

ponction, une hémorrhagie du kyste, une torsion du kyste, un iléus, nécessitera d'urgence l'ovariotomie. »

Ces conclusions sont fort sages. Toutefois, Pozzi note avec raison que « les résultats cités par Rémy sont aujourd'hui bien améliorés. Sur 56 cas opérés par L. Tait, Spencer Wells et Schröder, il y a une seule mort. Dans l'immense majorité des cas la vie du fœtus est sauvegardée et la grossesse continue », si bien qu'à l'heure actuelle, on peut dire que la ponction doit presque toujours céder le pas à la laparotomie. Ajoutons que l'ovariotomie donne son maximum de succès quand elle est pratiquée dans les cinq premiers mois de la grossesse. « L'intérêt de la mère, dit Schröder (1), exige que l'opération soit faite dans les premiers mois » et, fait important, il ajoute que : « la vie de l'enfant n'est guère plus menacée que si l'on se bornait à attendre ».

Aujourd'hui, l'étude attentive et consciencieuse des faits, les résultats obtenus dans les cas d'intervention permettent d'aller plus loin. Pour Pinard, tout kyste de l'ovaire diagnostiqué pendant l'état puerpéral (grossesse, accouchement, suites de couches) commande l'intervention.

Ovariectomie. — Une première question doit être ici résolue : faut-il oui ou non ponctionner toujours les kystes de l'ovaire avant de songer à leur ablation? Ce point de pratique a suscité bien des controverses et partage encore les chirurgiens. A la vérité, les consciencieuses recherches de Spencer Wells (2) lui ont permis d'établir qu'une ou plusieurs ponctions antérieures n'aggravent pas la mortalité consécutive à l'ovariotomie, qu'elles n'augmentent pas les difficultés de l'opération et que leur influence est négligeable dans la pathogénie des adhérences périkystiques. Toutefois, plusieurs chirurgiens le pensent à juste titre, la ponction ne saurait être considérée comme une manœuvre toujours innocente. Des observations indiscutables, Kiwisch les a relevées en grand nombre, établissent que la ponction peut être le point de départ d'accidents inflammatoires sérieux par suppuration du kyste ou par effraction de son contenu dans la cavité péritonéale; il y a même des cas de mort immédiate après ponction, par piqûre d'un vaisseau important de la paroi kystique. Spencer Wells lui-même en a mentionné un exemple. Or, comme il est, d'une part, nombre de cas dans lesquels la ponction n'est pas indispensable au diagnostic et ne saurait modifier les indications d'une laparotomie, comme il est, d'autre part, établi que le champ d'action de la ponction curative se rétrécit de jour en jour, pourquoi préconiser invariablement cette manœuvre préliminaire? Pour ma part, je ne le comprends pas, et dans maintes circonstances je n'ai eu qu'à me louer de mon abstention. Aussi bien suis-je partisan convaincu de l'opinion à laquelle Terrier (3) s'est peu à peu rallié : pour lui, « considérer la ponction comme un crime est absurde (Stilling), mais regarder son abstention comme une faute grave (S. Duplay) nous paraît une exagération.... Nous conseillons donc la ponction dans tous les cas où elle peut être de quelque utilité, soit pour soulager les malades, soit pour assurer le diagnostic ». En dehors de ces conditions précises, il est parfaitement inutile d'exposer les malades aux inconvénients possibles de la ponction et, le diagnostic une fois posé, c'est à l'ovariotomie qu'il faut immédiatement recourir.

(1) SCHRÖDER, *Maladies des organes génitaux de la femme*. Trad. franç., 8^e édit. Paris, 1886, p. 454.

(2) SPENCER WELLS, *Loc. cit.*, p. 179.

(3) TERRIER, *Revue de chir.*, 1884.

