

cule de la tumeur qu'il s'agit maintenant de détacher définitivement, puis on procède au *traitement du pédicule*. On sait qu'à l'heure actuelle le *traitement intra-péritonéal* du pédicule, c'est-à-dire la réduction du pédicule, après ablation de la tumeur, est le seul qu'on doit employer. Pour l'exécuter on a deux moyens : la *cautérisation actuelle* et la *ligature*. La *cautérisation* actuelle, conseillée d'abord par Baker-Brown, consiste à étreindre le pédicule dans les murs d'un clamp spécial dit clamp-cautère et à le sectionner très lentement à 25 millimètres des mors du clamp à l'aide d'un cautère ordinaire ou d'un thermo-cautère chauffé au rouge sombre. Cela fait, on enlève le clamp, et si l'hémostase paraît bonne le pédicule est abandonné dans la cavité abdominale. Ce procédé, malgré les succès qu'il aurait donnés, expose néanmoins aux hémorragies consécutives. J'en dirai autant des procédés plus récents d'*angioplastie* préconisés par Doyen et Tuffier. La solide *ligature du pédicule* avec des fils bien aseptiques est encore la méthode la meilleure et la plus sûre. Pour placer ces ligatures, il faut, après isolement du pédicule, le saisir avec une pince à mors parallèles, détacher la tumeur au-dessus de la pince et placer les fils au-dessous d'elle.

La nature du fil varie avec les opérateurs : les uns préconisent la soie, les autres le catgut, bien qu'il ait déjà, par sa résorption trop hâtive, occasionné plus d'une hémorragie mortelle. Avec Terrier et beaucoup d'autres chirurgiens, je pense que la *ligature en chaîne*, de Thornton, pratiquée avec de la soie plate, est la ligature de choix. Alors même que le pédicule est très grêle, il faut se garder de n'appliquer qu'une seule ligature circulaire, car celle-ci peut, à la rigueur, se dégager, après réduction du pédicule. Avec la ligature en chaîne, pareil accident n'est jamais à redouter. Lorsque le pédicule est assez grêle pour n'exiger que deux ligatures, on peut substituer au double fil de la chaîne le nœud en 8 de chiffre de Tait. Toutefois, le nœud de Lawson Tait, dont je me sers journellement en d'autres circonstances et particulièrement pour étreindre le collet du sac dans la cure radicale des hernies, ne donne pas, lorsqu'il s'agit d'un pédicule vasculaire, une sécurité aussi parfaite que la ligature en chaîne. Celle-ci est donc bien, dans tous les cas, la ligature de choix. Pour peu que le pédicule soit large, il ne faut pas hésiter à multiplier les fils. Avant de les nouer, il importe de desserrer la pince entre les mors de laquelle le pédicule est comme étalé, sans quoi la striction des fils ne pourrait être portée à un degré suffisant pour assurer l'hémostase. Les fils une fois placés, il faut égaliser la surface de section du pédicule, assurer son asepsie en la touchant avec une éponge imprégnée de liquide antiseptique, couper les fils à bonne distance des nœuds et réduire le moignon. Thornton, pour éviter les adhérences que le pédicule contracte parfois avec l'intestin, conseille de suturer l'extrémité libre du pédicule contre le ligament large. Pour ma part, je le fais toujours suivant le procédé que j'ai indiqué à propos de l'ablation des annexes par laparotomie.

