

la cavité utérine avec une solution faible d'acide phénique. Des mèches de gaze iodoformée sont introduites, entre les pinces hémostatiques. Les lèvres du col ne sont suturées que si la loge qui contenait le myome est de petite dimension et lorsque l'hémorragie n'est pas à redouter.

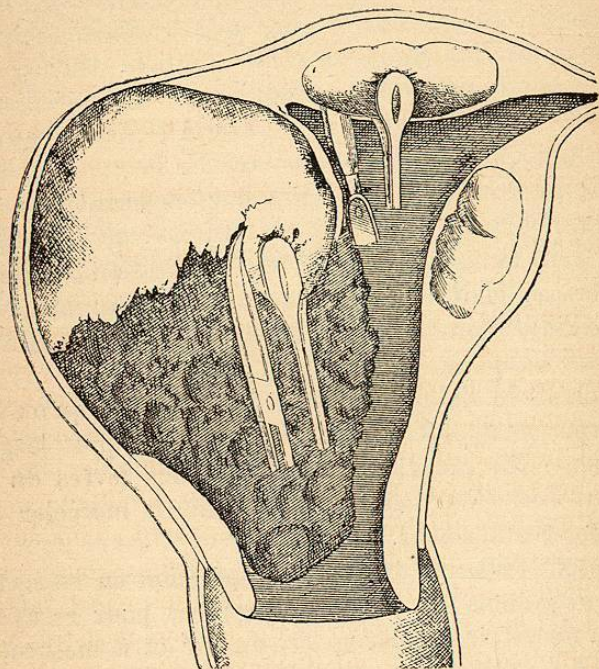


Fig. 87. — Myomotomie vaginale par morcellement (Péan).

Les pinces à demeure sont enlevées au bout de trente-six ou quarante-huit heures. Le seigle ergoté sera administré à la malade les premiers jours qui suivent l'opération afin de provoquer les contractions utérines.

Les accidents septiques, s'ils se produisaient, seront traités par des irrigations avec la solution de sublimé à 1/2000 (fig. 87).

XXIII

OOPHORO-SALPINGOTOMIE ABDOMINALE

ABLATION DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

Castration (Hégar). *Ovariectomie normale* (Battey).

Dans le but d'éviter la confusion, Pozzi propose de « réserver le mot castration exclusivement à l'ablation des ovaires sains ou supposés sains, faite en vue d'une modification fonctionnelle ; le nom de salpingo-oophorectomie (Lawson-Tait) désignerait l'extirpation des annexes enflammées ». Hégar, au contraire, « applique ce mot « castration » à l'ablation de tout ovaire sain ou malade ne formant pas une notable tumeur ». Nous croyons que la nomenclature de Pozzi est bien loin de dissiper le malentendu. Et si le terme oophoro-salpingotomie est très heureux, le mot castration pour des ovaires sains ou *supposés sains* continuerait à prêter à la confusion. Du reste, la « castration » est devenue un terme impropre, puisqu'il est de règle à présent d'enlever les trompes de Fallope en même temps que les ovaires. Nous proposons donc de substituer au mot castration celui d'oophoro-salpingotomie dans tous les cas où l'on pratique l'ablation des annexes, qu'elles soient saines ou atteintes de lésions inflammatoires. Le manuel opératoire est, du reste, à peu près le même dans les deux cas, il peut seulement présenter plus ou moins de difficultés suivant l'opération. Le

mot « ovariectomie » continuera à être réservé à l'ablation des tumeurs solides ou liquides de l'ovaire.

INDICATIONS. — Kœberlé enleva, en 1869, un ovaire sain au cours d'une hystéropexie abdominale, mais c'est Hegar qui, en 1872, a fait, le premier, de propos délibéré, l'ablation des annexes supposées saines, pour une *dysménorrhée* et névralgie de l'ovaire. Les deux ovaires, du reste, furent trouvés atteints de dégénérescence du stroma et de nombreux petits kystes folliculaires. Actuellement, peu de chirurgiens se décident à priver les malades de leurs ovaires sains (opération de Battey) dans les cas de dysménorrhée douloureuse accompagnée de troubles nerveux. Cette opération, au contraire, trouve beaucoup de partisans lorsqu'il s'agit de certains *fibromes de l'utérus* donnant lieu à des hémorragies incoercibles. Les indications de l'ablation des ovaires sont, toutefois, bien obscures dans ces cas. Les hystérectomies vaginale ou abdominale — cure radicale des corps fibreux — seront toujours préférées pour peu que l'opération paraisse possible et pourvu que la malade ne soit pas dans un état d'anémie inquiétant.

