

il convient de les passer dans une solution phéniquée, afin de les débarrasser de toutes les particules organiques qui peuvent les souiller. Il convient aussi de se laver les mains dans la même solution; on fera bien aussi de pulvériser, dans la chambre où la malade va être opérée, une solution phéniquée afin de détruire tous les organismes vivants qui peuvent se trouver disséminés dans l'atmosphère.

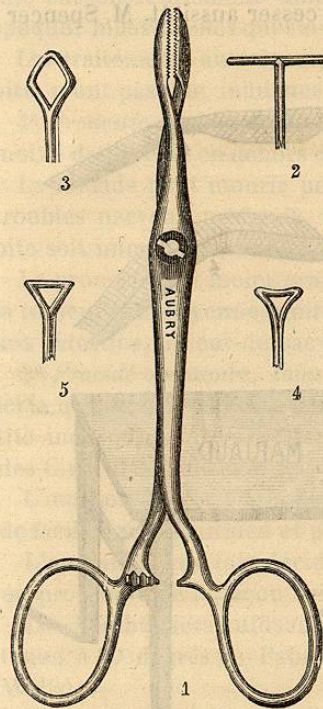


Fig. 243. — Pincés hémostatiques (*).

La main du chirurgien introduite dans la cavité de l'abdomen explore la surface de la tumeur et se rend compte des particularités qu'elle présente.

Si l'on s'aperçoit alors que l'incision de l'abdomen est insuffisante pour permettre l'extraction facile de la tumeur, il ne faut pas hésiter à prolonger l'incision vers la partie supérieure au-dessus de l'ombilic. L'incision est alors pratiquée au moyen de forts ciseaux, en contournant l'ombilic à gauche afin de ménager le ligament suspenseur du foie.

Une fois l'incision terminée, la main est introduite de nouveau dans la cavité abdominale et sert à détruire les adhérences qui peuvent exister du côté de la paroi abdominale; les adhérences qui peuvent

(* 1, modèle le plus communément employé. — 2, extrémité en T. — 3, extrémité en losange. — 4 et 5, extrémités en triangle.

Premier temps. — Incision des parois abdominales; ouverture de la cavité péritonéale. — L'opérateur, placé au côté de la malade ou entre ses jambes si l'on se sert du lit de M. Péan, incise la paroi abdominale couche par couche, exactement sur la ligne médiane, en commençant un peu au-dessous de l'ombilic pour s'arrêter à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne; à mesure que l'on opère la section des tissus, on arrête tout écoulement de sang à l'aide de pincés hémostatiques dont les mors présentent des formes variées suivant la quantité de tissu qu'il s'agit de saisir (fig. 243). Lorsque tout écoulement de sang est tari, on incise le péritoine sur la sonde cannelée et la tumeur se trouve alors mise à nu.

S'il existe de l'épanchement ascitique, on voit le liquide s'échapper et se répandre au dehors, dès que le péritoine est ouvert.

exister du côté de l'ombilic et des intestins seront détruites de préférence après la ponction du kyste lorsqu'elles sont accessibles à la vue. Si l'épiploon est adhérent au kyste, il faut, autant que possible, éviter de le blesser à cause de l'écoulement de sang qu'il fournit. Avant de l'inciser, il faut le comprendre dans une double ligature de catgut ou entre des pincés en T et sectionner entre les points où ces dernières ont été insérées.

Second temps. Réduction du volume de la tumeur. — Lorsque la tumeur est libre de toute adhérence avec les parois abdominales, on la

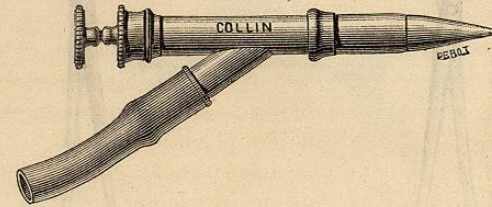


Fig. 244. — Trocart à ovariectomie.

ponctionne en se servant d'un gros trocart communiquant avec un appareil aspirateur au moyen d'un long tube de caoutchouc inséré sur la partie latérale (fig. 244). L'aspiration du liquide se fait après qu'on a retiré la pointe de l'instrument au delà de l'endroit où se trouve placée la tubulure latérale.