Dans la pratique de cette opération, il est un certain nombre de précautions indispensables à prendre si l'on veut éviter tout mécompte, ce sont : la bonne préparation de la malade, le choix du lieu de l'opération, la sévère détermination du rôle de chacun des assistants, la surveillance rigoureuse des préparatifs portant sur les instruments, les pièces de pansement et le matériel nécessaire à l'application de l'antisepsie (1). Cette simple énumération doit suffire à ceux qui possèdent quelque expérience de la chirurgie abdominale, et du reste ce n'est point ici le lieu d'insister davantage. Le manuel opératoire et les soins consécutifs m'arrêteront seuls un instant.

Quand la tumeur ovarienne est petite, voire même de moyen volume et très accessible dans l'un des culs-de-sac, on peut, avec certains avantages, pratiquer l'ovariotomie par la méthode vaginale.

L'opération *par le vagin* pratiquée pour la première fois par Atlee pour l'exirpation d'un kyste dermoïde suppuré, remise en honneur par Battey, en 1869, fut longtemps délaissée au profit de la voie abdominale. Dans ces dix dernières années, Picqué, Bouilly, Richelot, Laroyenne et Condamin lui ont dû un certain nombre de succès. A l'étranger, Döderlein (2), Bumm (3), Fehling (4), Martin sont partisans de ce mode d'intervention. Martin (5) sur 151 cas n'a eu que 2 morts. Toutefois ce ne peut être qu'une méthode exceptionnelle convenant aux kystes unilatéraux de petit volume, bombant dans le cul-de-sac postérieur.

Au contraire (6), quand il s'agit de tumeurs annexielles nettement *bilatérales*, j'estime qu'il convient de les enlever par voie vaginale avec hystérectomie quand elles répondent aux deux conditions suivantes :

1^o Tumeurs atteignant ou même dépassant l'ombilic, solides ou kystiques pourvu qu'elles soient *nettement bilatérales* et *parfaitement mobiles*.

(1) Il est désormais superflu d'insister sur le soin qu'on doit apporter à la préparation des instruments, des compresses ou des éponges et des pièces de pansement. Les règles à suivre pour le lavage de la zone opératoire et des mains de l'opérateur ou de ses aides sont aussi du domaine classique. Chacun sait aujourd'hui que la condition *sine qua non* du succès en chirurgie abdominale, c'est d'être scrupuleusement aseptique.

Faut-il être en outre antiseptique? à mon avis la réponse n'est pas douteuse. Lawson Tait, Keith, Bantock ont à coup sûr de remarquables succès par la simple observation d'une excessive propreté, et mieux vaut être parfaitement aseptique que maladroitement ou imparfaitement antiseptique; mais deux précautions valent mieux qu'une, et lorsqu'on songe à la merveilleuse sécurité que l'antisepsie nous confère en chirurgie générale, lorsqu'on voit des chirurgiens tels que Spencer Wells, Thornton et la plupart de nos maîtres parisiens versés dans la pratique de la chirurgie abdominale préconiser chaudement l'application de l'antisepsie au traitement chirurgical des kystes de l'ovaire, il me semble que la réponse n'est pas douteuse. Il faut être aseptique d'abord et ne rien négliger ensuite pour être antiseptique.

Sans m'arrêter plus longuement sur les préparatifs de l'opération, je tiens à souligner plus que jamais la nécessité formelle de *compter* les éponges, les compresses et les pinces avant et après l'opération. C'est, à mon avis, le seul moyen d'éviter leur oubli dans le ventre. On sait que cet accident déplorable peut, comme l'a dit Lawson Tait, se produire facilement entre les mains les plus expérimentées. La dernière discussion de la Société de chirurgie en témoigne une fois de plus. Or, je le répète, le moyen infaillible d'éviter semblable et si cruel mécompte, c'est la *numération des objets oubliables*.

(2) DÖDERLEIN, *Centr. für Gyn.*, 1896, p. 72.

(3) BUMM, *Ibid.*, 1896, p. 514.

(4) FEHLING, *Ibid.*, 1896, p. 779.