A notre avis, il est rare que l'on puisse décider avant l'ouverture abdominale si l'extirpation de la tumeur est impossible. Si, après avoir pratiqué la laparotomie exploratrice, on reconnaît l'impossibilité de l'opération radicale, et si les hémorragies par leur intensité menaçaient la vie de la malade, on pratiquerait l'ablation des ovaires.

Il ne faut pas non plus oublier que si cette dernière opération a donné quelques bons résultats, elle a parfois occasionné des accidents graves provoqués par des troubles de nutrition du corps fibreux. Quelquefois la tumeur, qui pendant plusieurs mois était en voie de régression et n'occasionnait plus aucune hémorragie, augmente de

nouveau de volume, devient molle, farcie de kystes et peut même se mortifier.

L'absence congénitale de la matrice, les différentes variétés de l'utérus rudimentaire, coïncidant avec des ovaires bien développés, peuvent légitimer l'extirpation de ces organes, si l'ovulation donne lieu à des douleurs dysménorrhéiques très intenses, à des troubles nerveux ou bien à des phénomènes congestifs du côté d'autres organes.

Tuffier, Martin, Savage, Péaslee, Langenbeck, ont obtenu ainsi de bons résultats.

Mais où l'oophoro-salpingotomie trouve une indication toute naturelle, c'est dans les cas de *lésions inflammatoires des trompes et des ovaires*. On hâtera surtout l'intervention si les symptômes dénotent la présence d'une salpingite ou d'une ovarite purulentes. On sera plus circonspect dans les cas d'inflammation chronique non suppurée, et l'opération ne sera justifiée qu'après un traitement médical prolongé resté sans résultat.

Ce traitement est ordinairement inutile pour les *ovarites scléro-kystiques*, qui provoquent des douleurs intolérables, des accidents nerveux et des troubles de la menstruation. Seule, l'ablation des annexes met un terme aux souffrances de la malade.

L'ablation des annexes pour *pyo-salpinx* est, certes, une intervention dangereuse, elle l'est pourtant moins, ordinairement, que l'expectation. La présence d'une salpingite purulente enkystée fait naître des troubles graves et constitue une menace constante à la vie de la malade. L'opération, du reste, est moins grave qu'on ne serait tenté de le croire. Il est vrai que les parois de la poche sont parfois très minces à certains points et qu'on crève le sac malgré toutes les précautions prises pour éviter cet accident.

Mais alors même que le pus fétide se répand dans la

cavité abdominale, la péritonite septique ne s'ensuit pas nécessairement. Le lavage du péritoine, le drainage nous fournissent des moyens de lutter contre l'infection qu'on doit, néanmoins, éviter avec un soin tout particulier. On fera de même pour les *hydro-salpinx*, dont le contenu est parfois, quoique rarement, infectieux. On sectionnera toujours l'oviducte tout près de l'utérus entre deux ligatures.

Nous aurons, d'ailleurs, à revenir là-dessus. Ajoutons qu'en général toute affection des annexes qui constitue un danger pour la vie de la malade ou provoque des souffrances qui lui rendent la vie intolérable, est justiciable de l'oophoro-salpingotomie lorsque l'affection n'a cédé à aucun autre traitement suffisamment prolongé. Nous avons indiqué ailleurs (voyez p. 162) dans quels cas l'hystérectomie vaginale est préférable à l'ablation des annexes par la voie abdominale.

TECHNIQUE. — Le moment le plus propice pour pratiquer l'opération est la première semaine qui suit la menstruation. Si quelque circonstance secondaire militait en faveur d'une autre époque, on interviendrait au moins huit jours avant l'apparition des prochaines règles. Nous avons décrit ailleurs les soins à donner à la malade avant l'opération (voyez *Laparotomie*).