Pendant la ponction il est utile de garnir le kyste au voisinage du trocart avec des éponges ou des linges pour éviter que le liquide kystique qui s'écoule toujours plus ou moins au pourtour de la canule ne tombe dans le péritoine.

Pendant l'écoulement du liquide, deux aides compriment la paroi abdominale afin de maintenir les viscères et d'éviter les troubles qu'amènerait infailliblement un changement brusque dans l'équilibre circulatoire. On aura soin que le liquide ne pénètre pas dans la cavité péritonéale, et, le kyste une fois vidé, on épongera avec soin les bords de l'ouverture, et la tumeur elle-même, avant de procéder à l'extraction.

Si le kyste offre des adhérences avec les organes abdominaux, on essaiera de détruire les adhérences par quelques tractions, ou, si elles sont trop résistantes, on les coupera avec le bistouri ou des ciseaux. Si des veines ou des artères volumineuses sont coupées ou déchirées, on les liera à mesure avec du catgut. On isolera alors le pédicule de la tumeur, et l'on portera sur ce pédicule une forte ligature.

Si le kyste est multiloculaire et volumineux, s'il existe plusieurs kystes, chaque loge, quand on ne pourra en détruire les cloisons, chaque kyste sera ponctionné séparément afin de réduire la tumeur aux proportions qui permettent de l'extraire. On se sert d'une pince forte

et à point d'arrêt munie de dents multiples et courtes, pour mieux saisir

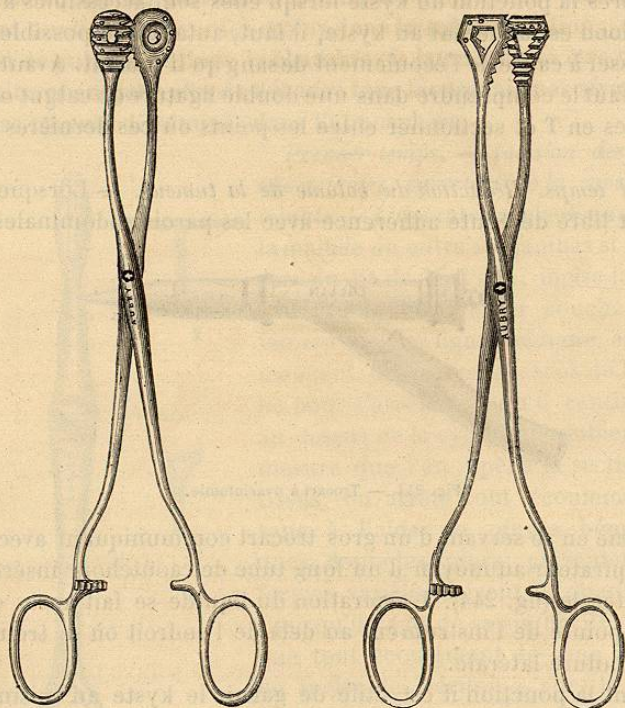


Fig. 245. — Pincés à arrêt et à pointes de NÉLATON.

Fig. 246. — Pincés à arrêt et à pointes de PÉAN.

le kyste sans le déchirer (fig. 245 et 246). Quelquefois il arrive qu'on en

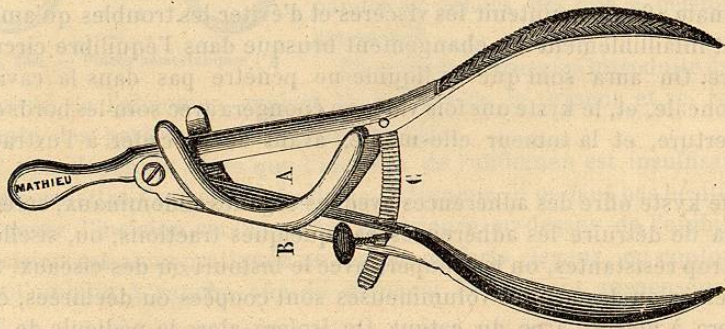


Fig. 247. — Pince-serre-pédicule (*).

déchire des lambeaux en essayant de détruire des adhérences : il faut, dans ce cas, lorsqu'on ne pourra en enlever qu'une portion, amener

(*) A, triangle à angles arrondis. — B, branche formant le croissant. — C, crémaillère qui sert à fixer l'instrument

ce qu'il en reste le plus près possible de la plaie extérieure, afin que ces portions y adhèrent et soient détruites au moins partiellement pendant le travail de réparation.