La description qui précède vise les cas où le pédicule est facile à traiter, mais en nombre de circonstances, les choses sont loin de présenter autant de simplicité. Les difficultés sont en particulier très grandes, lorsque la corne utérine fait pour ainsi dire partie du pédicule et lorsque la tumeur ovarienne est, ou bien retenue par des adhérences, ou bien privée de pédicule et plus ou moins enclavée dans l'épaisseur du ligament large. Dans le premier cas, il faut s'ingénier à placer sur le bord de la matrice une rangée de sutures pratiquées

suivant la méthode de Lambert et traiter le reste du pédicule par la ligature en chaîne. On peut être ainsi conduit à placer un très grand nombre de fils sans qu'il en résulte le moindre inconvénient. Mais, il arrive aussi, lorsque l'utérus est friable, que l'hémostase soit très difficile à bien assurer et c'est alors qu'il est plus simple et plus sûr de terminer par une hystérectomie totale. Dans le deuxième cas, c'est-à-dire lorsque la tumeur est, soit retenue par des adhérences, soit enclavée dans le ligament large, il ne reste qu'un moyen de pratiquer l'ablation totale, c'est de procéder par voie d'*énucléation* à la manière de Miner (de Buffalo) (1). C'est ici le lieu de rappeler avec Lawson Tait que « tenter l'enlèvement d'une tumeur et ne pas pouvoir l'achever est la plus grave des choses » ; aussi, lorsque les adhérences ou l'enclavement rendent la pédiculisation impossible, il importe de faire appel à son expérience et de n'entreprendre l'énucléation qu'avec la certitude de la mener à bien.

On procède à l'énucléation soit avec des instruments mousses, soit encore avec les doigts. La plus grande prudence est ici nécessaire, et suivant la remarque de Terrillon (2) on veillera soigneusement à ne pas léser l'uretère. L'évacuation achevée, il s'agit de prendre une détermination relativement aux surfaces cruentées qui résultent de l'opération. Lorsque faire se peut, il est bon de les recouvrir avec le péritoine qu'on coud au-dessus d'elles. En d'autres circonstances, l'hémostase étant bien assurée et les surfaces cruentées suffisamment nettes, on peut, sans aucun inconvénient, les abandonner et laisser retomber simplement au-dessus d'elles la masse intestinale. Mais, il faut alors redouter des phénomènes de rétention et les indications du drainage abdominal peuvent devenir impérieuses. C'est aussi dans les cas de ce genre que les chirurgiens ont imaginé divers expédients opératoires pour atténuer les risques de rétention et d'infection. Péan s'est bien souvent contenté de laisser à demeure ses longues pinces hémostatiques et de les réunir en faisceau à la partie inférieure de la plaie abdominale ; on obtient ainsi de parfaits résultats.

On peut aussi, comme le conseillent Küster et Mikulicz (3), décoller à la face postérieure du kyste la plus grande étendue possible du revêtement péritonéal et fixer ce péritoine décollé à l'extrémité inférieure de la plaie abdominale. On établit ainsi une sorte de poche sous-péritonéale qu'il faut drainer ou remplir de gaze iodoformée. Lorsqu'il est impossible de conserver assez de péritoine pour le suturer à la plaie, Mikulicz remplace le péritoine absent par un sac de gaze iodoformée qu'il interpose directement entre la masse intestinale et les surfaces cruentées. Ce sac forme une sorte de « blague à tabac » dont l'ouverture correspond à la partie inférieure de la plaie abdominale et qu'on peut remplir de gaze iodoformée chiffonnée. Une ficelle amarrée au fond du sac de gaze en permet l'extraction ultérieure (4). Dirai-je enfin que, pour éviter les adhérences intestinales qui se produisent parfois à la suite de ces laparotomies laborieuses et qui peuvent être la cause d'accidents d'étranglement et d'obstruction, Müller (de Berne) (5), a conseillé d'injecter dans la cavité abdominale jusqu'à 2400 grammes d'une solution stérilisée à 7 pour 100 de chlorure

(1) MINER (de Buffalo), *Intern. med. Congress*, 1876, p. 85.

(2) TERRILLON, *Revue de chir.*, 1884, p. 111.

(3) KÜSTER et MIKULICZ, *Verhandl. der deut. Ges. für Chir.* Berlin, 1886, p. 187 et suiv.

(4) S. POZZI, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 205.

