

gien lui-même déterminent l'arrivée du gaz dans l'ajutage, en pressant avec le pied sur le réservoir en caoutchouc. On peut obtenir ainsi une cautérisation très-profonde.

Pour se servir du cautère actuel, on place dans le vagin un spéculum plein en bois ou en ivoire avec lequel on embrasse très-exactement le col. Il faut avoir soin en effet que le col reste seul accessible au fond du spéculum et que le vagin soit à l'abri, car la cautérisation de ce dernier organe peut avoir les plus grands inconvénients.

Le col doit être essuyé avec du coton au moment où on va appliquer le cautère.

On se sert de cautères de différentes formes, voire même de cautères pointus dont on introduit la pointe dans la cavité cervicale. Le cautère doit être chauffé au rouge-blanc; il est maintenu plus ou moins longtemps en contact avec le col, suivant le but que l'on veut obtenir. Ici, comme ailleurs, l'action du cautère actuel est assez superficielle. Il est bon, après la cautérisation au fer rouge, de projeter avec un irrigateur ou une seringue un courant d'eau tiède sur la partie que l'on vient de cautériser.

La cautérisation de la cavité utérine se fait avec des caustiques liquides ou des caustiques solides. Je dois dire que le nitrate d'argent est à peu près le seul employé; en fait de caustiques liquides on peut aussi avoir recours à la teinture d'iode.

Pour porter l'injection modificatrice dans l'intérieur de la cavité utérine, on a imaginé nombre d'appareils; mais on peut poser en principe qu'il est dangereux de pousser une injection irritante dans la cavité utérine, et si tant est que l'on veuille employer ce mode de cautérisation, on fera bien de se servir, ainsi que le fait Pajot, d'une petite seringue, comme celles usitées pour les injections hypodermiques, pourvue d'une longue canule courbe à ouverture capillaire, de façon à pulvériser le liquide qui sort de la seringue. Pajot recommande en outre de remplir le spéculum d'eau tiède. Mais il est infiniment plus simple d'employer un pinceau imbibé d'une solution de nitrate d'argent.

Le nitrate d'argent solide sert aussi à cautériser l'intérieur de la cavité utérine. Plusieurs porte-caustique ont été affectés à cet usage, dans le but de permettre d'agir sur un point déterminé et

de ne pas s'exposer à casser le crayon. Je citerai entre autres les porte-caustique de Lallemand, de Richet, de Scanzoni, de Braun, mais on se sert le plus souvent du porte-crayon ordinaire des troussees. Si le crayon vient à se casser dans l'intérieur de la cavité utérine, ce n'est là qu'un mince inconvénient, et Courty a érigé en méthode l'abandon d'un fragment de nitrate d'argent dans cette cavité. Il a soin, en pareil cas, de placer en contact avec le col un tampon d'eau salée maintenu par un autre gros tampon.

*Dilatation des orifices du col.* — On peut se servir des dilateurs utérins, entre autres, de celui de Mathieu, de celui de Buch modifié par Huguier, mais il est bien préférable de procéder lentement et de recourir dans ce but à l'introduction dans la cavité cervicale de petits cônes d'éponge préparée recouverts de cire ou imprégnés d'un mucilage de gomme arabique, ou bien de morceaux de laminaaria.

*Débridement des orifices du col.* — On a quelquefois à débrider les deux orifices du col. Lorsqu'on ne veut agir que sur l'orifice externe, de longs ciseaux, un bistouri boutonné pourvu d'un long manche, etc., peuvent suffire; mais pour débrider l'orifice interne, mieux vaut se servir des instruments *ad hoc* ou hystérotomes,



Fig. 428. — Hystérotome de Mathieu.

parmi lesquels je signalerai l'hystérotome simple de Simpson, qui ressemble au lithotome caché de frère Côme, et l'hystérotome double de Mathieu (fig. 428), qui est pourvu de deux lames. Il faut avoir soin, quand on pratique le débridement au niveau de l'orifice supérieur du col, de procéder avec les plus grands ménagements pour ne pas entamer trop profondément le tissu de l'utérus à ce niveau.

*Abrasion des fongosités utérines.* — L'abrasion des fongosités intra-utérines se pratique avec la curette de Récamier introduite dans la cavité de l'utérus. Cette opération tend aujourd'hui à disparaître.

**POLYPES UTÉRINS.** — Lorsque le polype est implanté au niveau du

col et qu'on arrive facilement sur son pédicule, on peut immédiatement appliquer les moyens propres à en débarrasser la malade; mais si le point d'implantation correspond à la cavité du corps de l'utérus, il est souvent besoin d'un traitement préalable ayant pour but de dilater suffisamment les orifices du col pour que le polype vienne faire saillie en dehors de la cavité utérine, et d'autre part pour que l'on puisse porter sur la racine du polype les instruments propres à l'attaquer.

Le seigle ergoté rend de grands services en pareil cas, en faisant engager le polype dans le col; si cela ne suffit, on cherchera à obtenir la dilatation à l'aide des moyens que j'ai indiqués plus haut, par l'introduction de morceaux d'éponge préparée ou de laminaria. Au besoin on recourrait au débridement.

On attaque les polypes par la cautérisation, le broiement, la torsion, l'arrachement, la ligature lente, l'écrasement linéaire, la ligature extemporanée, l'excision. La femme sera, pour l'application de ces moyens, placée dans la position ordinaire de l'examen au spéculum, et au besoin on recourra à l'application d'un spéculum approprié. On pourra, si cela est nécessaire, abaisser l'utérus à l'aide de tractions exercées sur le col avec des pinces de Museux, mais il faut autant que possible se dispenser de cette manœuvre qui expose à la péritonite.