Troisième temps. Ligature et excision du pédicule ; hémostase définitive et toilette du péritoine. — Lorsque toute la tumeur est tirée en dehors de

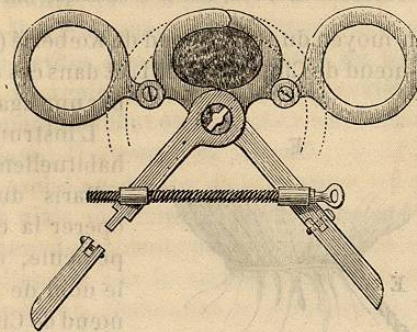


Fig. 248. — Constricteur circulaire représenté complètement ouvert. — Chacune de ses branches présente une articulation qui permet d'en diminuer la longueur. (KÖEBERLÉ (*).

l'abdomen, on saisit entre les doigts le pédicule qui est formé par la partie du ligament large qui adhère à l'ovaire et dans lequel sont contenus les vaisseaux qui se rendent à l'ovaire, et en outre par la trompe de Fallope adhérente à l'ovaire par sa frange ovarique et l'on

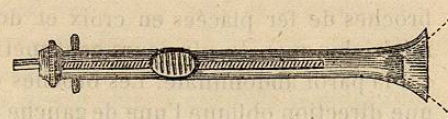


Fig. 249. — Serre-nœud. (KÖEBERLÉ.)

se met en devoir d'en opérer la section ; avant de pratiquer cette section du pédicule, il convient de comprendre ce dernier dans une ligature fortement serrée. Il y a peu de temps encore on se servait d'instruments de formes diverses (fig. 247 et 248) désignés sous le nom de *clamps* et formés de deux branches pouvant se rapprocher pour étreindre

(*) Le constricteur circulaire de Köberlé, fabriqué par Elser, se compose de deux branches séparées, articulées à la manière d'un forceps. Les manches de l'instrument sont serrés par la pression des doigts et sont ensuite fixés par une vis transversale. Chaque manche de l'instrument se termine par une lame courbe, étroite, dont l'extrémité offre une courbure exactement concentrique à l'articulation, et qui se superpose sur la lame opposée. Les deux lames chevauchent l'une sur l'autre, à la manière de ciseaux, en exerçant une constriction très régulière, grâce à l'espace de forme circulaire qu'elles interceptent par leur concavité, jusque vers le moment de leur rapprochement complet. A chaque lame courbe est annexé un anneau métallique mobile, destiné à s'appliquer sur la paroi abdominale et à empêcher l'instrument d'être entraîné par le pédicule ovarique. La concavité de chacune des deux lames courbes présente un bord mousse. Le constricteur circulaire peut être enlevé très facilement grâce à la manière dont ses branches se désarticulent. Le peu de largeur des lames constringentes permet de tenir la plaie très propre.

le pédicule. Ces instruments très lourds et très gênants ont été peu à peu abandonnés, et remplacés par une simple ligature de fil de fer



Fig. 250. — Serre-nœud muni d'une anse de fil métallique. (Kœberlé.)

que l'on applique au moyen du serre-nœud de Kœberlé (fig. 249 et 250) ou du ligateur serre-nœud de Cintrat (fig. 251) et dans ces derniers temps par une ligature de catgut.