(5) MÜLLER, *Comptes rendus du 1^{er} Congrès tenu à Munich, par la Soc. de gyn. allemande.* *Ann. de gyn.*, sept. 1886, p. 190.

de sodium destinée à maintenir l'écartement réciproque des anses intestinales.

Ces procédés, et beaucoup d'autres que je passe sous silence, n'ont en définitive aucune portée générale; ils ne sont point sanctionnés par l'expérience et, du reste, les difficultés de l'ovariotomie par énucléation sont trop variées pour qu'il soit raisonnable de leur opposer un procédé opératoire unique. Ce qu'il faut savoir, c'est qu'en dépit des artifices opératoires imaginés jusqu'ici il est des cas où l'ablation des tumeurs ovariennes est impossible, sous peine de se laisser conduire à des délabrements mortels. C'est alors qu'il faut résolument opter pour l'ablation dite *incomplète*, réséquer la plus grande étendue possible du kyste, et fixer aux lèvres de l'incision abdominale le bord de la portion restante du kyste, en prenant les dispositions nécessaires pour que son drainage ultérieur soit parfait et permette la cicatrisation par voie suppurative. On sait que dans cette manœuvre il importe d'assurer l'affrontement exact du péritoine pariétal et du péritoine qui recouvre la portion du kyste qu'on fixe à la paroi. Lorsque la circonférence de section de la poche est trop étendue, il faut, comme le figurent Hegar et Kaltenbach⁽¹⁾, lui faire un pli dont on suture hermétiquement les lèvres et qui permet de réduire l'orifice de la cavité à des dimensions convenables. Dans les cas de ce genre, Terrier⁽²⁾ conseille en outre de placer des ligatures perdues sur les pédicules probables de la tumeur. Ces *ligatures atrophiantes*, dont Freund (de Berlin) paraît avoir eu l'idée, sont très rationnelles et méritent à l'avenir d'être sérieusement essayées. On peut encore, imitant la pratique de Martin, introduire un tube en croix par le fond de la poche dans le cul-de-sac postérieur du vagin et suturer exactement cette poche au-dessus du tube du côté du péritoine.

Ce procédé d'ablation incomplète, dit de suppuration, a été surtout préconisé par Clay, Spencer Wells, Péan et Terrier, et c'est à lui qu'on doit toujours recourir lorsqu'il est impossible de terminer une ovariotomie. D'autres chirurgiens ont, à la vérité, suivi des procédés différents, se contentant soit de refermer la paroi abdominale après avoir ponctionné ou excisé partiellement la tumeur, soit encore de pédiculiser plus ou moins parfaitement les parties restantes du kyste pour les fixer à l'extérieur comme un pédicule ordinaire. Mais, on le conçoit, en supposant que la guérison opératoire soit ainsi obtenue, les choses n'en restent pas moins en l'état, et l'intervention, malgré sa haute gravité, n'a pas eu plus d'effet qu'une simple incision exploratrice. Tout autre est évidemment le procédé dit de suppuration, puisqu'il peut, avec une intervention incomplète, donner cependant une guérison complète. Dans quelle proportion ce résultat heureux peut-il être obtenu? il est difficile de le dire d'une manière absolue, car, suivant la très juste remarque de Terrier⁽³⁾, les résultats varient beaucoup suivant la nature du kyste, et voici comment il faut juger cette question: « Lorsque le kyste est uniloculaire, tels sont les kystes séreux du ligament large et les kystes dermoïdes, le résultat peut être excellent et la cavité kystique finit par se combler entièrement.... Le même résultat est possible dans certains kystes multiloculaires au point de vue clinique, mais qui ne sont autres que des kystes multiloculaires pour les anatomo-pathologistes.... Quand le kyste est multiloculaire, lorsque les parois kystiques offrent des

⁽¹⁾ HEGAR et KALTENBACH, *Traité de gynécologie*, 1885, p. 210.

⁽²⁾ TERRIER, *Revue de chir.*, 1886, p. 169.

