

tion des parois du kyste avec sécrétion purulente, sont une indication de pratiquer l'ovariotomie le plus tôt possible.

Les chirurgiens anglais ont démontré, d'après lui, que dans ces cas, non-seulement l'ovariotomie était indiquée, mais que l'indication en était pressante, précisément à cause des dangers que courait l'état général des malades.]

4° *Contre-indications.* — Quant aux contre-indications, elles seront surtout tirées de l'état général, des conditions morbides de l'organe, de l'âge de la malade et de certaines circonstances particulières.

Une maladie concomitante grave ou mortelle, le cancer, le tubercule, la syphilis, l'anémie, etc.; une affection du cœur, du système nerveux, du foie, etc., etc., sont autant de motifs d'abstention.

L'âge moyen et l'âge avancé, l'indocilité des malades, le volume excessif de la tumeur, la difficulté ordinaire des éruptions qui favorisera le développement d'une tympanite, sont des conditions défavorables.

On devra aussi s'abstenir dans les cas où le kyste ne donne lieu à aucun trouble, ou se développe lentement. Enfin l'opération sera encore contre-indiquée chaque fois que le diagnostic reste douteux ou que le chirurgien peut concevoir le moindre soupçon de l'existence d'une grossesse.

[[Mais la grossesse ne paraît pas devoir être une contre-indication aussi formelle que le pense M. Churchill, à l'opération. M. Goddard a en effet communiqué à la Société obstétricale de Londres un cas d'ovariotomie pratiquée par Spencer Wells, chez une femme enceinte, vers la fin du second mois. Malgré l'opération, la grossesse continua pour se terminer par un accouchement à terme d'un enfant vivant. M. Ross a aussi rapporté un fait semblable d'ovariotomie pratiquée par M. Spencer Wells dans des conditions défavorables. « La tumeur ovarienne, dit-il, datait de dix-huit mois, et depuis son apparition, la malade avait eu quatre grossesses et quatre accouchements normaux à terme; la tumeur semblait diminuer de volume pendant la grossesse. Il y a un an le kyste prit un développement rapide, et M. Wells fit l'ovariotomie à la fin du second mois d'une cinquième grossesse; celle-ci se continue, et l'accouchement est attendu d'un jour à l'autre. »

M. Spencer Wells a ainsi pratiqué quatre fois l'ovariotomie chez des femmes enceintes; ses quatre opérées ont guéri (1).

A côté de ces faits encourageants, nous devons placer une observation publiée par M. Gillette, dans laquelle la malade opérée par M. E. Cruveilhier dans le cours d'une grossesse arrivée à deux mois, fit une fausse couche deux jours après, et succomba quelques jours plus tard (2).

Quant à la menstruation, elle ne paraît pas être non plus un obstacle à l'opération. Knight (de Baltimore) a publié l'observation d'une malade qui

(1) *Med. Tim. and Gaz. et Revue de therap. méd.-chir.*, 15 juillet 1872.

(2) Gillette, *Union med.*, octobre 1872, n. 127, p. 646.

fut opérée en pleine menstruation et qui guérit parfaitement. Elle eut un suintement sanguin par la cicatrice aux trois premières époques menstruelles qui suivirent l'opération (1).]]

Les traitements antérieurs, lorsqu'ils n'ont pas été suivis de péritonite, n'ont pas une influence fâcheuse sur le résultat des opérations.

5° *Pronostic.* — Le pronostic est très-grave, surtout après la première moitié de la vie et en dehors de toutes les causes d'erreur de diagnostic.

La malade peut mourir pendant ou après l'opération à la suite de troubles nerveux profonds, d'hémorrhagie, d'épuisement, de péritonite soit immédiate, soit consécutive.

Le pronostic est moins grave lorsque l'état général est bon, lorsque la tumeur est moyenne, uniloculaire, sans adhérence au foie, à la rate, aux intestins, au cul-de-sac péritonéal postérieur et à l'utérus; lorsque le pédicule est assez long pour que, la ligature une fois placée, la partie liée puisse être amenée hors de l'abdomen.

