un point de suture. Puis, on assujettit le pourtour de la poche, modérément tendue, en passant, en couronne, une série de points de suture à la soie forte, qui traversent toute l'épaisseur de la poche et toute celle des parois abdominales, à deux centimètres des bords de la plaie. Chaque point doit être immédiatement tangent à son voisin. On fait ensuite une deuxième rangée de points de suture superficiels, réunissant la peau seule à la poche. On en nettoie soigneusement l'intérieur en enlevant toutes les végétations et tout le revêtement muqueux; on la lave au sublimé, puis on y place un gros drain percé seulement de deux trous à sa partie inférieure, et autour duquel on tasse doucement de la gaze iodoformée.

Cette conduite, préconisée, dans ses grandes lignes, par Clay, Spencer Wells, Péan¹, et adoptée ensuite par tous les autres opérateurs, n'est évidemment qu'un pis-aller. Elle peut donner d'excellents

¹ PÉAN. *Union méd.*, déc. 1869, p. 874 et suiv. et *Gaz. des Hôp.*, 25 nov. 1871, p. 555. — URDY. *De quelques cas difficiles d'ovariotomie et d'hystérotomie*. Thèse de Paris, 1874.

résultats avec les kystes uniloculaires à parois minces comme les kystes hyalins parovariens, quand ils sont devenus adhérents par l'inflammation; mais on a rarement l'occasion de l'appliquer en pareil cas. C'est presque toujours pour les kystes prolifères qu'on est obligé d'y recourir. Alors, surtout quand les parois kystiques présentent des végétations papillaires, les résultats sont très médiocres. La tumeur tend incessamment à récidiver, la fistule abdominale persiste indéfiniment, et la suppuration interminable expose à la septicémie chronique et à l'épuisement¹. On a vu une dégénérescence maligne se montrer au niveau de la plaie. On pourra augmenter considérablement les chances de succès en prenant soin de débarrasser le plus possible avec les doigts ou une curette mousse tout l'intérieur de la poche des éléments glandulaires qu'elle contient. Rheinstädter², qui insiste beaucoup sur cette manœuvre, a obtenu ainsi sept guérisons durables, dont quatre dataient de plus de deux ans. Dans les cas les plus heureux, la poche se mortifie et s'élimine en totalité.

Ce procédé, qui crée au devant du pubis une poche quelque peu comparable à celle des sarigues, a reçu pour cette raison, de quelques auteurs américains, le nom expressif de *marsupialisation*.

On devra toujours procéder le plus rapidement possible à une ovariectomie dans les cas simples, sans adhérences notables; la durée moyenne, en comprenant la suture des parois, peut, comme je m'en suis assuré moi-même, ne pas excéder 20 minutes. Toute opération péritonéale qui dure plus d'une heure acquiert par cela seul un degré spécial de gravité. L'opération sera d'autant moins grave que certaines précautions auront été prises: l'assistant maintiendra toujours la plaie abdominale ouverte au *minimum*, ne laissera jamais à nu l'intestin ou l'épiploon, qu'on recouvrira de compresses humides et chaudes; l'opérateur manœuvrera, dès qu'il le peut, hors du ventre et nettoiera constamment ses mains en les plongeant dans la cuvette contenant la solution sublimée à 1/5000, placée auprès de lui. L'*éviscération*, ou extraction temporaire du paquet intestinal, qui est placé sur les parois abdominales, enveloppé de compresses chaudes, donne assurément beaucoup de jour à l'opérateur, mais ce doit être une manœuvre exceptionnelle. On peut éviter d'y avoir recours, en faisant relever avec force tout le paquet intestinal dans l'intérieur du ventre par la main de l'assistant recouverte d'une compresse-éponge. On peut aussi faire soulever le bassin de la

¹ F. TERRIER. *Résultats fournis par l'ablation incomplète des kystes de l'ovaire* (Revue de chir., 1881, t. I, p. 625).