(5) A. MARTIN, *Ueber die Entwicklung der Ovariectomie im Verlauf der letzten 20 Jahre. Therap. Monatshefte*, septembre 1898.

(6) P. SEGOND, *Des tumeurs annexielles bilatérales qu'il convient d'enlever par voie vaginale avec hystérectomie. Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1897, p. 205.

2° Tumeurs moins volumineuses et bas situées, kystiques ou solides, mobiles ou enclavées, compliquées ou non d'ascite mais nettement bilatérales.

Le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale dans de tels cas offre certaines particularités. Le *siège* des tumeurs vis-à-vis de l'utérus offre une importance de premier ordre au point de vue de la succession des temps opératoires. Tantôt, en effet, l'utérus est refoulé loin du doigt explorateur et c'est l'une des tumeurs qui bombe au fond du vagin. Tantôt, au contraire, les rôles sont renversés; les tumeurs surplombent l'utérus et celui-ci, abaissé ou non, occupe sa place habituelle. Or, dans ces deux cas, on doit procéder d'une manière différente: dans le premier, c'est à la tumeur bombant au fond du vagin qu'il faut s'attaquer tout d'abord, sans s'inquiéter autrement de l'utérus. On vide ce qui est liquide; on morcelle ce qui est solide; bref, on se fait de la place et l'hystérectomie vient ensuite soit avant, soit même après l'ablation de l'autre tumeur, à l'état de temps complémentaire fort simple. Dans le deuxième cas, il va de soi que l'hystérectomie est le temps préliminaire indispensable et, lorsqu'on s'est ainsi fait du jour, on procède à l'ablation des tumeurs en toute sécurité.

Le but de l'hystérectomie n'est donc pas le même dans ces deux ordres de faits. Lorsqu'elle est préliminaire, il est clair qu'elle est mécaniquement utile ou même indispensable à la bonne exécution de l'opération. L'utérus une fois supprimé, on a libre accès sur les tumeurs. On voit ce que l'on fait, on ne risque pas de laisser s'épancher dans le péritoine le contenu plus ou moins suspect de poches kystiques rompues ou incisées, ou de laisser en place des débris de tumeurs, en un mot, on évite les difficultés habituelles des castrations vaginales sans hystérectomie. Quand l'utérus enclavé entre deux tumeurs se présente au fond du vagin après l'ablation de l'une d'elles et qu'on s'en débarrasse pour avoir libre action sur l'autre, l'hystérectomie remplit la même indication mécanique. Elle permet des opérations qui seraient impossibles autrement et, dans tous les autres cas, elle facilite grandement l'œuvre du chirurgien; ses indications ne sont donc pas discutables. Par contre, lorsque la disposition réciproque des tumeurs et de la matrice est telle qu'on puisse et qu'on doive faire de l'hystérectomie le temps ultime de l'opération, on pourrait la considérer comme au moins inutile. Mais tel n'est pas mon avis. Aussitôt après l'ablation des masses qui le refoulaient, l'utérus retombe à sa place et fait bouchon au fond du vagin: bref, il compromet la perfection du drainage et partant la bénignité du pronostic. Pour avoir une utilité d'ordre différent puisqu'elle vise les suites opératoires et non pas l'acte chirurgical lui-même, l'hystérectomie s'impose donc ici comme un temps rationnel et tutélaire.

Quand il s'agit d'une tumeur ovarienne unilatérale volumineuse ou de tumeurs bilatérales ne répondant pas aux conditions que je viens de préciser, c'est à l'*ovariotomie abdominale* qu'il faut avoir recours.

Les temps de cette opération comprennent: l'incision de la paroi abdominale et celle du péritoine, la découverte et l'amointrissement du kyste; son ablation; le traitement du pédicule; la toilette du péritoine, la suture de la plaie et le pansement.