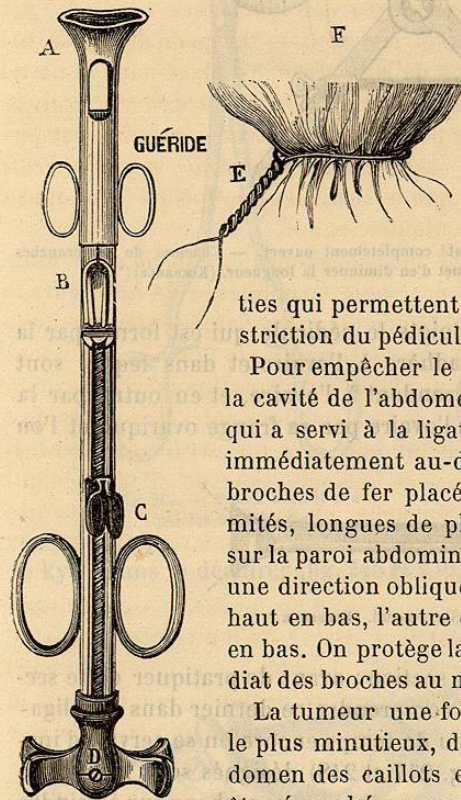


Fig. 251. — Ligateur serre-nœud de Cintrat (*).

exprimées. Cette partie de l'opération doit être faite avec le plus

(*) Le fil de fer, après avoir contourné la tumeur, a ses extrémités passées dans la partie A qui est divisée en deux parties comme les canons d'un fusil. Ces extrémités sont ensuite fixées sur le point C; on opère alors la constriction, au moyen d'une vis de rappel, en faisant tourner la partie D. Quand on juge le degré de constriction du fil suffisant, on fixe la partie A en saisissant les anneaux dont elle est munie et l'on imprime au corps de l'instrument un mouvement de rotation à l'aide des deux grands anneaux qu'il présente. On fait ainsi trois à quatre tours et l'on obtient alors une ligature par torsion du fil représenté en E. Quand on juge la torsion suffisante, on coupe le fil en B à l'aide d'une pince coupante et l'on enlève l'instrument.

L'instrument le plus habituellement employé, à Paris du moins, pour opérer la constriction du pédicule, est connu sous le nom de ligateur serre-nœud de Cintrat (fig. 251).

Ce ligateur serre-nœud est composé de deux parties qui permettent de tordre le fil lorsque la constriction du pédicule est suffisante.

Pour empêcher le pédicule de se rétracter dans la cavité de l'abdomen et d'entraîner le fil de fer qui a servi à la ligature, on traverse le pédicule immédiatement au-dessous de la ligature avec deux broches de fer placées en croix et dont les extrémités, longues de plusieurs centimètres, appuient sur la paroi abdominale. Les broches doivent avoir une direction oblique l'une de gauche à droite et de haut en bas, l'autre de droite à gauche et de haut en bas. On protège la peau contre le contact immédiat des broches au moyen de compresses de linge.

La tumeur une fois excisée, il faut, avec le soin le plus minutieux, déterger le petit bassin et l'abdomen des caillots et des liquides qui peuvent s'y être épanchés au moyen d'éponges fines, tenues à la main ou montées sur des tiges de bois lavées dans une solution phéniquée et convenablement

grand soin : Spencer Wells attache la plus grande importance à cette toilette du péritoine.

Cet auteur n'a jamais vu qu'il y eût inconvénient à la faire aussi complète que possible, et il a quelquefois regretté d'avoir négligé certains détails dans ce temps de l'opération. M. Kœberlé, avec beaucoup de chirurgiens, admet que l'importance de la toilette du péritoine a été très exagérée. Il n'y a guère inconvénient à laisser dans la cavité du péritoine de petites quantités de sang et de sérosité.

On repousse, on replace dans la cavité abdominale tous les organes qui ont pu momentanément être attirés vers l'incision.

Quatrième temps. Traitement du pédicule. — Le pédicule de la tumeur, une fois excisé au-dessus de la ligature, est placé dans la partie inférieure de la plaie abdominale. Cette façon de procéder a reçu le nom de traitement du pédicule par la *méthode extra-péritonéale* par opposition au traitement par la *méthode intra-péritonéale* et par *pédicule perdu* dans laquelle on abandonne le pédicule une fois lié avec un fil de catgut dans le fond de la cavité pelvienne.

