

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 :



« Il est absolument superflu d'essayer par l'iode, le brome, la chaux, par l'air ou par tout autre remède, de diminuer le volume de la tumeur ou d'arrêter son développement. Tout cela est absolument inutile et pourrait être très nuisible à la malade. » Simpson n'est pas moins affirmatif lorsqu'il déclare qu'il ne croit en aucune façon que l'iode, le mercure, la potasse caustique, les diurétiques ou les désobstruants fussent capables d'absorber et de faire disparaître les éléments compliqués d'une tumeur kystique de l'ovaire.

Hegar exprime le même avis. Matthews Duncan est encore plus catégorique en disant que « les guérisons au moyen d'une ou plusieurs ponctions, les guérisons par médicaments, par rupture spontanée, par développement d'une grossesse, ont été, sinon simplement de grosses erreurs, du moins presque certainement des guérisons de kystes parovariens ».

Ces kystes hyalins ont parfois réellement disparu après une ponction, mais, si on songeait au danger que court alors la malade, surtout lorsque, au lieu de tomber sur un kyste parovarien, on ponctionne un kyste papillaire, on préférerait toujours pratiquer de suite l'ovariotomie, si bénigne dans ces cas.

Lawson-Tait affirme, avec raison, que si les tumeurs ovariennes et parovariennes n'étaient jamais ponctionnées, mais étaient enlevées au début de leur développement, l'opération n'occasionnerait qu'une mortalité *accidentelle*.

On n'insistera jamais assez sur les méfaits des ponctions que certains médecins pratiquent si souvent de cœur léger. Comme moyen de diagnostic, la ponction est très infidèle, et comme moyen thérapeutique, elle est souvent néfaste. Non seulement elle crée des difficultés pour une intervention radicale ultérieure, mais elle occasionne parfois la suppuration de la tumeur, la péritonite et peut provoquer dans le kyste des hémorragies rapidement

mortelles. Witschire et Watson ne sont parvenus à sauver des malades après un accident semblable que par une intervention radicale promptement exécutée. Lawson-Tait est loin d'exagérer lorsqu'il déclare que nous pouvons obtenir aujourd'hui 95 et que nous pourrions arriver à 99 p. 100 de guérisons, si nous n'avions affaire à des cas ponctionnés et tardifs.

Ici nous touchons à la question de savoir à quel moment on doit intervenir. L'opinion générale est qu'il faut opérer de bonne heure, dès que la tumeur est reconnue. Son existence est une menace constante pour la vie de la malade. En dehors de l'influence fâcheuse qu'elle exerce sur l'état général, elle peut provoquer l'oblitération des intestins, l'urémie par la compression de la vessie et la péritonite aiguë.

Enfin on observe parfois la suppuration de la tumeur, une hémorragie interne, la torsion du pédicule, tous accidents qui entraînent infailliblement la mort si une intervention chirurgicale ne vient sauver la malade.

L'âge, en dehors, bien entendu, d'un affaiblissement sénile très prononcé, ne constitue nullement une contre-indication, puisqu'on connaît les succès obtenus par Spencer Wells, Josephson, Terrier, Owen, chez des femmes âgées de soixante-quinze, soixante-seize, soixante-dix-sept et quatre-vingts ans. Homans a enlevé avec succès un kyste multiloculaire pesant 13 livres à une femme de quatre-vingt-deux ans et quatre mois. D'un autre côté, nombreuses sont les ovariectomies faites à des enfants en bas âge avec des résultats très heureux. Tel est le cas de Sant'Anna qui a enlevé un kyste dermoïde à une enfant d'un an.

Les tumeurs malignes de l'ovaire ne doivent pas non plus désarmer le chirurgien pourvu qu'elles aient conservé une certaine mobilité. Les cas de Cohn, de Freund, de Runge ne peuvent qu'encourager l'opérateur.



Quant aux kystes papillaires, pour lesquels on hésite souvent à intervenir, il faut se souvenir du beau succès obtenu par Pozzi, dont la malade jouit encore d'une santé parfaite dix-huit ans après l'opération. Thornton cite un cas datant de cinq ans, Schröder de deux ans et demi, Léopold de deux ans. On ne doit donc pas abandonner de parti pris ces malades à une mort certaine, et on pourrait, au moins, s'assurer par une incision exploratrice si l'intervention radicale est possible.

La laparotomie exploratrice n'est, en effet, jamais préjudiciable à la malade, et nombreux sont les faits qui prouvent qu'elle peut en bénéficier d'une manière absolument inexplicable. Non seulement on a signalé, après ces interventions inoffensives, la disparition complète de l'ascite, qui ne se reproduisait plus, mais encore on a vu se produire un temps d'arrêt, même une régression dans la marche de la tumeur.

Nous ne parlons évidemment pas des cas tout à fait désespérés, de malades arrivés à une cachexie profonde, où le chirurgien, appelé trop tard, constate la généralisation du processus morbide au péritoine, la marche galopante d'une tumeur cancéreuse.

