

du kyste avec les mains pendant qu'un aide presse sur les flancs et facilite la sortie de la masse épaisse. Les compresses-éponges garniront tout le pourtour de l'ouver-

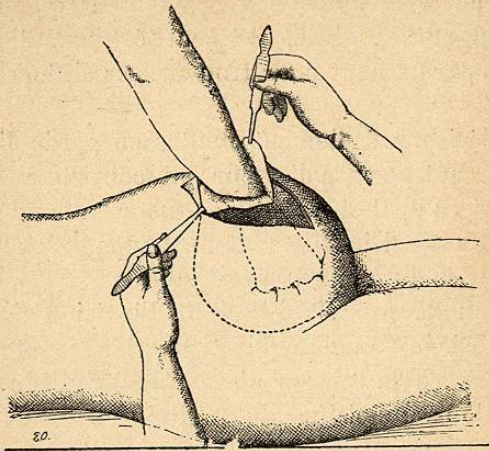


Fig. 97. — Evidement d'une tumeur polykystique (Courty).

ture du kyste et empêcheront le liquide de s'épancher dans la cavité abdominale.

ADHÉRENCES. — Quand on ouvre le péritoine, on ne voit ordinairement que les adhérences qui unissent la face antérieure de la tumeur à la paroi abdominale et à l'épiploon. Les adhérences profondes qui relient les parois latérales et postérieure de la tumeur aux intestins ne deviennent visibles que lorsqu'on attire la tumeur au dehors. Les premières sont rompues avec la main introduite entre les parois abdominales et la poche kystique avant de la ponctionner. Mais on ne pourra ainsi détacher que les adhérences récentes, lâches, minces. Les adhérences anciennes, résistantes, vasculaires ne seront attaquées qu'après avoir vidé le kyste, et on les coupera entre deux pinces qu'on remplacera ensuite par des liga-

tures. Nous avons déjà dit que si l'épiploon s'étalait sur une grande surface de la tumeur, le mieux serait de placer plusieurs ligatures sur toute la portion adhérente et de la réséquer en masse. La tranche de section sera lavée avec une solution forte d'acide phénique et l'épiploon repoussé dans l'abdomen.

Il s'agit ensuite de rompre les adhérences profondes, qui font courir le plus de danger aux viscères. On les divi- sera toujours le plus près possible de la surface de la tumeur et on réséquera, au besoin, un lambeau de celle-ci qu'on laissera adhérent aux intestins. La surface interne du segment sera alors cautérisée afin de détruire l'épithélium proliférant. Les adhérences pelviennes récla- ment surtout une attention soutenue. C'est à eux, plus particulièrement, qu'on doit les accidents les plus redou- tables. Très résistantes, très vasculaires, elles ne se lais- sent guère décoller avec la main. D'un autre côté, les tractions exagérées sont très dangereuses et peuvent amener des déchirures profondes des organes contenus dans le grand et le petit bassin. On est donc obligé d'avoir recours à l'instrument tranchant et à cette profondeur cela ne laisse pas que d'être périlleux. On n'évite pas toujours de blesser la vessie, le rectum, les uretères, dont les plaies doivent être aussitôt recousues avec de la soie fine ou du catgut.

Ces complications assombrissent beaucoup le pronostic et il vaut mieux abandonner un segment de la tumeur dont la surface entière sera suturée aux lèvres de la plaie, que de s'acharner auprès des adhérences trop intimes avec les organes du bassin et risquer ainsi de les blesser ou de produire une hémorragie qu'on ne saura pas tou- jours maîtriser. Nussbaüm, dans un cas analogue, a su vaincre les difficultés par un procédé ingénieux. Ayant introduit une main dans la poche du kyste, il est arrivé à saisir un pli de la paroi, ce qui lui a permis, en tirant

sur ce pli, de retourner peu à peu le kyste et de le dégager de toutes ses adhérences avec les intestins et le bassin.

HÉMOSTASE. — Tous les moyens d'hémostase, compression, pincement, torsion, ligature, suture, cautérisation, doivent être mis en œuvre au cours d'une ovariectomie difficile.

La meilleure façon d'arrêter les hémorragies qui se produisent sur la surface de la tumeur même est de lier promptement le pédicule. Si les adhérences multiples empêchent de l'atteindre assez rapidement, on met une ligature en masse, ou on applique provisoirement quelques pinces sur les vaisseaux qui donnent.

Mais ces derniers moyens échouent ordinairement lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur solide, de nature maligne, à consistance molle et flasque. La simple pression de la main, la moindre traction exercée avec une pince, rompent les tissus. Une forte hémorragie s'ensuit et on ne peut la maîtriser qu'en liant le pédicule. Il faut agir alors avec une grande célérité, libérer rapidement la tumeur de ses adhérences, la soulever et jeter une ligature sur le pédicule.