Le chirurgien veillera avec un soin particulier à l'asepsie de tous les objets et de toutes les personnes qui doivent se trouver en contact avec le champ opératoire. Une bonne précaution consiste à contrôler soi-même la stérilisation des instruments et la confection des compresses, des fils et de toutes les pièces de pansement.

Dans la chirurgie abdominale, on doit encore se rappeler que si l'on doit faire un usage abondant des antiseptiques avant l'ouverture de la cavité péritonéale, on doit, au contraire, les employer très modérément après l'incision des parois abdominales.

L'antiseptie cédera alors le pas à l'asepsie. L'eau filtrée bouillie et stérilisée pure ou additionnée de 7/1000 de chlorure de sodium remplacera l'acide phénique et le sublimé.

En dehors des cas de mort par empoisonnement dus à l'acide phénique qui ont été signalés après certaines laparotomies, il est à remarquer que les fortes solutions antiseptiques altèrent profondément la séreuse, ce qui peut occasionner des accidents fort graves. On n'oubliera donc pas, entre autres précautions, de faire laver, avant l'opération, dans l'eau bouillie et stérilisée, les compresses qu'on emploie actuellement à la place d'éponges, et qu'on conserve ordinairement dans la solution de sublimé. Ces compresses ainsi que les pinces hémostatiques seront comptées avant et après l'opération, pour être certain qu'aucune d'elles n'a été oubliée dans le ventre.

Enfin tout étant prêt, la malade sondée, la région opératoire rigoureusement antiseptisée, on pratique l'ouverture de la cavité abdominale d'après les règles que nous avons données (*laparotomie*).

OUVERTURE DE L'ABDOMEN. — Quand on a tout lieu de supposer l'absence d'adhérences, on peut se contenter d'une incision sur la ligne médiane de 6 à 8 centimètres de longueur et distantes de 2 à 3 centimètres du bord supérieur de la symphyse pubienne. On incise rapidement la peau et le tissu graisseux sous-cutané et on place quelques pinces hémostatiques sur les vaisseaux qui donnent. On recherchera ensuite la ligne blanche et on l'incisera ainsi que le tissu graisseux pré-péritonéal. Le péritoine est alors ouvert avec les précautions que nous avons indiquées, et une ou deux compresses montées sont introduites dans l'abdomen pour éloigner les viscères.

Hegar conseille d'avoir recours à l'incision latérale de Flanken, dans les cas, en vérité exceptionnels, où les

ovaires adhèrent fortement aux parois latérales du bassin, mais ne sont que peu adhérents à l'utérus. On arrive ainsi plus rapidement sur l'ovaire, mais on est obligé de faire deux incisions lorsqu'on désire pratiquer l'ablation bilatérale des annexes (fig. 88).

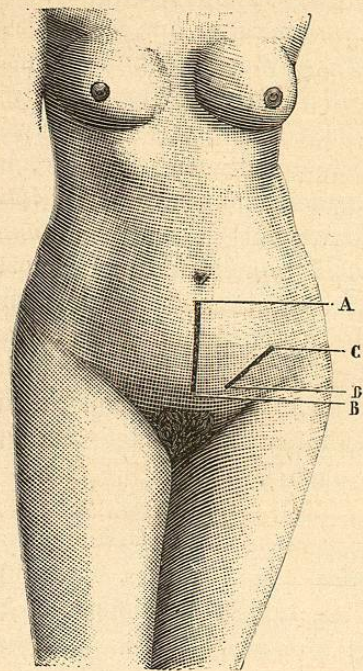


Fig. 88. — Oophoro-salpingotomie abdominale.
A, B, incision médiane; C, D, incision latérale de Flanken.

L'incision commence à 3 centimètres du bord supérieur du pubis et à 5 centimètres de la ligne médiane. Elle est dirigée vers l'épine iliaque antérieure et supérieure parallèlement au ligament de Poupart. On divise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique, les fibres du petit oblique et du transverse, et enfin le tissu cellulaire pré-péritonéal. Le péri-

toine est ouvert comme d'habitude en pratiquant d'abord une petite ouverture qu'on agrandit ensuite avec un bistouri boutonné ou avec des ciseaux coudés conduits sur un doigt ou sur une sonde cannelée.