La cautérisation ne peut être mise en usage que pour des polypes peu volumineux implantés sur le col. On se servira des caustiques liquides, acides minéraux, nitrate acide de mercure, etc., ou des caustiques solides, nitrate d'argent, caustique de Filhos, etc. On pourra même recourir au cautère actuel.

L'anse coupante du galvano-cautère sera, dans certains cas, un bon moyen d'attaquer le pédicule du polype.

Le broiement se pratique à l'aide de différentes pinces *ad hoc*; mais c'est, en somme, un moyen infidèle, qui expose à laisser dans l'utérus une portion de polype, laquelle peut produire de graves accidents.

L'arrachement, qui se fait avec des pinces à polypes, est applicable aux petits polypes ou aux polypes muqueux, comme elle l'est aux polypes analogues des fosses nasales.

La torsion peut être mise en usage dans les mêmes cas que l'arrachement et vaut mieux que lui, car les mouvements de torsion

que l'on imprime au polype tendent à oblitérer les vaisseaux qui peuvent se trouver dans le pédicule.

Mais il est imprudent de mettre en usage la torsion ou l'arrachement pour des polypes fibreux, car on s'exposerait ainsi à tous les accidents qui peuvent résulter de l'arrachement d'une portion du tissu utérin.

*Ligature lente.* — Elle consiste à porter et à laisser à demeure une ligature sur le pédicule du polype. A propos des polypes naso-pharyngiens, j'ai indiqué les instruments destinés à l'application des ligatures et la manière de s'en servir.

Les instruments de Levret, de Desault, de Mayor, etc., sont ici facilement applicables. Gooch a fait subir à la double canule de Levret et de Niessen une modification qui consiste à séparer les deux canules; quand il a passé autour du pédicule la ligature dont chaque chef est engagé dans une canule, il fixe ces canules l'une contre l'autre à l'aide de cercles métalliques dans lesquels il les engage. Des crochets, des ériges, des fragments de soude peuvent servir à porter les ligatures. Au besoin, on recourra aux porte-nœuds, et on fixera la ligature avec un des serre-nœuds que j'ai indiqués à propos des polypes naso-pharyngiens. Thierry a appliqué un véritable clamp sur le pédicule d'un polype fibreux.

La ligature lente expose à des phénomènes inflammatoires et à des accidents de résorption putride, qui en ont singulièrement restreint l'emploi. Quand on y a recours, il faut avoir bien soin d'appliquer la ligature sur le pédicule du polype et non sur une portion de l'utérus.

L'écrasement linéaire, la ligature extemporanée peuvent être appliqués avec succès aux différents polypes de l'utérus et remplacent avec beaucoup d'avantage la ligature lente dont ils évitent les inconvénients. Pour faciliter les manœuvres, on abaissera, au besoin, le polype à l'aide de pinces-ériges parmi lesquelles je citerai celle de Chassaignac et celle de Robert (Alph.). On peut aussi recourir au tire-bouchon de M'Clintock que l'on plante dans le polype.

Sims a ajouté à l'écraseur un porte-chaîne qui maintient la chaîne ouverte et en facilite l'application. Avec un constricteur de Maison-neuve armé d'un fil de fer ou d'une petite corde en fer on arrive

au même résultat, et on évite cette complication instrumentale.

Aveling (de Sheffield) a imaginé une pince analogue à un brise-pierres pour broyer le pédicule du polype.

*Excision.* — Nombre d'instruments ont été inventés pour aller exciser le pédicule des polypes, bistouris portés sur un long manche et courbes sur le plat, ciseaux courbes et mousses à l'extrémité, ciseaux-pinces de Siebold en forme d'S, polypotome de Simpson dans lequel une lame tranchante cachée dans un crochet mousse devient saillante quand on presse un bouton. Mikschik a conseillé, pour détacher le polype, de se servir d'un ongle métallique adapté à un doigtier que l'on fixe au bout du doigt, procédé qui a été mis en usage pour les polypes naso-pharyngiens par Chassaignac et par Bone (de Nîmes).

Enfin on a proposé de détacher le pédicule du polype en le sciant avec une anse métallique appliquée sur lui.

On comprend sans peine que l'excision du polype sera d'autant plus difficile que le pédicule sera situé sur un point plus élevé. On aura recours, s'il le faut, aux moyens que j'ai indiqués pour dilater les orifices de l'utérus; on abaissera le polype avec les instruments que j'ai signalés plus haut.

Il peut arriver qu'un polype contenu dans l'utérus, une fois détaché, se trouve trop volumineux pour franchir le col. Plutôt que de débrider ce dernier, il vaut mieux agir sur le polype, aller le morceler dans l'intérieur de l'utérus et l'extraire par fragments. Beaucoup plus rarement on sera arrêté par la vulve dans l'extraction d'un polype qui se sera développé dans le vagin. Ici encore je recommanderai la même conduite que ci-dessus, et au débridement de la vulve on devra préférer le morcellement du polype.

En résumé, les deux procédés d'élection pour l'ablation des polypes utérins sont l'excision et l'écrasement linéaire ou la ligature extemporanée. L'excision pourra être mise en usage quand on croira ne pas avoir d'hémorrhagie à redouter après la section du pédicule. Mais, dans le cas contraire, on emploiera l'écraseur ou même le constricteur armé d'un ou de plusieurs fils de fer, ou bien l'anse coupante du galvano-cautère, quand faire se peut.