6° *Procédé opératoire.* — *Soins préliminaires.* — Nous ne discuterons pas ici la question de savoir s'il vaut mieux opérer par la grande ou la petite incision, comme le faisaient les premiers opérateurs; la pratique des Clay, Baker Brown, Sp. Wells et Kœberlé a prononcé.

L'incision doit être étendue, car dans ces conditions elle donne plus de facilité au chirurgien et plus de sécurité à la malade.

L'opération une fois décidée, le lieu où elle se fera une fois choisi, on procédera de la façon suivante :

a. La chambre sera suffisamment aérée, la température en sera maintenue à 70 degrés Fahrenheit (20 degrés centigrades environ) (Sp. Wells).

b. La patiente sera placée dans la position horizontale sur un lit un peu ferme, étroit, exposé à une bonne lumière; elle sera enveloppée de flanelle sur tout le corps, excepté à la face et au ventre; sous la flanelle on placera une toile cirée (Sp. Wells).

c. L'anesthésie sera aussi complète que possible et sera continuée pendant toute la durée de l'opération, qui a généralement varié entre les mains de M. Kœberlé entre une heure et demie et deux heures. [[Pour l'obtenir, Spencer Wells fait usage du bichlorure de méthylène depuis plusieurs années; avec cet agent il assure avoir observé rarement les nausées et les vomissements, si fréquents lorsqu'on se sert du chloroforme.]]

*Premier temps, incision des parois abdominales; ouverture de la cavité péritonéale.* — a. L'opérateur placé au côté droit de la malade incise couche par couche la paroi abdominale sur la ligne médiane. L'incision aura une étendue de 9 à 12 centimètres en partant de quelques centimètres au-dessus de la symphyse pubienne et en allant vers l'ombilic. S'il est nécessaire, on ne craindra pas de la prolonger jusqu'à l'appendice xiphoïde

(1) Knight, *Americ. Journ. of the med. sciences*, octobre 1872, p. 436.

(fig. 215). Avant d'inciser le péritoine, on aura soin d'arrêter tout écoulement de sang provenant des vaisseaux pariétaux.

*b.* Le péritoine sera incisé sur une sonde cannelée et la tumeur sera mise à nu.

*c.* S'il existe un épanchement ascitique, on pourra laisser échapper une petite quantité de liquide; mais un aide devra repousser la tumeur en avant pour retenir ce qui restera de liquide afin de protéger les intestins.

*d.* Le doigt ou même la main plongée dans la cavité abdominale constatera la présence ou l'absence d'adhérences. Si la chose est possible, les adhérences entre la tumeur et les parois abdominales seront détruites avec la main pendant que le kyste est encore entier. Les adhérences qui existeraient entre l'ombilic ou les intestins seront de préférence détruites après l'évacuation du liquide, lorsqu'elles seront plus accessibles à la vue.

*Second temps. — Ponction et extraction de la tumeur, hémostase provisoire. — a.* Lorsque la tumeur est libre de toute adhérence avec les parois abdominales, on la ponctionne.

Nélaton se sert d'un trocart (fig. 205 et 206) de fort calibre, à robinet, muni d'un ajutage avec tube de caoutchouc et d'un point d'arrêt B dans la continuation de la canule. Cette disposition est destinée à empêcher la canule du trocart de s'échapper du kyste au moment où l'on évacue le liquide.

Pour éviter autant que possible l'infiltration du liquide du kyste le long des parois de la canule dans l'abdomen, on a adapté sur la canule une ampoule de caoutchouc que l'on insuffle au moyen d'une poire à air également de caoutchouc, la canule étant en place après la ponction du kyste. L'ampoule une fois insufflée, les parois de la tumeur sont interposées entre cette boule et la rondelle, ce qui empêche toute communication de l'extérieur avec l'intérieur, et *vice versa*.

On retire alors le piston qui fait rentrer le poinçon dans la canule, et le liquide s'échappe par le tube.