RECHERCHE DE L'OVAIRE. — Les intestins et l'épiploon repoussés en haut à l'aide de compresses, on va à la recherche de l'ovaire en suivant les cornes de l'utérus. On l'accroche avec deux doigts et on le ramène au milieu de la plaie. Ce temps, très facile quand les ovaires sont libres, offre les plus grandes difficultés lorsqu'on rencontre de nombreuses adhérences solides qui emprisonnent plus ou moins l'ovaire (voyez *Laparotomie*). Même en dehors de ces conditions défavorables, il peut parfois être utile, quand les ovaires sont situés très profondément, de se servir du moyen proposé par Alberts et qui consiste à rendre les annexes plus accessibles par le tamponnement du vagin et du rectum. La technique de Hegar nous semble, pourtant, préférable. Cet auteur fait soulever par le doigt d'un aide, introduit dans le vagin, l'utérus et surtout le ligament large correspondant aux annexes qu'on cherche à atteindre.

LIGATURE DU PÉDICULE. — Une fois l'ovaire hors de la cavité péritonéale, l'aide rapproche au-dessous de lui les lèvres de la plaie. L'opérateur, après un rapide examen de l'organe, le confie à l'assistant qui le retient avec les doigts. On peut également passer, au-dessous de l'ovaire et du pavillon de la trompe, une pince hémostatique à mors long et courbe. On tâchera toujours de placer la pince de façon à étreindre une grande partie de la trompe (fig. 89). Dans les deux cas, que l'aide retienne les annexes avec les doigts ou avec une pince, on passe avec une aiguille mousse de Deschamps, à travers l'aileron de l'ovaire et de la trompe, un fil double de soie dont la grosseur sera en

rapport avec l'épaisseur du pédicule. Ce dernier est ensuite lié par le nœud de Bartock (fig. 90) ou mieux par celui de Lawson-Tait (fig. 91), qui est très expéditif, permet

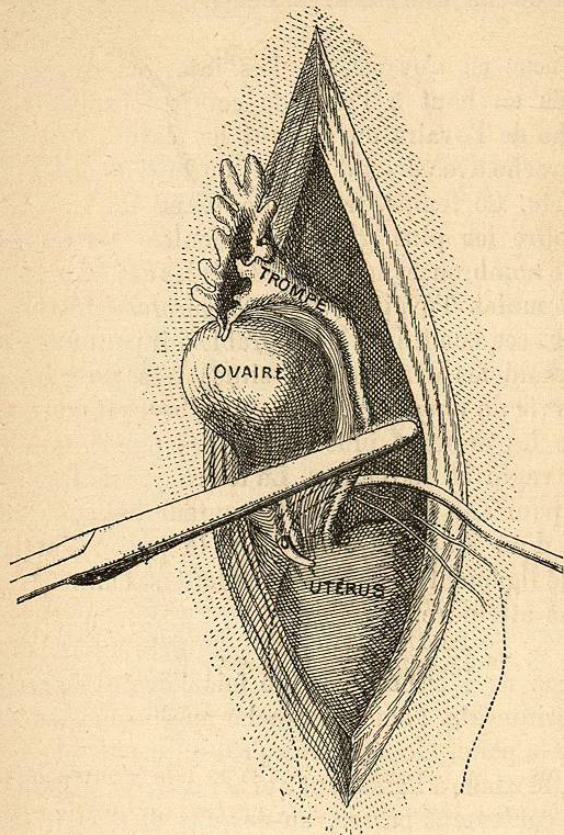


Fig. 89. — Oophoro-salpingotomie abdominale.
Ovaires et trompes chargés sur une pince-clamp (Auvard).

d'employer une grande force constrictive, et évite la présence de deux nœuds dans la cavité péritonéale.