*Tumeurs fibreuses de l'utérus.* — Je ne décrirai pas à part la thérapeutique des tumeurs fibreuses; en effet, c'est suivant leur forme

et leur siège qu'elles doivent être traitées par tel ou tel moyen.

Lorsqu'elles se présentent sous la forme d'un polype, elles sont justiciables des moyens en usage contre ce genre de tumeurs. Développées au niveau du col et encore contenues dans l'épaisseur des lèvres, elles seront traitées par l'énucléation.

L'énucléation pourra aussi être mise en usage et l'a été en effet pour les tumeurs interstitielles développées au niveau du corps de l'utérus. On commencera par dilater le col. Pour détacher la tumeur, on incisera le tissu utérin qui la recouvre, et on énucléera avec les doigts ou un instrument mousse. Au besoin, on la morcellera pour faciliter la manœuvre. On abaissera le col avec des pinces-érignes, s'il est nécessaire.

Pour les tumeurs fibreuses sous-péritonéales, on a aussi une ressource consistant à pratiquer la gastrotomie et à aller ainsi extirper la tumeur.

C'est là, je n'ai pas besoin de le faire observer, une opération de la plus haute gravité.

Pour la partie de l'opération relative à l'incision et à la suture de la paroi abdominale, on trouvera à propos de l'ovariotomie l'indication du manuel opératoire. Quant à l'extirpation de la tumeur, à la section des adhérences, elles devront être immédiatement suivies de l'application de moyens propres à empêcher l'écoulement du sang dans l'abdomen. On sera conduit dans certains cas à pratiquer l'amputation totale ou partielle de l'utérus.

*Cancer de l'utérus.* — Le cancer de l'utérus borné au col pourra être attaqué par la cautérisation (et ici le Canquoin me paraît le meilleur caustique à mettre en usage) ou par l'amputation. Si l'amputation doit dépasser la portion intra-vaginale du col, on ne pourra recourir ni à l'écrasement, ni à la ligature extemporanée; il faudra se servir de l'instrument tranchant, et prendre bien garde de blesser la vessie à la partie antérieure et d'ouvrir la cavité péritonéale.

Lorsque le cancer a envahi le corps de l'organe, il ne resterait qu'une ressource qu'on ne peut guère conseiller, l'extirpation de l'utérus, opération dont je dois dire un mot.

*Extirpation de l'utérus.* — L'utérus peut être amputé dans deux conditions différentes: lorsqu'il est saillant à l'extérieur, à l'état

de procidence ou d'inversion, ou lorsqu'il est encore contenu dans la cavité abdominale.

Lorsqu'il est saillant à l'extérieur, deux méthodes peuvent être mises en usage, la ligature ou l'instrument tranchant. La ligature du pédicule de la tumeur pourra être faite après que l'on se sera assuré que l'on n'a embrassé ni anse intestinale, ni portion de la vessie. Elle offre l'avantage d'oblitérer le fond du vagin et d'empêcher ainsi la communication de la cavité péritonéale avec l'extérieur; on peut placer une simple ligature ou bien en mettre deux, en divisant en deux portions le pédicule de la tumeur.

Il est bon d'engager ces ligatures dans des serre-nœuds, de façon à pouvoir augmenter à volonté la constriction. Valette (de Lyon) a eu recours à l'application sur le pédicule d'un clamp chargé de caustique. Après un premier succès, il a vu, dans un second cas, survenir des accidents rapidement mortels.

L'excision pure et simple est une opération détestable. Mais elle peut être combinée avec la ligature, c'est-à-dire, qu'après avoir placé une ligature sur le pédicule de la tumeur, on incise les parties placées au-dessous; cela vaut même mieux que de recourir à l'écrasement linéaire ou à la ligature extemporanée.

L'extirpation pourrait être faite sans l'application préalable de la ligature au cas où il serait possible de disséquer la tumeur sans intéresser le péritoine, chose toujours très-difficile, mais impraticable dans le renversement complet.

Quand l'utérus est contenu dans la cavité abdominale, on peut l'extirper soit par la voie sus-pubienne, soit par la voie sous-pubienne.

Par la méthode sus-pubienne, après avoir incisé la ligne blanche et pénétré dans la cavité abdominale, on exciserait l'utérus en sectionnant les attaches du vagin et des ligaments larges, sur lesquelles on appliquerait des ligatures.

Quant à l'extirpation sous-pubienne, elle a été faite par le vagin.

Dans certains cas, il a fallu débrider le vagin pour faciliter la manœuvre. Langenbeck, dans une de ces opérations, commença par inciser le périnée d'avant en arrière.

En somme, l'extirpation de l'utérus qui peut à la rigueur être tentée lorsque cet organe est à l'extérieur, dans les cas de chute ou

d'inversion incurable, ne doit pas l'être dans des cas de cancer, car en dehors des dangers terribles qu'entraîne l'ablation d'un utérus resté dans le bassin, rien n'annonce que la maladie n'aura pas gagné d'autres organes qu'on ne pourra pas enlever.

§ 4. *Ovaires.* — *Kystes des ovaires.* — Les opérations usitées pour la cure des kystes de l'ovaire sont la ponction simple, la ponction avec aspiration, la ponction suivie d'injections irritantes, la canule laissée à demeure, l'incision, l'excision partielle, l'extirpation ou ovariectomie.