² A. RHEINSTÄDTER. *Sieben Ovariectomien mit Einnähung der Tumorbasis an die Bauchwunde; Heilung ohne Recidiv* (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1884, Bd. X, p. 257).

malade par un aide qui place les genoux de l'opérée sur ses épaules, en lui tournant le dos. L'opérateur doit alors changer de place et se mettre sur le côté.

Le *pansement* est des plus simples: la plaie étant, en effet, exactement affrontée, si l'opération a été aseptique, on peut dire qu'il n'y aurait théoriquement besoin d'aucun pansement topique, et que l'immobilité et la compression suffiraient. J'ai eu de très belles réunions avec la simple ouate. Toutefois, il vaut mieux se mettre en garde contre une infection possible, et user de l'antisepsie pour tout ce qui n'est pas l'intérieur de la cavité péritonéale (p. 20). J'ai l'habitude de laver la surface du ventre au sublimé, de saupoudrer légèrement la ligne de suture avec l'iodoforme, d'appliquer un gâteau de gaze iodoformée coupée en lanières et chiffonnée, par-dessus une couche de coton hydrophile, puis un matelas élastique fait avec de la tourbe emprisonnée dans une enveloppe de gaze, enfin un bandage en flanelle faisant le tour du corps. On ne doit pas accumuler trop d'ouate ni exercer une compression trop forte, comme l'ont fait les premiers opérateurs.

Soins consécutifs. Accidents. — La malade doit être sondée toutes les trois heures pendant les deux premiers jours au moins, et davantage s'il est nécessaire. Elle est couchée dans un lit préalablement chauffé, les cuisses légèrement relevées par un coussin placé au-dessous des genoux; si l'opérée est très affaiblie et dans un état syncopal, on tâchera de la relever par des injections sous-cutanées d'éther et on la maintiendra enveloppée de linges chauds.

On est parfois averti d'une *hémorrhagie interne*, peu après l'opération, par un sentiment d'angoisse subite, des défaillances, des frissons, des sueurs froides, l'affolement du pouls; la face pâlit; les extrémités se refroidissent; lorsqu'on a établi un drainage, on voit, en outre, le sang sourdre par le tube. Dans un cas de ce genre, Hofmeier, soupçonnant cet accident chez une opérée de Schröder, osa défaire deux points de suture huit heures après l'ovariectomie, trouva l'abdomen rempli de caillots, le pédicule échappé de sa ligature, et put ainsi sauver la malade. Il ne faudrait pas hésiter à imiter cette conduite.

Pendant le premier jour, il ne faut donner à l'opérée, pour toute *alimentation*, que quelques morceaux de glace, un peu de grog froid ou de champagne frappé. On se gardera de donner ces liquides en grande abondance, car un des meilleurs remèdes contre les vomissements est de maintenir l'estomac vide. Les *vomissements* dus au chloroforme n'ont, dans ces conditions, aucune valeur pronostique. Le second jour, on peut déjà ajouter à l'alimentation un peu de lait

Pansement.

Soins consécutifs.
Accidents.Hémorrhagie
interne.

coupé avec de l'eau de Vals. Quelques chirurgiens administrent de l'opium pour calmer les douleurs et procurer le sommeil; c'est une déplorable pratique, dont le principal effet est de paralyser l'intestin.