Son inventeur le décrit ainsi : « On passe d'avant en arrière, à travers le pédicule, une aiguille à manche

ordinaire armée d'un long bout de soie, puis on la retire en laissant une anse en arrière. On fait alors glisser cette anse, après l'avoir tirée, au-dessus de l'ovaire, et

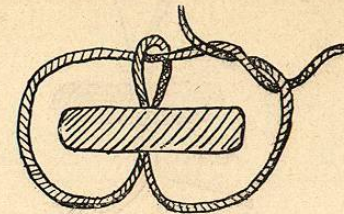


Fig. 90. — Nœud de Bartock.

l'une de ses extrémités libres est passée à travers elle, de façon à ce qu'une extrémité se trouve au-dessus et l'autre au-dessous de l'anse. On saisit ensuite les deux extrémités de la main droite et on tire, après avoir appli-

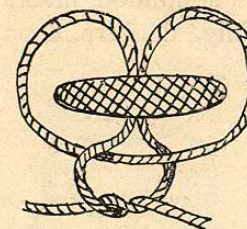


Fig. 91. — Nœud de Lawson-Tait.

qué le pouce et l'index de la main gauche contre le pédicule, de façon à faire une contre-pression, jusqu'à ce que la constriction soit complète. On fait alors un nœud simple, comme sur la figure, et on le serre ; puis on en fait un autre comme lorsqu'on noue une ligature ordinaire. »

On peut également, après avoir passé le fil double de soie, couper l'anse de manière à avoir deux chefs. On les croise ensuite par un demi-tour et on les noue à droite

et à gauche (fig. 92). Hegar se contente d'une simple ligature en masse lorsque le segment du ligament large

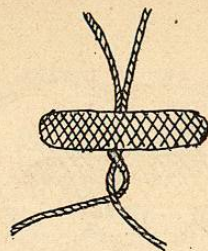


Fig. 92. — Croisement des deux chefs du fil après la transection du pédicule.

qu'on lie est assez long et extensible (fig. 93) ; dans le cas contraire il fait une ligature double qu'il passe au-dessus d'une ligature en masse. Quand le pédicule est large, induré, une ligature simple ou même double n'est plus suffisante. On est obligé de faire, dans ces cas, pour as-

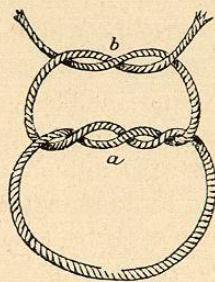


Fig. 93. — Nœud du chirurgien.

surer l'hémostase, une série de ligatures s'enchaînant mutuellement (fig. 94). Dans tous les cas il faut serrer très fortement quand on fait le nœud, pour éviter que les fils à ligature ne glissent, et on s'assurera toujours auparavant qu'aucun appendice épiploïque, ni bride d'adhérence n'ont été saisis.

Lawson-Tait, après avoir lié le pédicule, le sectionne d'arrière en avant à environ un centimètre de la ligature. Il le rentre ensuite sans lui faire subir aucun autre traite-

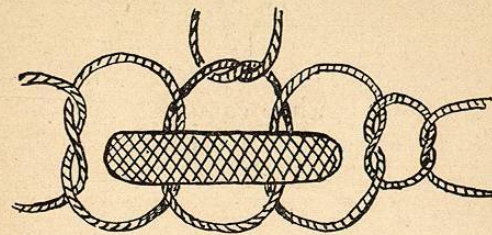


Fig. 94. — Ligature en chaîne.

ment. Quelques chirurgiens touchent la surface de section avec une solution forte d'acide phénique, mais la pratique universellement adoptée à présent est celle de Hegar qui cautérise la surface de section à l'aide du thermocautère. Ce procédé assure, non seulement la désinfection plus complète du pédicule, mais permet encore de détruire les débris du tissu ovarien qui ont pu échapper à la ligature. La cautérisation ignée rend en même temps l'hémostase plus certaine.

Le D^r Keith, à l'exemple de Backer-Brown, n'applique même pas de ligatures sur le pédicule et se contente de le cautériser fortement. Cet auteur, après avoir sectionné le pédicule, fixe sur lui le clamp-cautère de Backer-Brown et le visse très légèrement. Il brûle ensuite complètement le pédicule, au-dessus du clamp, à l'aide d'un cautère chauffé au rouge sombre. Si, le clamp enlevé, il se produit un suintement sanguin, il le réapplique et cautérise plus fortement la tranche de section. Cette manière de traiter le pédicule ne s'est pas répandue, malgré l'avantage qu'elle offre de ne laisser dans la cavité abdominale aucun corps étranger. On craint, non sans raison, que les mouvements de toux ou les vomissements n'occasionnent, après l'opération, une hémorragie secondaire.