La ponction simple se fait avec un gros trocart. Scanzoni a préconisé la ponction par le vagin, et on a aussi voulu introduire le trocart par le rectum; mais c'est presque toujours à travers la paroi abdominale que l'on ponctionne, et on choisit la ligne blanche afin de ne pas rencontrer de vaisseaux. Il faut préalablement s'assurer par la percussion qu'il ne s'est pas glissé une anse d'intestin entre la paroi de l'abdomen et le kyste et vider la vessie; on enfonce ensuite le trocart à égale distance du pubis et de l'ombilic.

On comprime avec les mains les parois de l'abdomen à mesure que le kyste se vide, et, lorsqu'il est vidé, on applique une ceinture propre à continuer la compression et de préférence une ceinture de Bourjeaud.

La ponction avec aspiration a été spécialement étudiée par Buys qui a inventé un appareil propre à exercer une aspiration continue, appareil qui se compose essentiellement d'un trocart à robinet et d'une ampoule en caoutchouc mise en rapport avec la canule du trocart à l'aide d'un tube en caoutchouc. Buys se sert d'ampoules à parois plus ou moins épaisses, suivant qu'il veut exercer une aspiration plus ou moins forte.

*Ponction suivie d'injections irritantes.* — Bien que les injections irritantes aient été employées depuis longtemps, on peut dire que Boinet s'est en quelque sorte approprié cette méthode par le soin avec lequel il l'a étudiée. Il se sert d'une solution à parties égales de teinture d'iode et d'eau et ajoute une certaine quantité d'iodure de potassium pour faciliter la dissolution. Il emploie un gros trocart et au besoin exerce une sorte d'aspiration pour faciliter l'issue du liquide, lorsque celui est épais et sort difficilement. Le liquide éva-

cué, il glisse dans la canule une sonde qui la remplisse exactement et qu'il enfonce profondément dans le kyste. Cette sonde lui sert à pousser l'injection qu'il maintient huit ou dix minutes dans le kyste; il laisse ensuite écouler le liquide de l'injection.

*Canule à demeure.* — Lorsque le kyste est multiloculaire et renferme un liquide visqueux, Boinet laisse la sonde à demeure pendant huit ou dix jours et la remplace au bout de ce temps par une canule en ivoire ou en platine pourvue d'un robinet. Sonde et canule lui servent à pousser dans le kyste des injections iodées dans lesquelles il augmente progressivement la quantité de teinture d'iode.

Barth a proposé de traverser de part en part le kyste à travers la paroi abdominale à l'aide d'un trocart qui ressortirait sur le point opposé à son entrée, et de laisser à demeure la canule, percée d'ouvertures latérales, pour laisser écouler le liquide du kyste et permettre d'y faire pénétrer des liquides modificateurs. On s'est aussi servi du séton, et Chassaignac a employé le drainage.

*Incision.* — Elle a été pratiquée pour la première fois par Ledran et depuis modifiée par différents chirurgiens, qui ont cherché à provoquer des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale. On a eu recours, dans ce but, à l'emploi des caustiques, à l'incision de la paroi abdominale faite jusqu'au péritoine inclusivement ou exclusivement et précédant de quelques jours l'ouverture du kyste, enfin à la suture.

*Excision partielle.* — L'excision partielle consiste à vider le kyste et à exciser une portion de la paroi kystique, laissant le reste dans l'abdomen et fermant par la suture la plaie de la paroi abdominale.

*Ovariectomie ou extirpation.* — Voici le manuel opératoire de cette opération qui fait tant de bruit depuis quelque temps, après avoir été en quelque sorte proscrite.

Le chirurgien et les aides doivent avoir les mains parfaitement propres, et chaque fois qu'ils les auront salies, ils les laveront soigneusement.

La malade doit être suffisamment couverte pour ne pas se refroidir pendant l'opération. Spencer Wells recouvre ses opérées d'une grande couverture en caoutchouc dans laquelle est pratiquée au

niveau de l'abdomen une large ouverture dont les bords s'appliquent sur la paroi abdominale; les malades sont ainsi garanties du contact du sang et du liquide du kyste.