Tel était le cas d'une jeune fille pour laquelle nous fûmes consulté par notre ami le D<sup>r</sup> Comanos Pacha. La tumeur, dont l'existence antérieure est très probable, avait pris brusquement un développement considérable et provoqué une énorme ascite, l'œdème des membres inférieurs, une péritonite cancéreuse généralisée, et avait amené le dénouement fatal, dans le marasme, cinq mois après son apparition. Appelé quelques jours seulement avant la mort de la jeune fille, toute intervention nous parut, ainsi qu'au D<sup>r</sup> Comanos, malheureusement inutile.

Il y a certes une limite à notre audace, qu'il faut se bien garder de dépasser, sous peine d'être taxé de témérité blâmable.

Lorsqu'il s'agit d'une tumeur de l'ovaire compliquant la grossesse, l'intervention radicale est généralement indiquée. A quelques exceptions près, la tumeur a une influence déplorable sur la marche de la grossesse, provoque l'avortement ou occasionne des accidents redoutables au moment de l'accouchement. En outre, il y a toujours lieu de craindre la torsion du pédicule, qu'on a signalée fréquemment pendant la grossesse, la suppuration de la tumeur, l'hémorragie interne et l'iléus mortel. On ne donnera la préférence à l'avortement provoqué ou à l'accouchement prématuré que dans les cas où on prévoit de très grandes difficultés pour extraire, par exemple, une tumeur intraligamentaire enclavée dans le bassin. Du reste, la gestation n'aggrave nullement l'ovariotomie, et quelques auteurs trouvent même qu'elle présente pendant cette période une inocuité relative.

Olshausen cite quatorze cas qui ont été suivis de succès. Spencer Wells, sur neuf ovariectomies faites chez des femmes enceintes, n'a perdu qu'une malade, et cinq fois l'enfant naquit vivant et à terme. Lawson-Tait et Schröder n'ont enregistré, dans les mêmes conditions, aucun cas de mort sur un grand nombre d'opérations.

Si on peut choisir le moment de l'intervention, il sera préférable de la faire dès les premiers mois de la grossesse, l'opération paraissant offrir moins de dangers à cette époque.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Nous avons longuement insisté dans deux articles précédents (*Laparotomie* et *Oophorosalphingotomie*) sur les préparatifs de l'opération, sur la façon de pratiquer l'ouverture abdominale, la rupture des adhérences et sur les différents procédés de traitement du pédicule.

Nous avons également décrit en détail comment on doit faire la toilette de la séreuse, le drainage de la cavité



péritonéale, les sutures de la plaie abdominale et le pansement.

Enfin, nous avons étudié aussi bien les soins ordinaires que réclame la malade après l'opération, que les moyens de combattre les accidents post-opératoires.

Il ne nous reste donc qu'à indiquer le manuel opératoire en ce qui concerne les manœuvres particulières que nécessite l'ablation des tumeurs ovariennes. Nous reviendrons néanmoins, une fois de plus, sur la question des adhérences pour examiner la conduite à tenir dans certains cas particuliers. En effet, l'ovariotomie pour une tumeur mobile est une opération des plus simples, des plus faciles. Ce sont les adhérences qui la rendent parfois extrêmement difficile et périlleuse. Les opérateurs les plus habiles, les plus expérimentés, n'ont pas pu, dans certains cas, éviter des délabrements viscéraux considérables, ils ont blessé les intestins, incisé la vessie ou arraché les uretères (W. Simon, d'Offenbach, Hegar, Muller, Nussbaum, Altée, Spencer Wells, Pozzi, Olshausen, Sânger, Lawson-Tait). Les adhérences pelviennes ont parfois donné lieu à des hémorragies dont on n'a pas pu toujours se rendre maître, ou bien ont obligé le chirurgien à interrompre l'opération et à abandonner une grande partie de la tumeur. Il est même quelquefois prudent de borner l'intervention à l'incision exploratrice, si dès le début on avait reconnu que l'opération radicale exposait à de trop grands dangers.

Prenons d'abord un cas simple, *l'ovariotomie pour un kyste à contenu liquide peu ou pas adhérent*.

L'incision des parois abdominales peut alors ne pas dépasser 8 centimètres environ. L'hémostase étant assurée par quelques pinces à forcipressure appliquées sur les vaisseaux qui saignent, on ouvre le péritoine en conduisant le bistouri sur le doigt ou sur une sonde cannelée introduits à travers une petite boutonnière faite à la

séreuse. Le kyste apparaît alors et est ponctionné avec un gros trocart auquel est adapté un long tube en caoutchouc dont le bout inférieur plonge dans un récipient posé par terre (fig. 95). Quelques chirurgiens se contentent d'inciser le kyste simplement avec un bistouri, mais on risque ainsi de laisser pénétrer le liquide dans la cavité péritonéale.