Le traitement par la méthode intra-péritonéale, considéré comme dangereux il y a quelques années, tend à remplacer de nos jours la pratique qui consiste à placer le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Les succès que cette méthode fournit paraissent même supérieurs à ceux de la méthode extra-péritonéale. Lorsqu'on abandonne ainsi le pédicule dans la cavité abdominale, la ligature doit être faite, avons-nous dit précédemment, avec un fort fil de catgut. Il est bon dans ce cas de traverser le pédicule avec un fil double qui permet de faire deux ligatures séparées; on s'assure mieux de la sorte contre les dangers de l'hémorragie et l'on n'a pas à redouter de voir le fil glisser et laisser ainsi le pédicule sans ligature.

Suture de la plaie. — Lorsque la toilette du péritoine est suffisamment complète, et lorsqu'on s'est bien assuré qu'il ne s'écoule pas de sang, on procède à la suture de la plaie abdominale, en allant de haut en bas. On fait alternativement une suture profonde comprenant le péritoine, et une suture superficielle qui ne traverse que la peau. Les sutures profondes sont faites avec de fortes épingles ou avec des fils d'argent que l'on passe en se servant d'une aiguille tubulée légèrement courbe et que l'on insinue dans la peau à 3 ou 4 centimètres de la ligne de section. Pour les sutures superficielles le fil d'argent est passé au moyen d'une aiguille courbe ordinaire. Quand tous les fils sont passés, on tord les fils en ayant soin de mettre le péritoine en contact avec lui-même, et d'affronter soigneusement la peau.

Immédiatement au-dessus et au-dessous du pédicule lorsque ce dernier est placé dans la plaie abdominale, M. Péan a l'habitude de placer une grosse épingle à tête de verre afin d'obtenir un rapproche-

ment des tissus aussi complet que possible et d'éviter le tiraillement des parties inférieures de la plaie (fig. 252).

Si l'on pratique la suture avec des épingles, on l'entoure aussitôt d'une suture entortillée, et l'on procède ensuite au passage de l'épingle suivante.

Pansement. — L'opération terminée, M. Kœberlé conseille de toucher le pédicule avec un pinceau imbibé de perchlorure de fer à 30° qui le momifie et le dessèche aussitôt. Si l'on a fait la suture avec des épingles, on place au-dessous de leurs extrémités une bandelette de linge qui empêche la peau d'être excoriée, on recouvre le ventre d'une couche très épaisse de ouate et l'on entoure le tronc d'une large bande de flanelle destinée à exercer une compression assez énergique.

Quelques chirurgiens ont l'habitude de placer une légère couche d'ouate au niveau de la suture et d'y verser une forte quantité de collodion. Par-dessus ils matelassent le ventre comme il vient d'être dit.

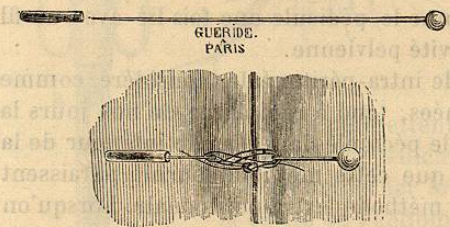


Fig. 252. — Grosse épingle à tête de verre avec son étui pour protéger la pointe, destinée à être placée au voisinage du pédicule.

Soins consécutifs. — On réveille alors la malade que l'on place dans un lit bien bassiné, et on l'entoure de serviettes chaudes, on fait fléchir légèrement les membres inférieurs en plaçant un coussin sous les jarrets et l'on fait garder le décubitus dorsal pendant plusieurs jours.

S'il survient des vomissements, on soutiendra le ventre à l'aide des mains.

On donne en général, après l'opération, un peu de champagne qui tire la patiente du collapsus où l'opération l'a plongée et dont l'acide carbonique tend à empêcher les vomissements. Beaucoup de chirurgiens ne donnent dans les premiers jours qui suivent l'opération que de l'eau fraîche ou de la glace afin de calmer la soif ; on administre aussi, peu de temps après l'opération, de l'opium par doses fractionnées qui maintient l'intestin immobile et procure du calme à la malade ; on peut remplacer l'opium par une injection hypodermique de morphine s'il existe de vives douleurs.

M. Kœberlé permet au bout de quatre ou cinq heures un peu de bouillon ou de thé et, dès le lendemain de l'opération, un peu de café au lait ou de chocolat, puis, si tout va bien, il permet des aliments au bout de six à huit jours.