Le chirurgien, placé à droite de la malade, sectionne la paroi

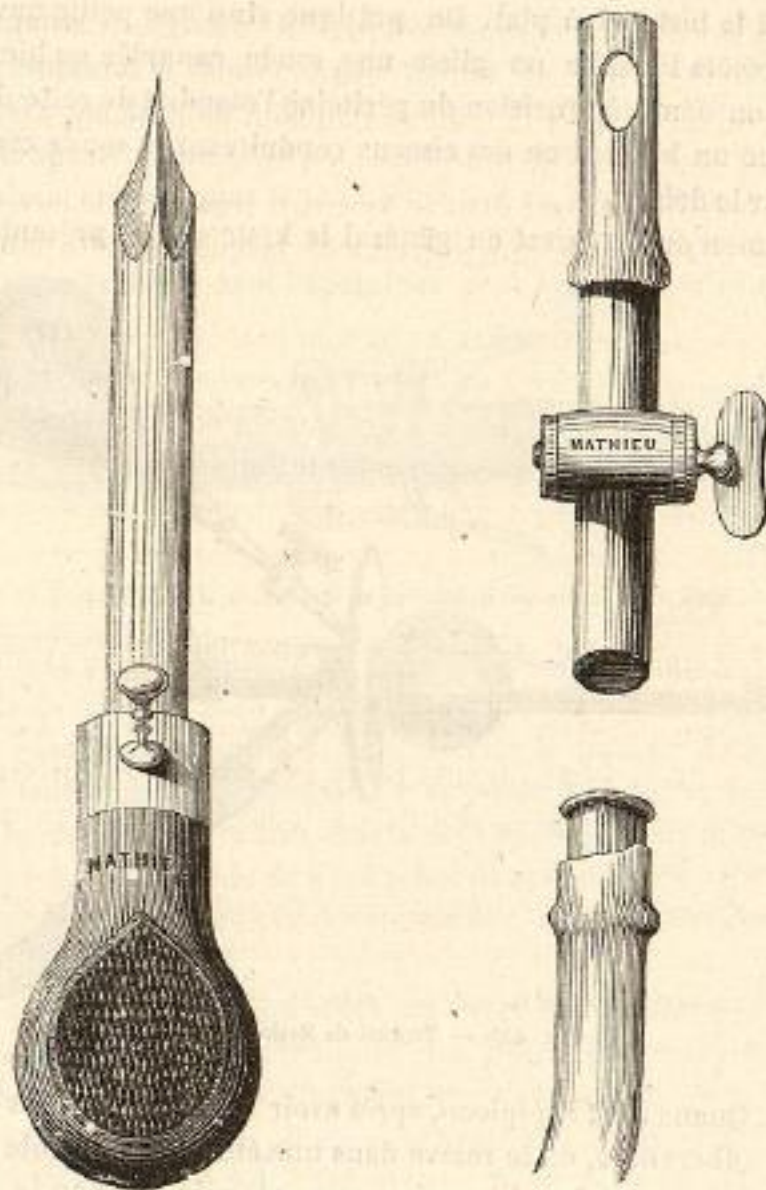


Fig. 429. — Trocart de Nélaton.

abdominale; il la divise au niveau de la ligne blanche dans l'étendue de dix à douze centimètres, les extrémités de l'incision restant à égale distance du pubis et de l'ombilic. Au besoin il agrandit la

section. On recommande généralement alors de passer en haut à gauche de la cicatrice ombilicale; Kœberlé la divise au contraire en plein.

On coupe couche par couche, et, lorsqu'on est arrivé sur le péritoine, on l'ouvre avec précaution en le soulevant avec des pinces et portant le bistouri à plat. On pratique ainsi une petite ouverture à travers laquelle on glisse une sonde cannelée ou bien le doigt, et on donne à l'incision du péritoine l'étendue de celle de la peau, avec un bistouri ou des ciseaux conduits sur la sonde cannelée ou sur le doigt.

L'abdomen ouvert, c'est en général le kyste qui se présente le

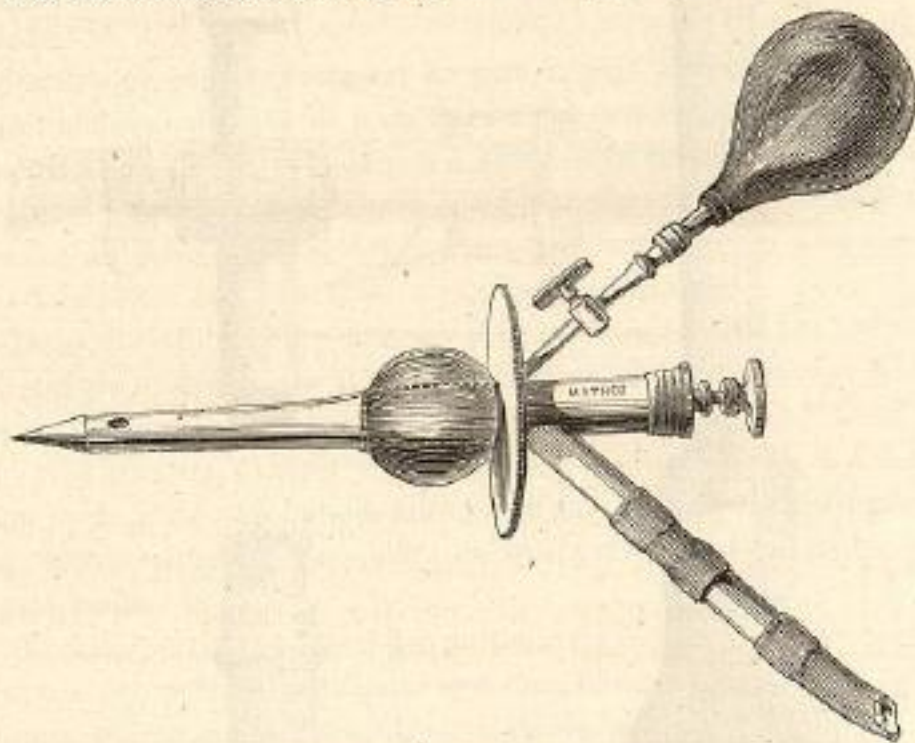


Fig. 430. — Trocart de Mathieu.

premier. Quand c'est l'épiploon, après avoir rompu ou divisé, s'il y a lieu, les adhérences, on le relève dans une étendue suffisante pour explorer la tumeur. Le chirurgien passe alors le doigt ou la main entre le kyste et la paroi abdominale pour chercher s'il y a des adhérences et les détruire immédiatement, lorsqu'elles sont peu vasculaires, peu résistantes et qu'on peut le faire sans risquer de déchirer les parois du kyste.