Au troisième jour, si les vomissements continuent ou reparais- sent avec une couleur porracée, si le ventre devient douloureux et ballonné, le pouls fréquent, alors même que la température resterait basse, le développement d'une **péritonite septique** est presque certain. Pour le diagnostic de celle-ci, il faut savoir que l'étude du pouls a une valeur incomparablement plus grande que les données thermo- métriques. Les inflammations chirurgicales du péritoine s'accompa- gnent même parfois d'une véritable hypothermie. Quand l'issue fatale doit arriver, les vomissements deviennent, au moins au début, incessants, presque continus, et la malade meurt sans grandes souffrances avec un peu de subdélirium. Olshausen¹ a parfaitement indiqué, depuis longtemps, la nature septique de ces symptômes. La péritonite est plutôt sous la dépendance de la septicémie que cette dernière n'est produite par la première. A l'autopsie, on trouve seu- lement, avec un énorme météorisme, un peu de sérosité trouble dans le petit bassin. Olshausen² attribue une grande importance à la paralysie de l'intestin et à la résorption des substances toxiques qui y sont contenues. Verchère³ a développé cette théorie, ainsi que Sânger⁴. Il faut se garder de prendre pour l'iléus cet ensemble symptomatique qui le simule parfois à s'y méprendre. Il s'agit plutôt sans doute d'une véritable toxémie par les leucomaines et ptomaines provenant, soit des liquides épanchés dans l'abdomen, soit des gaz et matières emprisonnés dans l'intestin paralysé. Quant au point de départ initial de la péritonite septique, on a incriminé la cessation des mouvements intestinaux dus à l'exposition à l'air, que celle-ci agisse directement sur la fibre musculaire ou indirectement sur les plexus nerveux de leurs tuniques.

Paralysie intes-
tinale.

Quoi qu'il en soit, un des meilleurs signes de début de la périto- nite est la **paralysie intestinale**, qui se traduit non seulement par le météorisme, mais encore par l'absence d'évacuation de gaz. Cette paralysie intestinale, qui est alors un effet, peut parfois être une cause de l'inflammation péritonéale : aussi convient-il de lui porter remède dès le début; j'ai l'habitude, le soir du second jour, d'ad- ministrer à la malade un lavement composé de six cuillerées de vin de Bordeaux et trois cuillerées de glycérine, qui a pour but de provoquer de petites contractions intestinales; si ce lavement reste

¹ OLSHAUSEN. *Die Krankh. der Ovarien*, p. 356.

² OLSHAUSEN. *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 1, p. 40.

³ F. VERCHÈRE. *Compte rendu du 5^e Congrès franç. de chir.*, mars 1888, p. 291.

⁴ SÂNGER. *Soc. gyn. de Leipzig*, 20 févr. 1888 (*Cent. f. Gyn.*, 50 juin 1888, n° 26, p. 450)

sans effet pour l'évacuation des gaz, je le renouvelle le lendemain matin, en y ajoutant une à deux cuillerées de miel de mercuriale, et je fais introduire dans l'anus une sonde en gomme n° 20, qui doit pénétrer de 10 centimètres pour permettre l'issue des gaz, malgré la tonicité du sphincter. Je crois cette conduite préférable à l'administration, par la bouche, de purgatifs qui sont souvent vomis¹.

Dès le quatrième jour, tout va bien, la malade peut prendre quel- ques aliments solides.

Au huitième jour, on enlève les sutures à la soie et il n'est guère nécessaire de les remplacer par une suture sèche, vu l'action persis- tante de la suture perdue; la réunion est alors généralement parfaite, sauf au niveau de quelques plis où peut persister un peu de chevau- chement. Le pansement est changé pour la première fois à ce moment, et on en refait un semblable, après avoir lavé le ventre au sublimé. Le quinzième jour, la malade peut être mise sur un fauteuil, et faire les premiers pas, une semaine après.

Après l'ablation des sutures on a vu, sous l'influence d'un accès de toux ou de vomissement, la **désunion secondaire de la plaie et l'intestin** y faire hernie; on possède de nombreux exemples où cet accident n'a pas eu de suites fâcheuses lorsque le nettoyage des viscères et leur réduction a eu lieu, même au bout de plusieurs heures; j'en ai moi-même observé un exemple chez une de mes malades, où l'issue de l'intestin s'était faite au niveau d'un tube à drainage; elle a par- faitement guéri.

Désunion secon-
daire.

Un accident très rare est la production d'**emphysème** de la paroi abdominale causé par les efforts de vomissement : il n'a pas de gra- vité, mais prédispose à la suppuration².

Emphysème.