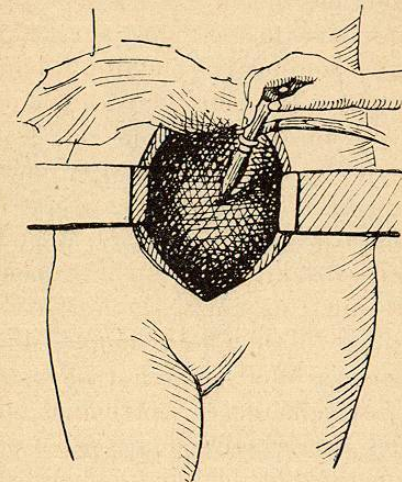


Fig. 95. — Ponction du kyste.

Péan, afin d'éviter toute souillure de la plaie, adaptait le tube de caoutchouc à une pompe et vidait le kyste à l'aide d'une forte aspiration.

A mesure que le liquide s'écoule, un aide presse avec ses mains sur les parois abdominales et empêche ainsi les intestins de sortir au dehors.

Le kyste vidé, on retire vivement le trocart pendant que l'aide comprime la poche au niveau de la piqûre. Une pince de Nélaton ou celle d'Auguste Reverdin saisit l'ouverture et sert à attirer doucement la poche au dehors, pendant que l'aide s'oppose à la sortie des intestins avec une main couverte d'une compresse chaude.



Reste à lier le pédicule avec un nœud de Lawson-Tait ou par une ligature en chaîne, suivant son épaisseur, cautériser la tranche de section avec la solution forte d'acide phénique ou avec le thermocautère et à réduire le moignon (fig. 96).

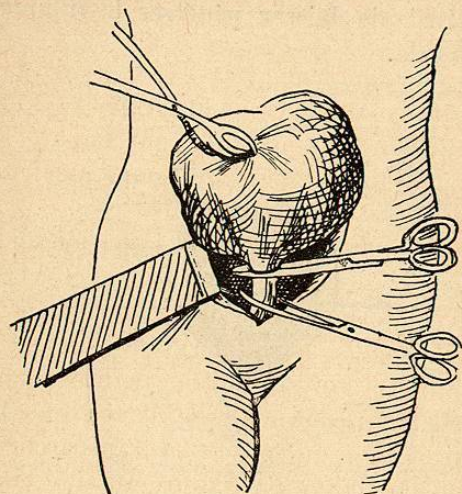


Fig. 96. - Section du pédicule.

Tel est le manuel opératoire dans les cas simples. Reprenons maintenant chaque temps opératoire et examinons les complications qui peuvent se produire.

**OUVERTURE DE L'ABDOMEN.** — L'incision de 8 centimètres de longueur sera rarement suffisante pour peu qu'on rencontre des adhérences solides. On l'agrandira alors avec des ciseaux en tranchant d'un coup toute l'épaisseur des parois abdominales.

Nous avons déjà observé qu'on se trouve parfois très embarrassé pour reconnaître le péritoine altéré par des poussées congestives, par des adhérences multiples contractées avec la tumeur. Nous avons conseillé de prolonger,

dans ces cas, l'incision jusqu'à ce qu'on arrive nettement sur la tumeur, quitte à l'ouvrir, si c'est nécessaire, pour lever les doutes. On redoublerait alors de précautions pour ne pas inciser une anse intestinale qu'on pourrait rencontrer sur la route. On peut également prolonger l'incision par en haut pour trouver un point où la séreuse est libre.

Nous désirons également mettre en garde l'opérateur contre un autre genre d'erreur qui consiste à prendre le péritoine très épaissi, étincelant, pour la paroi du kyste. On perdrait ainsi inutilement un temps précieux à séparer la séreuse du fascia transversalis.

Mentionnons enfin, à propos de l'incision abdominale, que la vessie est quelquefois très allongée et se trouve entraînée avec la tumeur au dehors du bassin. On surveillera donc l'incision du péritoine surtout dans sa partie inférieure et on introduira, au besoin, une sonde dans la vessie. Schröder conseille de regarder la séreuse à contre-jour et de se guider par sa transparence. Si l'accident n'a pu être évité, on réunira aussitôt les bords de la plaie par une suture à la soie fine.

**EVACUATION DU KYSTE.** — Lorsqu'on a vidé le kyste, on constate parfois des loges secondaires derrière la cavité principale. On les évacue à leur tour en enfonçant le trocart plus profondément dans tel ou tel autre sens. Mais si elles sont nombreuses, petites, à contenu épais, il peut être nécessaire de faire une large ouverture dans la première loge, y introduire la main et arracher le plus possible de la masse kystique secondaire (fig. 97). On procédera de la même façon lorsque le contenu du kyste, au lieu d'être liquide, est glaireux, gélatineux et ne passe pas à travers le trocart. Si on n'a pas fait, dès le commencement, une incision suffisamment longue sur les parois abdominales, on l'agrandira et on enlèvera le contenu