A l'exemple de Hegar, on applique au-dessus de la ligature une pince munie d'une plaque isolante d'ivoire et on sectionne le pédicule à l'aide du thermocautère. Il est encore plus simple de sectionner, avec les ciseaux, le pédicule au-dessus d'une pince courbe ordinaire et de cautériser ensuite la surface de section en protégeant les tissus sous-jacents avec une compresse humide. On examine encore une fois le moignon pour s'assurer qu'aucun vaisseau ne donne, on coupe les chefs des ligatures et on réduit le pédicule.

Le second ovaire est alors attiré dans la plaie abdominale, et, si son ablation est jugée nécessaire, on procède de la même façon.

Il arrive parfois, dans des cas, heureusement rares, qu'il est tout à fait impossible d'obtenir un pédicule, les ligaments larges étant très indurés; on pourrait, dans ce cas, si on ne veut pas abandonner l'opération, passer les fils à travers les tissus de manière à limiter un espace en forme de triangle et d'exciser ensuite tous les tissus situés entre les fils et l'ovaire.

On éprouve souvent aussi de grandes difficultés lorsqu'on veut faire l'ablation des annexes pour parer aux accidents hémorragiques provoqués par un fibrome utérin qu'on ne juge pas possible d'enlever. L'ovaire contracte ordinairement des adhérences très étroites avec le corps fibreux et repose immédiatement sur lui. Il est quelquefois porté sur les parties latérales de la tumeur, ou repoussé en arrière ou bien en bas. On peut alors se trouver bien embarrassé pour le retrouver; on se gardera pourtant, dans le désir de l'atteindre plus facilement, d'attirer au dehors le fibrome. Cette manœuvre occasionnerait une violente congestion de la tumeur, une augmentation subite de son volume et on se verrait obligé d'agrandir notablement la plaie abdominale pour réintroduire la tumeur. Si l'ovaire est situé très profon-

dément, on peut le rendre plus accessible en faisant soulever le fibrome avec les doigts, qu'un aide introduit dans le vagin. On essaiera également, pour l'atteindre, d'imprimer à la tumeur un léger mouvement de rotation sur son axe. Enfin on pourrait agrandir la plaie, ou même faire une entaille sur le muscle droit. L'ablation des ovaires peut donner lieu, dans les cas de fibrome, à de fortes hémorragies et il faut être toujours prêt à faire, le cas échéant, l'amputation de l'utérus.

Si le méso-ovarium est très court et les feuillettes du ligament large dissociés, on appliquera de nombreuses ligatures et il serait même préférable de suturer les lèvres de la surface excisée.

Lorsque l'oophoro-salpingotomie est faite pour un pyosalpinx ou même pour un hydro-salpinx, on redoublera de précautions pour ne pas crever la poche. En effet, on ne peut exclure d'avance avec certitude le caractère infectieux d'un hydro-salpinx et il sera toujours prudent de sectionner la trompe très près de l'utérus entre deux ligatures. Si les parois de la poche étaient très minces sur certains points et si les adhérences nécessitaient des manœuvres laborieuses, il serait utile d'aspirer le contenu de la poche avec l'appareil de Dieulafoy. La petite ouverture serait ensuite obturée avec une ou deux pinces hémostatiques.

Quelques chirurgiens, Martin, Zweifel, Gusserow, etc., dans le désir de respecter la vie génitale de la malade, se contentent de *résections partielles de l'ovaire* toutes les fois que, la trompe étant saine, on trouve une portion de l'ovaire indemne. Certaines lésions de l'ovaire, l'ovarite scléro-kystique en particulier, sont des affections initiales de cet organe et peuvent coexister avec des trompes nullement ou peu enflammées. On résèque alors en forme de cône la portion de l'ovaire malade et on réunit les lèvres de la plaie par quelques points de suture au catgut.