L'incision de la paroi abdominale doit être faite au bistouri, couche par couche et sur la ligne médiane. Les incisions latérales sont à juste titre abandonnées. L'incision doit mesurer d'abord tout au plus 8 centimètres: il est toujours temps de l'agrandir, quand la poche adhérente résiste aux tractions

après son évacuation. Pour ouvrir le péritoine, il faut le soulever avec une pince à disséquer, le ponctionner au bistouri, puis sur l'index et le médius de la main gauche introduit dans la boutonnière achever la section avec les ciseaux. La vessie doit être toujours vidée avant le premier coup de bistouri; mais, dès que le péritoine est ouvert, il faut s'assurer qu'elle ne remonte pas vers la partie inférieure de l'incision et bien veiller à ne pas la blesser.

La paroi abdominale une fois incisée, il faut laisser écouler le liquide ascitique s'il en existe et recouvrir les lèvres de la plaie avec des compresses aseptiques qui permettront de les écarter et de les manier sans inconvénient. A ce moment, on peut glisser à plat la main entre le kyste et la paroi abdominale pour reconnaître ou même détruire des adhérences pariétales possibles; mais il est bon de ne pas insister sur ces premières explorations manuelles, et ce qu'il faut, c'est procéder sans retards inutiles à la *ponction du kyste* pour en amoindrir le volume et lui permettre de passer aisément au travers de la plaie abdominale. Point n'est besoin d'employer pour cela les aspirateurs perfectionnés mais encombrants, dont beaucoup d'opérateurs font encore usage. Un trocart quelconque suffit, pourvu qu'il soit long et gros. Du reste il y a plus simple encore, c'est d'inciser directement le kyste comme le conseillent Schroeder et Lawson Tait. C'est en particulier le seul procédé pratique dans les cas de tumeurs ovariennes polykystiques avec prédominance marquée des parties solides sur les liquides, souvent même il convient alors de porter la main dans l'intérieur du kyste à la manière de Spencer Wells et de Nussbaum pour en déchirer les cloisons et faciliter l'amointrissement de la masse néoplasique. Lorsque l'évacuation du kyste est jugée suffisante, il faut en explorer les connexions et procéder prudemment à l'extraction pendant que les aides s'opposent à l'issue des anses intestinales en les maintenant avec des compresses aseptiques. Cette préservation des intestins est de la plus haute importance et c'est faire beaucoup pour le succès final que d'empêcher la masse intestinale de rester plus ou moins longtemps exposée en dehors du ventre.

L'*extraction du kyste* est l'un des temps les plus délicats de l'opération, à cause des accidents qui peuvent résulter de la déchirure des adhérences et des viscères accolés au kyste. Les adhérences qui relient parfois le kyste aux parois abdominales ne sont pas d'habitude bien difficiles à détruire, mais les adhérences qui unissent le kyste à l'épiploon et surtout aux viscères tels que l'intestin, la vessie ou le foie peuvent créer des difficultés plus sérieuses, et pour les détruire il faut en tout cas redoubler de soins et d'attention. Parfois on les déchire en s'aidant des doigts, des ongles ou d'un instrument mousse, mais, pour peu qu'elles soient vasculaires, il faut les couper entre deux ligatures. Dans certains cas, elles sont à ce point serrées que, suivant le conseil de Péan et d'Emmet, le mieux est de découper la partie correspondante de la paroi kystique et de la laisser adhérente à l'organe sous-jacent dont on évite ainsi la blessure. Lorsque, malgré toutes les précautions prises, la paroi intestinale plus ou moins altérée vient à céder sous l'influence des tractions, il convient de procéder immédiatement à l'occlusion méthodique de la déchirure, et le plus souvent il n'en résulte aucun inconvénient sérieux. Les déchirures de la vessie seront de même très méthodiquement suturées. Parmi les adhérences dont il faut particulièrement se méfier, Lawson Tait signale à bon droit les adhérences avec l'appendice iléo-cæcal.

Cette partie délicate de l'opération une fois terminée, on arrive sur le pédi-