Pour arrêter un suintement général se faisant sur une grande surface dans la cavité abdominale, on aura recours à la pression prolongée avec des compresses ou à l'action à distance d'un thermocautère. En cas d'insuccès, et si l'hémorragie provient de la séreuse pariétale, on peut placer autour de la surface qui saigne, des sutures traversant toute l'épaisseur des parois abdominales. Les fils seront liés extérieurement sur de petits rouleaux de gaze iodoformée.

Malgré tous les moyens d'hémostase mis en pratique, il est parfois impossible d'arrêter une hémorragie en nappe, provenant des adhérences rompues, de la séreuse

lésée, des organes blessés, et on sera forcé d'avoir recours au drainage de la cavité péritonéale.

TRAITEMENT DU PÉDICULE. — Nous avons exposé longuement la méthode intra-péritonéale de traitement du pédicule qui est applicable à tous les cas à moins de circonstances tout à fait exceptionnelles.

Stilling a décrit, en 1841, la méthode extra-péritonéale de traitement du pédicule qu'il a conçu en 1837, à la suite d'un insuccès dû à une hémorragie qui se déclara dans un pédicule réduit. Ce procédé consiste à lier le pédicule en masse et à le fixer dans l'angle inférieur de la plaie après l'avoir séparé de la tumeur.

Le pédicule est retenu au dehors à l'aide de sutures ou de deux longues aiguilles qui le traversent en croix.

La ligature et les sutures peuvent être remplacées par un instrument spécial, le clamp, inventé par Hutchinson en 1858. On saisit le pédicule entre les branches du clamp ouvert, on le serre fortement, puis on ampute la tumeur de manière à laisser 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 de pédicule au-devant de l'instrument. Cette portion extra-abdominale du moignon est fortement cautérisée, et le clamp est placé transversalement au-devant de l'ouverture abdominale qu'on ferme ensuite de manière à ne laisser qu'un étroit passage au pédicule.

Nous avons déjà indiqué les nombreux inconvénients qu'offrent tous les procédés de traitement extra-péritonéal du pédicule à propos de l'amputation supra-vaginale de l'utérus fibromateux (voyez p. 124).

On pourrait pourtant recourir avec avantage à cette méthode si la malade, atteinte de tumeur de l'ovaire, souffre en même temps d'une rétrodéviation utérine. En fixant le pédicule entre les lèvres de la plaie par quelques points de suture, les adhérences de la matrice étant rompues, on remédie du même coup à la situation vicieuse de l'utérus.

CONDUITE A L'ÉGARD DE L'OVAIRE DU CÔTÉ OPPOSÉ. — Quand on a réduit le pédicule de la tumeur, on procède à l'examen de l'ovaire du côté opposé et on l'attire, à cet effet, au milieu de la plaie. Souvent il présente des lésions qui justifient son ablation. Dans le cas contraire, il sera respecté. Cette règle générale admet, pourtant, certaines exceptions. L'ovaire, même sain, sera enlevé lorsqu'on trouve, en même temps qu'une tumeur de l'ovaire, un corps fibreux utérin dont l'extirpation peut offrir quelques difficultés, ou doit beaucoup prolonger une opération déjà antérieurement laborieuse. Au contraire, s'il ne s'agissait que de quelques fibromes pédiculés ou de quelques noyaux fibreux bien encapsulés, on pourrait extirper les uns, énucléer les autres et conserver l'ovaire, ce qui serait surtout indiqué lorsqu'il s'agit d'une jeune malade.

TOILETTE DU PÉRITOINE. — Elle sera faite avec des compresses-éponges chaudes, exprimées, comme nous l'avons décrit. Lorsque le lavage du péritoine est indiqué on remplit la cavité abdominale tout entière d'eau bouillie stérilisée chaude, au moyen d'un tube qui vient d'un récipient, en verre, suspendu. On ferme la plaie aussi bien que possible avec une main, pendant que l'autre reste à l'intérieur. On fait mouvoir rapidement les doigts au milieu des intestins qu'on lave soigneusement. On vide alors la cavité et on la remplit à deux ou trois reprises jusqu'à ce que l'eau ressorte tout à fait propre.

Pour le drainage, voyez p. 227.

FERMETURE DE LA PLAIE. — Nous désirons seulement remarquer à propos de l'occlusion de l'incision abdominale, qu'on doit prendre de grandes précautions pour ne pas faire de piqûres à l'intestin lorsqu'on traverse les parois avec l'aiguille. On protégera donc toujours le paquet intestinal avec des compresses chaudes pendant qu'on

applique les sutures. Signalons enfin un autre accident rapporté par Bayless : vingt heures après l'opération, il a vu se produire une forte hémorragie provenant d'une artère de la paroi abdominale. On évitera, par conséquent, avec soin de blesser un gros vaisseau des parois abdominales au moment de la suture et on fera l'occlusion de la plaie aussi parfaite que possible.

Pour le pansement, les suites et accidents post-opératoires, voyez p. 256.