La vessie doit être vidée au moyen de la sonde toutes les trois ou quatre heures, et même plus souvent s'il est nécessaire.

Les points de suture profonde peuvent être enlevés du quatrième au dixième jour suivant les cas.

La ligature du pédicule doit être laissée en place un peu plus longtemps dans la crainte de voir survenir une hémorrhagie, et de s'exposer au retrait du pédicule dans l'intérieur de la cavité abdominale. On doit attendre que la ligature tombe d'elle-même, ce qui a lieu du dixième au quinzième jour.

Les malades doivent séjourner au lit environ trois semaines, afin que la cicatrice puisse résister à la pression de la masse intestinale. Il est bon de soutenir le ventre à l'aide d'une ceinture abdominale.

Accidents pendant l'opération. — Les accidents qui peuvent se montrer pendant l'opération sont : les vomissements, l'issue des intestins, la blessure de ces organes, la blessure de la vessie, des uretères, du foie.

Les vomissements qui surviennent pendant l'opération sont facilement arrêtés en augmentant la dose de chloroforme. Sous l'influence de l'agent anesthésique les contractions spasmodiques du diaphragme cessent de se produire. On suspendra momentanément l'opération et l'on soutiendra avec soin la masse intestinale pour l'empêcher de faire issue au dehors.

Si cependant cet accident vient à se produire, on fera rentrer les anses intestinales à l'aide des mains et l'on se hâtera de rétrécir la plaie abdominale en appliquant un ou deux points de suture vers la partie supérieure de l'incision.

S'il arrivait que la vessie fût ouverte comme cela est arrivé malheureusement, on suturerait les bords de l'ouverture au moyen d'un catgut et l'on introduirait une sonde à demeure dans l'urèthre pendant trois à quatre jours.

La blessure de l'intestin serait traitée de la même manière en ayant soin d'amener l'anse dans la plaie abdominale afin d'établir une fistule stercorale.

La blessure de l'uretère ne peut guère se produire que dans le cas de kyste du ligament large. Le Dr Nussbaum (de Munich) (1) ayant vu cet accident survenir rétablit artificiellement la communication de ce conduit avec la vessie.

Enfin, dans le cas de blessure du foie, il survient un écoulement de bile et des hémorrhagies. Cet accident est, on le conçoit, très grave.

Complications et suites de l'opération. — Voici d'après Gaillard Thomas la liste des complications les plus redoutables (2) :

Pendant le premier jour l'hémorrhagie, et du second au quatrième jour la péritonite ;

Du premier au troisième ou quatrième jour, l'épuisement et la prostration nerveuse ;

(1) Nussbaum, *Annales de gynécologie*, t. V, p. 406.

(2) Gaillard Thomas, *Diseases of women*. — Traduction par le Dr Lutaud.

Du quatrième au quatorzième jour, la *septicémie*.

Ajoutons à cette liste la *tympanite*, l'*hémorrhagie* lors de la chute du *pédicule*, les *crampes utérines*, le *ténesme anal et urétral*, la *production de trajets fistuleux*, enfin le *tétanos* et l'*érysipèle*.

L'*hémorrhagie* peut survenir peu de temps après l'opération, lorsque le *pédicule* n'a pas été suffisamment serré. Dans le cas où cet accident se produit il faut sans hésiter enlever le pansement et toucher le *pédicule* avec le fer rouge. Dans le cas où le *pédicule* aurait été laissé dans l'abdomen, il faut ouvrir la plaie, lier le vaisseau qui donne du sang avec un fil de catgut et refaire de nouveau la toilette du péritoine.

La *péritonite* peut être générale ou limitée au petit bassin. L'inflammation généralisée se développe en général peu de temps après l'opération et entraîne rapidement la mort. Cette inflammation sera combattue en donnant des doses fractionnées d'opium qui immobilisent l'intestin; on devra se contenter de donner des aliments liquides.

Quant à la *septicémie* qui résulte de l'absorption des liquides putréfiés épanchés dans la cavité abdominale, elle s'annonce par de la prostration, une pâleur extrême, et une élévation marquée de la température, un pouls petit, faible et rapide, la sécheresse de la langue. Lorsque cette complication se produit, il faut sans retard donner issue aux liquides décomposés en ouvrant la plaie abdominale vers sa partie inférieure, et en introduisant un tube de verre dans le fond de la cavité pelvienne, lequel permet de faire des lavages avec une solution phéniquée, ou bien en ponctionnant le cul-de-sac recto-vaginal.