Le robinet sert à empêcher la sortie de l'air lorsque l'ampoule est insufflée, et il permet, étant fermé, de retirer la poire.

Cet instrument a été expérimenté plusieurs fois, et il a paru répondre aux desiderata qui avaient été exprimés.

Au trocart, qui avait l'inconvénient de déchirer les parois du kyste, M. Mathieu a substitué dans un modèle plus simple un poinçon. Une fois le poinçon introduit dans le kyste, on laisse la canule en place, et, au moyen du piston, on fait rentrer la pointe dans la canule jusqu'au point; cette manœuvre produit un léger mouvement d'aspiration et le liquide s'échappe par un tube de caoutchouc qui s'adapte sur un ajutage fixé vers le milieu de la canule.

Après l'opération pratiquée à Saint-Germain, Nélaton et Demarquay (1)

(1) Nélaton, *Kyste de l'ovaire multiloculaire* (Bulletin de l'Académie de médecine, 1861-1862, t. XXVII, p. 405).

ont cru qu'il serait bon 1° de faire le trocart plus long, plus gros et droit, muni d'un robinet et d'un point d'arrêt à la base de la canule; 2° d'ajouter une denture aux mors de la pince destinée à maintenir le pédicule, ainsi que le moyen de régler à volonté l'étendue de prise des mors; 3° de multiplier la denture des pinces pour saisir le kyste.

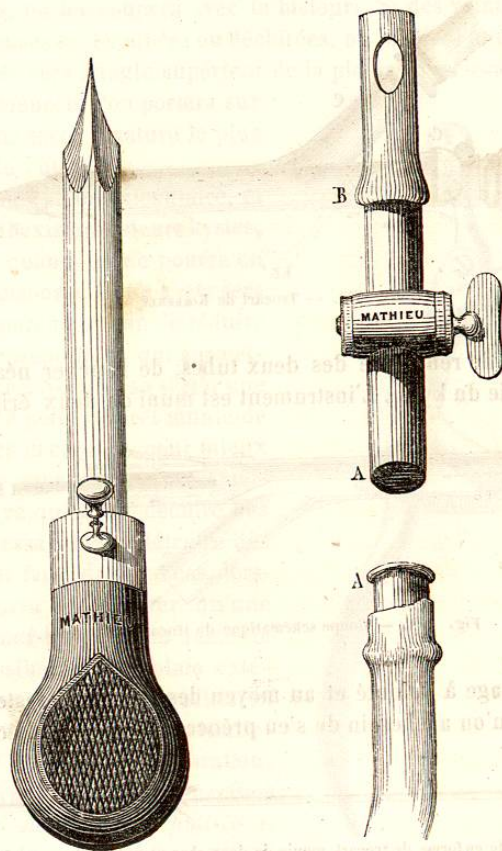


Fig. 205. — Trocart de M. NÉLATON. Fig. 206. — Trocart de M. NÉLATON (\*).

Kœberlé se sert d'un gros trocart qu'il considère comme très-supérieur à tous ceux qu'il a vus jusqu'ici. Nous lui emprunterons la figure et la description de l'instrument :

« Il offre une grande légèreté et se manie avec la plus grande facilité. Il était terminé lorsque j'ai eu connaissance par hasard du trocart Thompson dont il se rapproche beaucoup par son mécanisme et que plus tard j'ai trouvé décrit (1).

(1) *Canstatt's Jahresbericht*, 1861, t. V.

(\*) A, douille sur laquelle s'adapte la virole; B, point d'arrêt dans la continuation de la canule.