On en vient ensuite à la ponction. Celle-ci peut être faite avec un gros trocart ordinaire ou mieux avec un des trocarts inventés spécialement pour cette opération. Je signalerai, entre autres, celui de Nélaton, pourvu d'un ajutage avec un tube de caoutchouc pour conduire le liquide dans un récipient, d'un robinet et d'un arrêt qui empêche la canule de sortir du kyste, celui de Kœberlé, dont le poinçon fait piston dans la canule sur laquelle vient se souder un tube latéral continué par un tube en caoutchouc, et qui est muni de deux érigines pour le maintenir fixé au kyste, instrument qui a la plus grande analogie avec celui de Thompson, et enfin le trocart de Spencer Wells dont l'opérateur peut à volonté faire rentrer ou

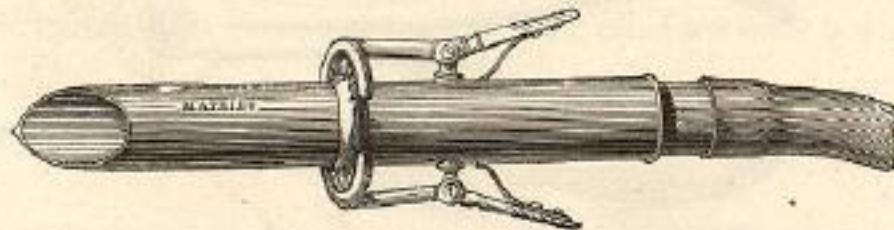


Fig. 431. — Trocart de Spencer Wells modifié par Péan.

saillir la pointe creusée d'un canal, et dont la canule porte une canule secondaire fixée à angle droit, sur laquelle s'adapte un tube en caoutchouc destiné à faire arriver le liquide dans un vase.

Il faut avoir soin, pendant l'évacuation du liquide, de maintenir les bords de l'ouverture exactement appliqués sur la canule pour empêcher le liquide de s'épancher dans l'abdomen. S'il existe un second ou plusieurs kystes volumineux, on les ponctionne successivement.

Le kyste ou les kystes vidés, on procède à l'extraction des enveloppes, c'est-à-dire, au temps le plus délicat de l'opération.

Lorsqu'il n'y a pas d'adhérences, l'extraction est la chose du monde la plus simple; il n'y a qu'à attirer le kyste à l'extérieur. Mais dans les cas où il en existe, il en est tout autrement. Il faut, si l'on peut, les diviser avec la main; dans le cas contraire, on se sert du bistouri ou des ciseaux, en coupant entre deux ligatures, ou bien du fer rouge.

Le chirurgien doit apporter les plus grands ménagements dans la division des adhérences, surtout de celles qui unissent le kyste

aux viscères ambiants, et bien se garder d'exercer des tractions qui pourraient déchirer ces derniers. Il vaut mieux, si la séparation des viscères et du kyste paraît présenter des dangers, sectionner la portion adhérente du kyste et la laisser adhérente au viscère.

On éponge à mesure avec le plus grand soin, et on arrête l'hémorrhagie, soit à l'aide de lotions avec des liquides astringents, soit en comprimant les vaisseaux avec des pinces presse-artères, soit enfin en les liant avec des fils de soie très-fine ou des fils métalli-

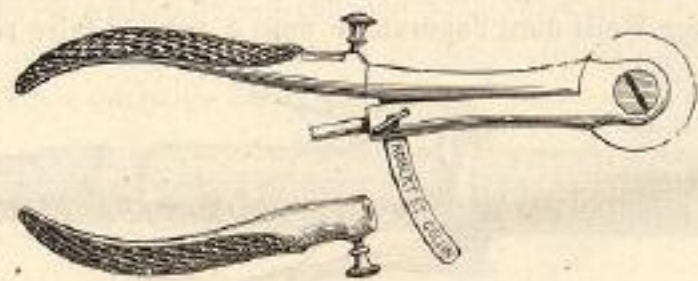


Fig. 432. — Clamp de Spencer Wells.

ques que l'on coupe au ras de la ligature ou que l'on amène entre les deux lèvres de la plaie.

Les adhérences détruites et l'hémorrhagie arrêtée, si le pédi-

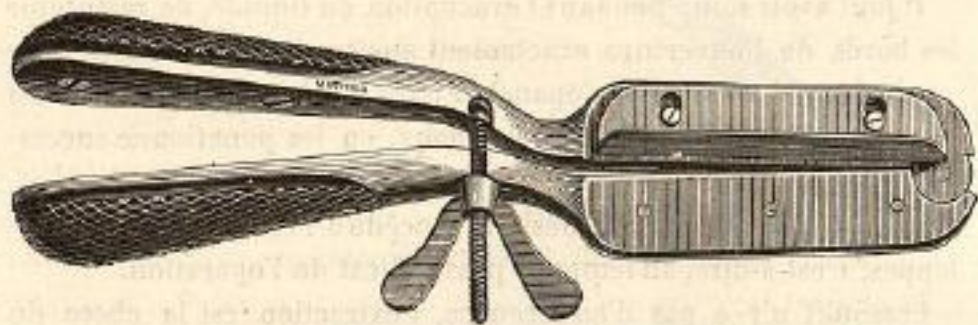


Fig. 433. — Clamp-cautère de Baker-Brown.

cule est suffisamment long, on l'amène à l'extérieur, et on le maintient appliqué entre les lèvres de la plaie, à la partie inférieure de cette dernière, à l'aide d'une sorte d'appareil compresseur désigné sous le nom de clamp. Je signalerai entre autres le clamp de Spencer Wells (fig. 432) et celui de Kœberlé (fig. 433).

