

peut donner d'excellents résultats et doit être faite sans retard.

Les *abcès superficiels* au niveau des sutures qu'on remarque parfois à la suite d'une asepsie insuffisante peuvent faire manquer, sur une certaine étendue, la réunion par première intention. On réouvrira alors légèrement la plaie avec une sonde cannelée et on assurera l'issue facile du pus à l'aide de deux petits drains.

Un accident beaucoup plus sérieux est la *désunion des bords de la plaie* sur une plus ou moins grande étendue, et l'issue des intestins en dehors de la cavité abdominale. Cet accident paraît devoir être attribué plutôt à l'inflammation d'origine infectieuse des bords de la plaie qu'aux efforts de toux ou de vomissements. On réduira les intestins après un léger nettoyage, et, s'il est nécessaire, on diminuera leur volume à l'aide d'une ponction. La suture sera consolidée par l'application de quelques bandes de diachylon.

XXIV

OOPHORO-SALPINGOTOMIE VAGINALE

CASTRATION VAGINALE

INDICATIONS. — L'ablation des annexes par le vagin a des indications très restreintes. Les partisans de cette opération insistent sur les avantages qu'offre la voie vaginale pour assurer un écoulement facile des liquides sécrétés, sur la possibilité d'exécuter l'extirpation des annexes sans presque toucher aux viscères abdominaux. Enfin ils font observer qu'on évite ainsi une cicatrice abdominale qui répugne à beaucoup de malades.

Ces avantages ne contre-balancent, pourtant, nullement les grands inconvénients de l'incision vaginale.

Les ovaires ne sont pas toujours accessibles par le cul-de-sac postérieur du vagin et sont même parfois, comme dans les cas de fibromes utérins, portés très haut au-dessus du détroit supérieur.

L'opération est faite un peu en aveugle, sans le secours de la vue, et, si on se trouve aux prises avec des difficultés créées par une hémorragie ou par des adhérences résistantes, on n'a pas la ressource précieuse d'agrandir l'incision. On n'aura donc recours à la voie vaginale que si les ovaires sont franchement prolabés dans le cul-de-sac postérieur, ce qui permet de les atteindre très facilement.

TECHNIQUE. — Les préparatifs ordinaires de toute laparotomie seront complétés par l'antisepsie rigoureuse du vagin. Battey place d'abord les malades dans le décubitus latéro-abdominal, mais il est préférable, à l'exemple de Goodell, de les mettre dès le commencement dans la position dorso-sacrée.

Le périnée est déprimé par une large valve. Le col, saisi par une pince de Museux, est fortement relevé en avant, et, à l'aide d'un bistouri, on trace une incision transversale de 4 centimètres de longueur dans le cul-de-sac postérieur, le plus près possible de l'utérus.

On assure l'hémostase de la tranche vaginale par quelques pinces qu'on applique sur les vaisseaux qui saignent et on incise le péritoine. Un aide alors repousse fortement en bas l'utérus en pressant sur les parois abdominales, pendant que l'opérateur cherche, avec l'index et le médius de la main droite, introduits dans la plaie, à retrouver et à saisir les annexes. L'ovaire et la trompe accrochés, on les attire dans le vagin, on passe un fil double de soie à travers le hile et on applique le nœud de Lawson-Tait. La tranche de section du pédicule est cautérisée avec le thermocautère, les chefs du fil sont coupés courts et le moignon réduit dans la cavité abdominale.

Les annexes de l'autre côté sont attirées à leur tour, et, s'il est nécessaire, subissent le même traitement. Enfin on ferme la plaie par quelques points de suture au catgut, si au cours de l'opération on n'a pas été obligé de rompre plusieurs adhérences et si on n'a pas à craindre un suintement de sérosité ou de sang. Dans le cas contraire on drainera le cul-de-sac de Douglas à l'aide d'un double drain en croix.

XXV

OVARIOTOMIE ABDOMINALE

Lawson-Tait attribue la première ovariectomie à Robert Houston qui la pratiqua en 1701. Pourtant la relation que le chirurgien de Glasgow en a donnée lui-même démontre bien qu'il a été amené à la faire tout à fait par hasard en voulant ponctionner un kyste. C'est au cours même de l'intervention qu'il dut, à contre-cœur, du reste, élargir de plus en plus son incision et finalement extraire la tumeur. On ne peut donc pas contester à Ephraïm Mac Dowel, de Virginie, le nom de père de l'ovariectomie que les médecins américains lui ont décerné. En effet, Mac Dowell a exécuté en 1809, de propos délibéré, la première ovariectomie, d'après une technique bien arrêtée d'avance.

En France, la première extirpation d'une tumeur ovarienne fut faite par Woyerkowsky en 1844, mais c'est surtout aux éclatants succès de Péan qu'on en doit la vulgarisation.

INDICATIONS. — Les indications de cette opération se résument en somme à constater une tumeur de l'ovaire. En effet, tous les auteurs sont d'avis qu'en dehors de l'intervention radicale qui consiste à enlever la tumeur, aucun traitement ne réussit. Spencer Wells, qui a une autorité incontestable dans cette matière, s'exprime ainsi :