« Le trocart (fig. 207 et 208), d'un centimètre de diamètre, forme exactement piston dans sa canule. Il suffit de le retirer d'une quantité donnée pour laisser un écoulement au liquide à travers un tube soudé obliquement à cette canule. En cas d'élargissement accidentel de l'ouverture faite par le trocart, cette disposition permet, en poussant la canule au

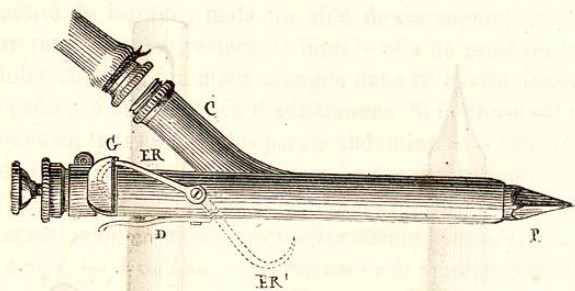


Fig. 207. — Trocart de KOEBERLÉ (\*).

dela du point de rencontre des deux tubes, de boucher néanmoins l'ouverture élargie du kyste. L'instrument est muni de deux érignes dont on

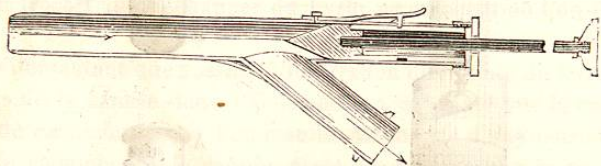


Fig. 208. — Coupe schématique du trocart. (KOEBERLÉ.)

peut faire usage à volonté et au moyen desquelles il reste accroché au kyste, sans qu'on ait besoin de s'en préoccuper pendant l'écoulement du



Fig. 209. — Aiguille en forme de trocart munie de deux chas pour les sutures profondes. (KOEBERLÉ.)

liquide et pendant que l'on continue l'opération. Elser, notre habile fabricant d'instruments, à Strasbourg, a imaginé de rendre creux le trocart et la tige qui lui fait suite pour obtenir plus de légèreté. Le poids de l'instrument est de 50 grammes. »

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.

(\*) P, pointe du trocart en acier; C, canule d'écoulement; D, ER, érigne; ER', érigne du côté opposé; G, gaine de l'érigne. (KOEBERLÉ.)

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.

b. Si le kyste offre des adhérences avec les organes abdominaux, on essayera de détruire les adhérences par quelques tractions, ou, si elles sont trop résistantes, on les coupera avec le bistouri. Si des veines ou des artères volumineuses sont coupées ou déchirées, on les liera à mesure, et les fils seront portés vers l'angle supérieur de la plaie. On isolera alors le pédicule de la tumeur, et l'on portera sur ce pédicule une forte ligature le plus loin possible de l'utérus.

c. 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. Nélaton se sert d'une pince forte et à point d'arrêt munie de dents multiples et courtes, pour mieux saisir le kyste sans le déchirer. Quelquefois il arrive qu'on en déchire des lambeaux en essayant de détruire des adhérences: il faut, dans ce cas, lorsqu'on ne pourra en enlever qu'une portion, amener 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 épongement de la cavité abdominale. —

a. Si le pédicule est long, il est étreint à un centimètre ou deux au-dessous de la ligature au moyen d'un *clamp* dont la forme a varié selon les opérateurs.

M. Mathieu a construit une pince-serre-pédicule (fig. 210), disposée de manière à opérer la constriction dans une espèce de triangle à angles arrondis A.

Cette disposition permet de ramasser le pédicule dans un espace qui,

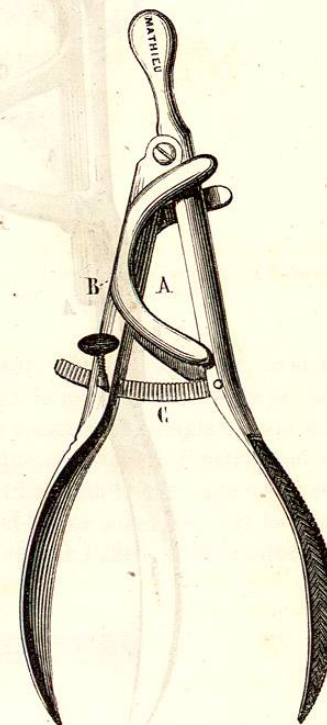


Fig. 210. Pince-serre-pédicule (\*).

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

au fur et à mesure que l'on comprime, evident toujours de plus en plus petit en se rapprochant de la forme circulaire.