Ce dernier a renoncé aujourd'hui à l'emploi du clamp. Il étroit le pédicule avec un double fil de fer recuit, et quand il est très-large, il le divise en deux portions dont chacune est étreinte par une ligature faite en fil de soie de Chine. La ligature est maintenue par un serre-nœud. Une ligature dite de sûreté, placée au-dessus de la première, permet de supprimer le serre-nœud le lendemain de l'opération. Kœberlé fixe le pédicule à l'extérieur en le traversant avec une tige d'acier qui repose des deux côtés sur la paroi abdominale.

Lorsque le pédicule est court et ne peut être amené au dehors, on l'étreint solidement avec une ligature circulaire, ou au besoin avec deux ligatures. Kœberlé se sert d'un fil métallique serré au moyen d'un serre-nœud, qu'il laisse séjourner dans la plaie

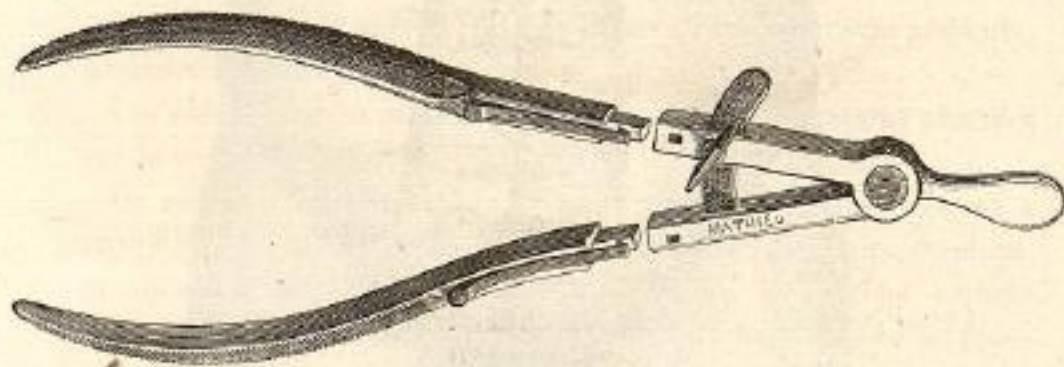


Fig. 434. — Clamp de Mathieu.

maintenue béante à ce niveau à l'aide d'un dilatateur composé de deux lames de plomb. Chacune de ces lames est formée d'une partie qui s'applique sur la paroi abdominale et d'une autre partie perpendiculaire à la précédente et destinée à s'engager dans la plaie.

La plupart des chirurgiens se contentent, en pareil cas, de serrer le pédicule avec un ou plusieurs fils de lin solides qu'ils coupent au ras de la ligature, laissant ainsi le pédicule rentrer dans l'abdomen, ou dont ils conservent les chefs qu'ils fixent dans l'angle inférieur de la plaie, suivant que le pédicule est petit ou volumineux, qu'ils ne craignent pas ou qu'ils craignent de voir survenir la suppuration.

La constriction du pédicule solidement faite à l'aide du clamp ou

de la ligature, on retranche les enveloppes du kyste à un demi-centimètre en avant. L'excision pratiquée, on procède à la toilette du péritoine, on s'assure qu'il est parfaitement sec, qu'il n'y a dans sa cavité ni sang, ni liquide kystique. S'il y en a, on les enlève avec des éponges fines.

Lorsqu'on a acquis la certitude que le péritoine est parfaitement nettoyé, qu'on a réduit les intestins s'ils étaient sortis, et réappliqué le grand épiploon au-devant d'eux, on réunit la plaie

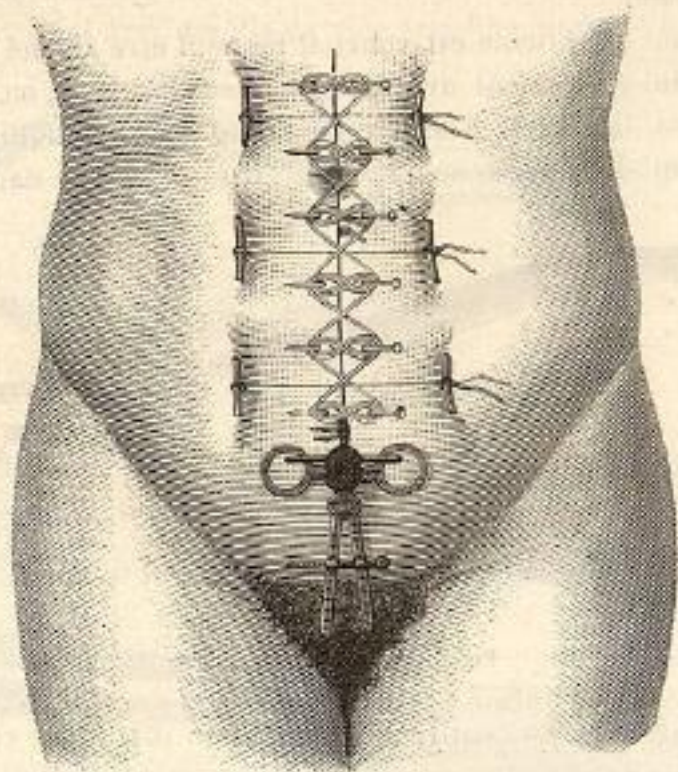


Fig. 435. — Disposition des sutures (Kœberlé).

de la paroi abdominale. On fait en général une suture profonde et une suture superficielle, se servant pour la première de la suture à points séparés, faite le plus souvent avec des fils métalliques, de la suture enchevillée, etc., et pour la seconde de la suture entortillée.