⁽³⁾ TERRIER, *Résultats fournis par l'ablation incomplète des kystes de l'ovaire*. *Revue de chir.*, 1881, t. I, p. 625.

végétations, les résultats sont très médiocres. La tumeur tend incessamment à récidiver, la fistule abdominale persiste indéfiniment, enfin la suppuration interminable expose à la septicémie chronique et à l'épuisement.... Notons enfin, et cela dans les cas de kystes uni- ou multiloculaires, la possibilité du développement rapide d'une tumeur déjà préexistante sur l'ovaire qui n'a pas été touché et dont l'état n'a pu être vérifié au moment de l'opération. » Toutes ces manœuvres exigent beaucoup de patience et de temps. On n'oubliera pas que la célérité de l'opérateur est pour beaucoup dans le succès final. Il faut opérer sûrement; mais *il faut opérer le plus vite possible*, et c'est à juste titre que Lawson Tait, Schröder, Kœberlé, Péan, Terrier se déclarent partisans résolus des opérations rapidement conduites. Toute opération péritonéale qui dure plus d'une heure acquiert par cela seul un degré spécial de gravité (Pozzi). Pendant les manipulations souvent prolongées que nécessite l'ablation des tumeurs ovariennes, on se souviendra qu'il faut à tout prix bien protéger l'intestin. Les aides réalisent le mieux possible cette protection avec des éponges ou des compresses aseptiques et chaudes, mais ce qui est mieux encore c'est, lorsque la chose est possible, de limiter l'incision abdominale par une suture d'attente et de ne conserver que l'écartement voulu pour manœuvrer à l'aise au niveau du champ opératoire.

Quel que soit le procédé d'ablation imposé par les connexions de la tumeur ovarienne, il faut, pour terminer l'opération, *explorer l'autre ovaire* et l'enlever s'il y a lieu; *assurer l'hémostase*; placer des ligatures perdues sur tous les points susceptibles de donner du sang et toucher avec le thermo-cautère les surfaces saignantes qui ne permettent pas la ligature. Il est même certaines hémorragies en nappe de la séreuse pariétale qui exigent l'acupressure à l'aide d'une longue aiguille (Spencer Wells, Hegar). On doit ensuite faire la *toilette péritonéale*, *fermer la plaie abdominale*, établir le *drainage* dans les cas exceptionnels qui le nécessitent et placer le *pansement*.

L'exploration de l'autre ovaire doit être faite avec le plus grand soin, et s'il offre la moindre altération il faut l'enlever. De Sinéty⁽⁴⁾ fait observer que cette question n'est pas toujours facile à résoudre cliniquement; car il a eu « l'occasion d'examiner des ovaires peu augmentés de volume qui présentaient déjà les lésions du kyste ovarique et auraient été très probablement le point de départ d'une récidive si on les avait laissés en place; tandis que d'autres, beaucoup plus volumineux, ne portaient aucune production néoplasique ». Dans les cas douteux, ce qu'il faut retenir, c'est qu'il vaut beaucoup mieux enlever un ovaire sain que de laisser en place un ovaire dont on aurait méconnu les altérations. Si la tumeur ovarienne coexiste avec une autre tumeur, avec un fibrome utérin par exemple, la conduite à suivre est variable: Schröder conseille l'ablation simultanée du fibrome utérin et du néoplasme ovarien; Lawson Tait, dont les opinions sur le rôle de la castration dans le traitement des fibromes utérins sont bien connues, pense qu'on doit se borner à l'ablation bilatérale des annexes. Hegar est du même avis. Pour mon compte, la question me semble devoir être jugée de la manière suivante: il faut *toujours* pratiquer l'hystérectomie abdominale totale par le procédé américain.

La *toilette péritonéale* doit être faite avec une attention méticuleuse, sans violence, mais très complètement. Pour ce faire, on inspecte soigneusement

⁽⁴⁾ DE SINÉTY, *Loc. cit.*, p. 744.