Si le foyer d'infection siège dans l'épaisseur des parois abdominales comme cela se voit quelquefois, on écartera les bords de la plaie pour permettre au liquide de s'écouler librement.

L'*épuisement* nerveux ou *collapsus* peut résulter de la perte de sang abondante que les malades ont subie dans le cours de l'opération, on voit alors la patiente s'affaïsser graduellement et mourir au bout de quelques heures dans le collapsus, circonstance que les Anglais désignent sous le nom de *shock*.

La *tympanite* caractérisée par un développement exagéré de gaz intestinaux se produit sans fièvre, ce qui éloigne l'idée d'une péritonite. Le développement considérable de l'intestin refoulant le diaphragme gêne considérablement la respiration; on cherchera à solliciter les contractions de l'intestin en administrant un léger purgatif ou on introduira dans le rectum une grosse canule. Si ces moyens échouent, on fera une ponction capillaire de l'intestin. M. Kœberlé remédie à la distension exagérée de l'estomac en introduisant une sonde œsophagienne et en aspirant les liquides et les gaz, puis il fait des lavages.

S'il survenait une hémorrhagie au moment de la chute du *pédicule*, on arrêterait l'écoulement sanguin par le tamponnement ou avec des pinces hémostatiques.

Les *crampes utérines*, le *ténesme anal* et *urétral* résultant probablement de la constriction des nerfs qui se rendent à l'ovaire seront calmés par l'administration des narcotiques.

Si un trajet fistuleux persistait à la suite de l'opération il conviendrait de l'élargir avec des tiges de laminaria, et de pratiquer des injections iodées; on pourrait aussi introduire un drain pour faciliter l'issue des liquides.

CHAPITRE IV

TUMEURS FIBREUSES DES OVAIRES.

On trouve fixées sur les ovaires, ou implantées dans leur tissu, des tumeurs fibreuses analogues à celles qu'on rencontre dans l'utérus. On les trouve souvent en même temps dans les deux organes, et, quel que soit celui de ces deux viscères où on les prend, la structure en est identique à ce point que, séparées de leur lieu d'implantation, le plus scrupuleux examen, dit Cruveilhier, ne permet pas d'en assigner le siège. A la coupe, ils présentent le même tissu fibreux dense traversé dans toutes les directions par des intersections blanches nacrées. Baillie les a décrites avec beaucoup de soin. « L'ovaire est très augmenté de volume, il est formé d'une substance ferme, solide, traversé par des membranes se dirigeant en différents sens. Le tissu ressemble beaucoup à celui de ces tumeurs qu'on rencontre à la surface externe de l'utérus, et je crois qu'il a très peu de tendance à s'enflammer et à suppurer. Ces tumeurs subissent également les transformations cartilagineuse et osseuse dans des proportions plus ou moins grandes. Dans quelques-unes nous ne rencontrons que des îlots cartilagineux ou des noyaux calcaires; mais il y a des cas où la plus grande partie de la tumeur s'est transformée en tissu osseux (1). » On peut quelquefois observer à la surface de l'ovaire des plaques de consistance cartilagineuse ou osseuse dues à une altération morbide de la tunique fibreuse propre de l'ovaire au-dessous du péritoine.

Le volume des tumeurs varie beaucoup: suivant Cruveilhier, il peut varier depuis quelques grammes jusqu'à 15 ou 20 kilos; mais Boivin et Dugès (2) sont disposés à croire que dans ces cas il s'agissait de tumeurs squirrheuses. Il est certain, néanmoins, que leur volume s'accroît graduellement, et plus qu'aucune autre production morbide de l'ovaire.

§ I. — Causes.

On a attribué la production de ces tumeurs à des causes très diverses:

(1) Klyskens, *Annales de litt. méd. étrang.*, t. IX, p. 336. — Saviard, *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*. Paris, 1702. — Schlencker, in Haller, *Disp. medicæ*, vol. IV, p. 419.

(2) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 551.