Cette disposition a en outre pour avantage de ne pas étaler en long le pédicule, ainsi que le fait le constricteur anglais.

Dans un autre modèle (fig. 211), la pièce A, étant mobile, le pédicule se trouve ramassé et également comprimé en tout sens. Au moyen de la vis D,

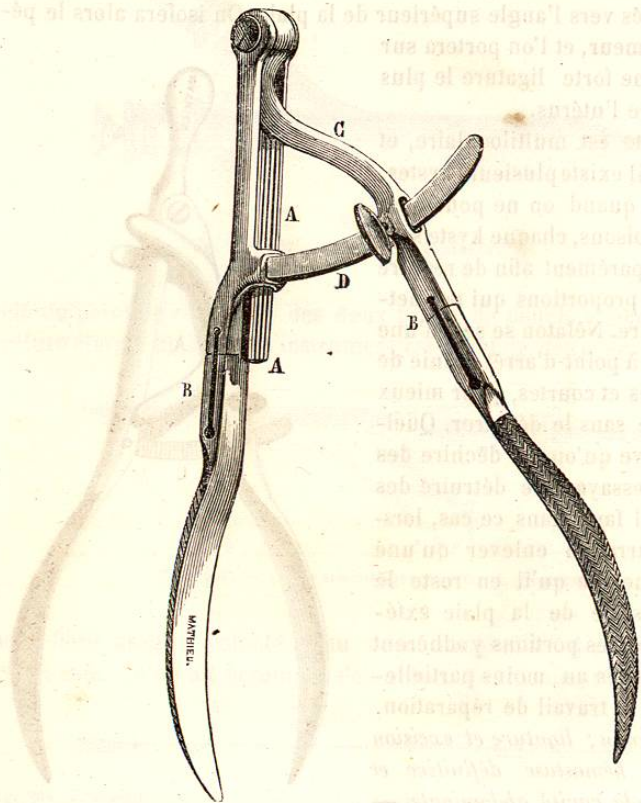


Fig. 211. — Serre-pédicule (\*).

on fixe l'instrument, lorsqu'il comprime suffisamment, sur la branche qui traverse la mortaise de la branche C. En appuyant sur les cliquets B, B, on enlève les branches qui sont articulées, et l'on ne laisse en place que la partie triangulaire qui comprime le pédicule.

M. Charrière a également fait un constricteur à chaîne métallique pressant par l'action du treuil ou de la vis; M. Mathieu en a fait un dans le

(\*) A, coulisseau ou pêne mobile; B, B, cliquets; C, branche coudée de manière à former le triangle; D, vis qui fixe la crémaillère.

genre de l'écraseur linéaire de M. Chassaignac. Lorsque le pédicule est suffisamment comprimé, on fixe la bague mobile et l'on décroche la chaîne qu'on laisse seule en place pour tenir le pédicule.

Kœberlé se sert d'une sorte de constricteur semi-lunaire (fig. 212) à l'aide duquel le pédicule est attiré dans l'angle inférieur de la plaie.

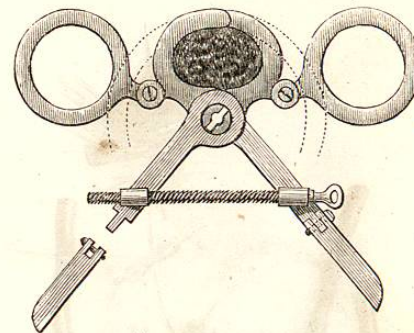


Fig. 212. — Constricteur circulaire représenté complètement ouvert. — Chacune de ses branches présente une articulation qui permet d'en diminuer la longueur. (KOEBERLÉ.)

« Le constricteur circulaire de l'opérateur, 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

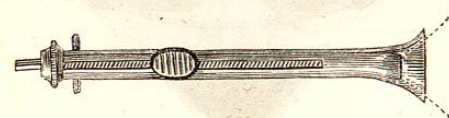


Fig. 213. — Serre-nœud. (KOEBERLÉ.)