Spencer Wells fait la suture profonde avec du fil ordinaire solide. Chaque anse est engagée par ses deux extrémités dans le chas d'une aiguille; chaque aiguille traverse la paroi abdominale du

péritoine vers la peau, puis les chefs sont serrés fortement et noués sur la ligne médiane. Il rapproche la plaie de haut en bas jusques auprès du clamp.

En accolant ainsi la surface péritonéale de la plaie, on peut espérer avoir une réunion plus rapide.

Cependant Kœberlé évite de comprendre le péritoine dans la suture, de peur que les petits abcès qui se forment souvent sur le trajet des fils, s'ouvrent dans la cavité péritonéale; il se sert de la suture enchevillée. Quand il prévoit qu'il se fera un épanchement de liquide, il laisse un tube de verre à demeure dans la partie inférieure de la plaie, afin de faciliter l'introduction d'une sonde destinée à aspirer les liquides épanchés.

Quelques chirurgiens cautérisent au fer rouge la surface de section du pédicule maintenu par le clamp.

Pour prévenir la putréfaction de la partie extérieure du pédicule, Kœberlé l'enduit de perchlorure de fer.

Les chirurgiens anglais recommandent des applications chaudes sur le ventre de l'opérée.

On enlève généralement la suture superficielle au bout de six à sept jours. La suture profonde doit rester plus longtemps en place, et on retire généralement les fils un à un et avec un certain temps d'intervalle entre chaque ablation. Kœberlé enlève les épingles de la suture entortillée superficielle dix ou vingt heures après l'opération et leur substitue des filaments de charpie imprégnés de collodion. Il enlève la suture profonde le troisième ou le quatrième jour, et il la remplace par un bandage unissant fait avec des cordons de coton fixés par du collodion.

Quand du pus s'accumule dans le bassin à la suite de l'opération, on peut lui donner issue à travers le cul-de-sac postérieur de l'utérus, ou mieux l'aspirer, comme le fait Kœberlé avec une sonde introduite dans un tube placé à la partie inférieure de la plaie.

En somme la thérapeutique des kystes de l'ovaire se résume en trois opérations, ponction, injection iodée, ovariectomie. Je ne parle pas de la canule à demeure, du drainage, du séton et de l'incision qui ont le tort immense de faire courir aux malades les dangers d'une longue suppuration, ni de l'excision partielle qui est tout aussi dangereuse.



La ponction simple, en général peu dangereuse, ne guérit presque jamais.

La ponction suivie d'injection iodée n'est sérieusement applicable que lorsqu'on a affaire à un kyste uniloculaire et dont le contenu n'est pas fortement albumineux. Quand le liquide renferme une forte proportion d'albumine, l'injection est inefficace.

Les kystes multiloculaires, les kystes à contenu gélatineux, les kystes à contenu liquide, mais fortement albumineux, ne peuvent être guéris que par l'ovariotomie.

Mais avant de pratiquer cette opération, il faut s'assurer que la malade aura la force de la supporter, et rechercher autant que possible si on ne tombera pas sur ces adhérences nombreuses et étendues qui ont quelquefois forcé le chirurgien à laisser l'opération inachevée.

§ 5. **Sein.** — **ABCÈS DU SEIN.** — Je ne veux pas entrer ici dans la discussion des différents modes de traitement applicables aux abcès du sein. Je rappellerai seulement que lorsqu'on ouvre avec l'instrument tranchant des abcès du sein au voisinage ou au niveau de l'auréole, pendant la période de la lactation, il faut, pour éviter de diviser transversalement les conduits galactophores, inciser ces abcès suivant la direction des conduits, c'est-à-dire, en suivant les rayons qui se portent de la périphérie du sein au mamelon.

**TUMEURS DU SEIN.** — Les tumeurs solides du sein sont attaquées le plus souvent avec l'instrument tranchant. La peau sera ou non sacrifiée, selon qu'elle participe ou ne participe pas à la lésion. Du côté des parties profondes, il faudra avoir le plus grand soin, dans le cas de tumeur maligne, d'enlever tout tissu suspect. Les incisions sont le plus souvent dirigées obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, c'est-à-dire, suivant la direction du plus grand diamètre du sein. Lorsqu'on sacrifie une partie de la peau, ce qui est presque de règle dans le cas de tumeur maligne, on interceptera la tumeur entre deux incisions circonscrivant une ellipse dont le grand axe présente la direction que je viens d'indiquer.

La malade doit, pour cette opération, être couchée sur le côté sain; un aide écarte le bras du côté malade, et le chirurgien se place entre ce bras et la poitrine. Pour enlever la mamelle tout entière ou une grande partie de la mamelle, il la circonscrit, comme

je l'ai dit, entre deux incisions elliptiques, en commençant par l'incision inférieure; puis il dissèque la partie profonde de la glande. Comme on n'intéresse guère en général de vaisseaux volumineux, on peut faire appliquer les doigts d'un aide sur ceux qu'on divise et attendre la fin de l'opération pour en pratiquer la ligature.

Lorsqu'il existe des ganglions participant à l'altération qui constitue la tumeur, on prolonge les incisions jusque dans la région axillaire pour extirper ces ganglions, extirpation qui réclame les plus grandes précautions, en raison de leurs rapports avec les gros vaisseaux axillaires. Il faut les énucléer avec un instrument mousse ou avec les doigts, ou bien, avant de les détacher, appliquer une ligature sur le pédicule par lequel ils se continuent avec les parties voisines.

Lorsqu'on n'a pas de ganglions axillaires à enlever, on peut recourir à la cautérisation en flèches.

L'écrasement linéaire est ici d'une application peu avantageuse.

FIN.