Des **abcès superficiels** peuvent se former au niveau de la suture, quand l'antisepsie a été incomplète ou quand la plaie a été infectée secondairement, par l'intermédiaire d'un drainage profond plongeant dans un foyer de suppuration. Il faut se hâter, dès qu'on en est averti par une induration et une douleur locale, de rouvrir légè- rement la plaie avec une sonde cannelée, de la laver à la solution forte et d'y introduire deux petits drains.

Abcès.

Les **abcès profonds** au niveau du pédicule ou des sutures perdues dans le ventre³ sont plus difficiles à reconnaître. Si l'élévation de la

¹ Cette pratique de provoquer très hâtivement les mouvements de l'intestin, après la laparotomie, est actuellement générale. HEGAR et KALTENBACH, *loc. cit.*, HOFMEIER, *loc. cit.*, LUBARSCH. *Dissert. inaug.*, Strasbourg, 1884. — WYLIE. *Med. Record.*, New-York, 19 mars 1887, t. XXXI, p. 315. — P. MUNDÉ. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1888, t. XXI, p. 136. — La plupart des chirurgiens français tiennent une conduite analogue.

² WINTER (*Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 10 mai 1889 in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 24, p. 418) en a observé deux cas, dont l'un s'est produit sous les yeux de l'opérateur dans un cas, résolution; dans l'autre, abcès consécutif.

³ J. BÛCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1881, p. 75) rapporte deux cas probants d'acci-

température, l'empatement profond en un point limité constaté par la palpation bi-manuelle permettent d'acquiescer une certitude suffisante, on n'hésitera pas à rouvrir l'abdomen pour évacuer le pus et nettoyer le foyer; on devra alors établir un drainage.

Parotidite.

On a signalé la **parotidite**¹ comme accident de la convalescence; elle est assez rare; elle est toujours l'indice d'un certain degré de septicémie; aussi son pronostic est-il sérieux.

Péritonite.

La **péritonite**, qui peut se montrer d'une manière suraiguë au début, peut aussi ne survenir que du dixième au quinzième jour, et prend alors, sans doute, son origine dans la mortification septique du pédicule ou des autres ligatures en masse qui ont pu être laissées dans le ventre; j'en ai observé un cas dont le point de départ était dans de nombreuses ligatures de l'épiploon faites avec de mauvais catgut. Elle offre une allure plus insidieuse encore que la péritonite du début et revêt plutôt la forme d'une septicémie péritonéale. L'élévation de la température y est peu fréquente; on observe aussi le météorisme et les vomissements, d'abord bilieux, puis fécaloïdes².

Le traitement de la péritonite est à peu près impuissant à l'arrêter. Dès qu'on peut craindre son développement, l'application du froid sur le ventre sera faite, avec une vessie de glace, ou plus commodément avec une plaque à réfrigération de Galante, où l'on entretiendra un courant d'eau glacée. De petits morceaux de glace seront administrés par la bouche, et rendront les nausées moins pénibles. Je crois les boissons gazeuses, comme la potion de Rivière, plus nuisibles qu'utiles. Quant aux injections de morphine, je n'autorise leur emploi que lorsque la situation me paraît désespérée.

La réouverture de l'abdomen n'a, dans ces cas-là, donné que des mécomptes. Schröder, Hofmeier, Hegar et Kaltenbach sont unanimes à la condamner. Je l'ai, moi-même, une fois, essayée sans succès; l'expérience sur ce point ne me paraît pourtant pas définitive.

Occlusion intestinale.

Parmi les complications plus rares, je citerai l'**occlusion intestinale**³, qu'on a attribuée à des adhérences au niveau des ligatures perdues, ou des surfaces sectionnées; elle peut même être favorisée par la destruction de l'épithélium péritonéal, causée par l'usage d'éponges ou de compresses trop fortement antiseptiques: d'où le précepte de

dents dus à la non-résorption (et probablement à la désinfection insuffisante) du catgut; un cas de péritonite, un d'abcès profond, guérison.