Fig. 214. — Serre-nœud muni d'une anse de fil métallique. (KOEBERLÉ.)

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.»

b. Si le pédicule est court, Kœberlé l'étreint fortement au moyen d'un fil métallique et d'un serre-nœud. Celui qu'il a adopté (fig. 213 et 214) fonctionne, d'après le mécanisme du serre-nœud d'A. Dubois, au moyen

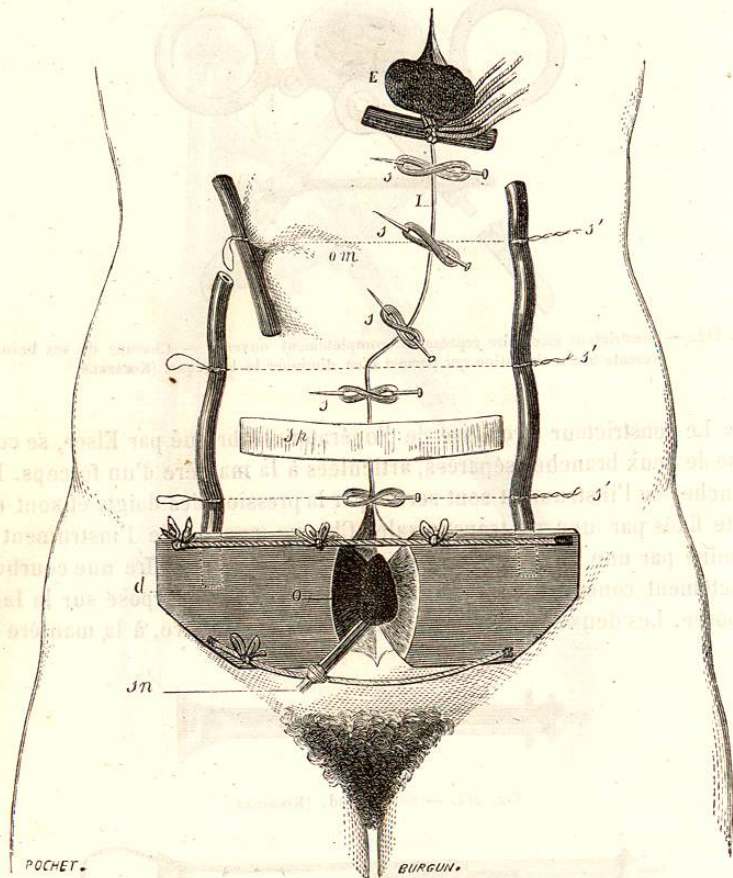


Fig. 215. — Ovariectomie. Appareil de pansement (\*).

d'une vis contenue dans une gaine, entraînant par son mouvement de rotation l'écrou auquel se trouve fixée l'anse de fil de fer. La longueur totale de l'instrument est de 0<sup>m</sup>,10 à 0<sup>m</sup>,15. La longueur de la vis est de 6 centimètres. L'extrémité inférieure de l'instrument offre un orifice élargi

(\* I, incision; E, épiploon momifié; O, ovaire droit momifié; s, sutures superficielles; s', sutures profondes; sp, suture au sparadrap; L, ligatures épiploïques; sn, serre-nœud du pédicule de l'ovaire gauche; h, hernie ombilicale; om, ombilic; d, appareil dilateur de plomb. (KOEBERLÉ.)

transversalement pour le passage de l'anse métallique. Les bords latéraux de cet orifice sont courbes, de manière à se prêter à la courbure de l'anse du fil auquel ils servent de surface de réflexion, et pour empêcher sa section au moment de la constriction, ce qui résulte des instruments analogues dont les deux ou dont l'un des côtés de l'orifice sont parallèles à l'axe

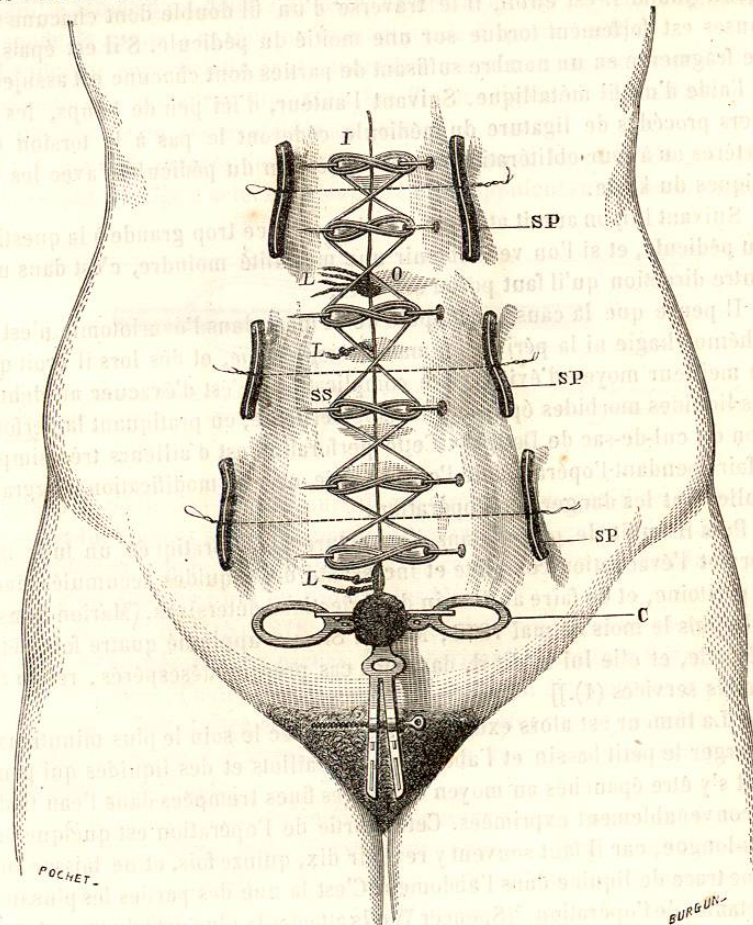


Fig. 216. — Ovariectomie. — Disposition des sutures (\*).

de traction. L'écrou doit jouer très-librement dans la gaine. La vis se serre au moyen d'une clef. La largeur de l'extrémité inférieure de l'instrument est de 10, 15 et 20 millimètres.»

(\* I, incision; SS, suture superficielle; SP, suture profonde; P, pédicule de la tumeur ovarique traversée par une tige d'acier; C, constricteur étreignant le pédicule O, ombilic; L, L, ligatures. (KOEBERLÉ.)

[[Suivant Marion Sims, le clamp doit perdre de son importance et, soit que l'on place le pédicule à l'angle inférieur de la plaie, soit qu'on le coupe au ras d'une ligature, en l'abandonnant librement dans la cavité péritonéale, on obtient à peu près les mêmes résultats.

Marion Sims a adopté le précepte de lier le pédicule avec un fil d'argent. Quand il est étroit, il le traverse d'un fil double dont chacune des anses est fortement tordue sur une moitié du pédicule. S'il est épais, il le fragmente en un nombre suffisant de parties dont chacune est assujettie à l'aide d'un fil métallique. Suivant l'auteur, d'ici peu de temps, les divers procédés de ligature du pédicule céderont le pas à la torsion des artères ou à leur oblitération par l'énucléation du pédicule d'avec les tuniques du kyste.

Suivant lui, on aurait attribué une importance trop grande à la question du pédicule, et si l'on veut obtenir une mortalité moindre, c'est dans une autre direction qu'il faut porter ses vues.

Il pense que la cause principale de la mort dans l'ovariotomie n'est ni l'hémorragie ni la péritonite, mais la *septicémie*, et dès lors il croit que le meilleur moyen d'éviter cette complication, c'est d'évacuer au dehors les liquides morbides épanchés dans le péritoine, en pratiquant la perforation du cul-de-sac de Douglas. Cette perforation est d'ailleurs très-simple à faire pendant l'opération de l'ovariotomie, et cette modification n'aggrave nullement les dangers de l'opération.