¹ MATWEF. *Annal. de Gyn.*, 1885, p. 405. — E. BUMM (*Ueber Parotitis nach Ovariectomie in Münchn. med. Woch.*, 1887, n° 10, p. 175), n'a pu en relever que 17 cas publiés.

² LEVRAT. *Septicémie péritonéale après l'ovariotomie*. Thèse de Paris, 1880.

³ NIEBERDING. *Congrès gyn. de Halle (Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 26, p. 425). — W. HIRSCH. *Ueber Darmocclusion nach Ovariectomie (Arch. f. Gyn.*, 1888, Bd. XXXII, Heft 2, p. 247.) — SALIN. *Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 822. — TUTTLE. *Transact. of the obstet. Soc. of New-York (Amer. Journ. of Obstet.*, 1889, p. 952). — A. OBALINSKI. *Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 12, p. 251.

les laver à l'eau bouillie avant de s'en servir, et, généralement, d'être simplement aseptique et non antiseptique dans la cavité péritonéale. Sur 1000 ovariectomies, Spencer Wells aurait observé 11 morts par occlusion intestinale. Comme traitement de cet accident, Leopold¹ préconise des lavements forcés d'injection chaude de camomille additionnée d'huile et de savon: plusieurs litres doivent être ainsi introduits, après quoi on couche la malade sur le côté. On peut essayer ce moyen, auquel Leopold croit devoir de beaux succès, mais il ne faudrait pas attendre trop longtemps pour rouvrir le ventre et aller à la recherche de l'obstacle, qui est généralement une adhérence au pédicule ou à la plaie abdominale². On devra donc, dans cette dernière prévision, procéder avec de grandes précautions.

D'autres causes exceptionnelles de mort sont: le **tétanos**³, la **phlébite** et l'**embolie**.

On a observé l'**urémie**, aiguë ou lente, due à la congestion des reins déjà malades, provoquée par l'anesthésie prolongée et le traumatisme.

Le **shock** est un terme vague qui englobe des accidents d'une pathogénie très variable, depuis l'embolie méconnue et l'urémie foudroyante, jusqu'à la paralysie d'un cœur dégénéré, par suite du marasme de l'organisme⁴.

Gravité de l'opération. — Il est presque impossible d'établir le pronostic rationnel de l'ovariotomie comme de toute autre grande opération, sans faire le départ entre les cas simples et les cas compliqués. Malheureusement, cette classification n'existe pas dans les statistiques; elle serait, du reste, très délicate à établir. Quoi qu'il en soit, d'après les documents les plus récents, il semble que l'extirpation d'un kyste dépourvu d'adhérences étendues est aujourd'hui une opération véritablement bénigne. Une autre lacune considérable de la plupart des statistiques est l'absence de renseignements suffisants sur les causes de la mort. Cependant on peut affirmer que la grande majorité des opérées meurent de péritonite septique. Ce sont presque toujours les tumeurs malignes, à adhérences étendues, qui assombrissent les statistiques. Aussi quelques chirurgiens n'ont-ils certai-

Tétanos.
Phlébite. Embolie.

Urémie.

Shock.

Gravité de l'opération.

¹ LEOPOLD. *Soc. gyn. de Dresde*, 3 janv. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 16, p. 285).

² W. HIRSCH. *Loc. cit.*

³ THIBIAR. *Relation de quatre cas de tétanos observés à la suite de l'ovariotomie (Comptes Rendus du Congrès franç. de Chir.*, Paris, 1886, p. 97). — JOHNSON (*Journ. of the amer. med. Assoc.*, 15 juill. 1889, p. 65) en a rassemblé 15 cas. — RICHELLOT. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 696. — J. PHILIPPS, DORAN, HUMPHRY, *Soc. de méd. et chir.*, Londres, 12 janv. 1892.

⁴ M. HOFMEIER. *Zur Lehre vom Shock (Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1885, Bd. XI, p. 566).