Puis il suffit de placer dans l'ouverture ainsi pratiquée un tube qui permet l'évacuation complète et incessante des liquides accumulés dans le péritoine, et de faire au besoin des injections détersives. (Marion Sims.)

Depuis le mois de mai 1872, Marion Sims a appliqué quatre fois cette méthode, et elle lui a, dit-il, dans des cas presque désespérés, rendu de grands services (1).]]

*c.* La tumeur est alors excisée, et 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 trempées dans l'eau tiède et convenablement exprimées. Cette partie de l'opération est quelquefois très-longue, car il faut souvent y revenir dix, quinze fois, et ne laisser aucune trace de liquide dans l'abdomen. C'est là une des parties les plus importantes de l'opération. [[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.]]

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

*Quatrième temps.* — *Fixation du pédicule et réunion de la plaie.* — On

(1) Marion Sims, *On ovariotomy* (*New-York medical Journal*, décembre 1872, p. 561 et *Revue des Sciences médicales*, t. I, n. 2, p. 729, 1873).

réunit alors la partie supérieure de l'incision abdominale au moyen de quelques points de suture entortillée ou de suture enchevillée. La suture entortillée réunira la peau superficiellement; la suture enchevillée servira à obtenir la réunion des parties profondes. Les figures 215 et 216 montrent la manière dont ces sutures sont disposées. La figure 217 montre l'aiguille armée d'un double fil de fer entortillé autour de deux fragments de sonde de gomme, et indique la manière de disposer les fils.

La réunion superficielle peut encore être assurée au moyen de quelques bandelettes de sparadrap (fig. 215). Les fils des ligatures sont autant que possible réunis en masse et fixés au dehors.

La figure 216 montre le constricteur étreignant le pédicule qui est traversé par une tige d'acier dont les extrémités appuient sur le constricteur.

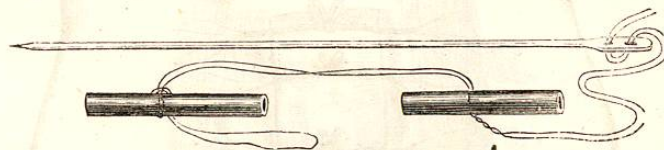


Fig. 217. — Aiguille munie d'un double fil de fer entortillé autour de deux morceaux de sonde de gomme pour montrer la manière de disposer les fils métalliques d'une épaisseur de 0<sup>mm</sup>, 3. (Kœberlé.)

Quand le pédicule est trop court, il est étreint au moyen d'un fil métallique graduellement serré au moyen du serre-nœud qu'on laisse dans la partie inférieure de la plaie. Celle-ci, dans ce cas, est conservée béante au moyen d'un dilatateur qui en protège les lèvres.

Ce dilatateur (fig. 215 et 218) est composé de deux lames de plomb dont chacune est formée de deux parties, l'une horizontale destinée à être appliquée sur la peau, l'autre perpendiculaire en forme de gouttière à concavité interne. Introduites séparément dans la plaie, ces deux valves peuvent être maintenues écartées par deux tiges transversales fixées par un mécanisme très-simple.

C'est dans cet intervalle qu'on dispose le serre-nœud, lequel est soutenu de façon à subir le moins de déplacements possible. Pour compléter cette description, nous placerons ici la figure 219, schématique, donnée par M. Kœberlé, pour montrer la disposition des parties et l'appareil après l'opération.

La malade est bien réchauffée, entourée de linges secs; le chloroforme est cessé, et on la place alors dans un lit préalablement baigné.

*7° Soins consécutifs.* — Kœberlé conseille de continuer encore pendant une heure ou deux avec les mains la compression établie pendant l'opération, surtout s'il y a des efforts de vomissements. Sp. Wells place sur le ventre une vessie de caoutchouc remplie d'eau chaude et maintenue par une ceinture de flanelle. Kœberlé, au contraire, recouvre le ventre d'un taffetas ciré, d'un drap plié par-dessus le tout, et de chaque côté de