

tous les replis de la séreuse et les parties déclives sont épongées avec soin. Quant au *lavage du péritoine*, dont on a dit tant de bien au début, il présente à coup sûr des inconvénients et ne trouve guère ses indications raisonnables que dans les cas compliqués de suppuration, d'adhérences, de rupture ou de péritonite. Le manuel opératoire est fort simple : une canule de verre étant mise en communication avec un vase de cristal rempli d'eau stérilisée chaude, on porte son extrémité dans le cul-de-sac de Douglas et on laisse couler le liquide, qui remplit bientôt la cavité abdominale, baigne les intestins et ressort par la plaie entre les cuisses de la malade. Cette irrigation doit être continuée jusqu'à ce que la limpidité du liquide ne laisse plus rien à désirer. On peut être ainsi conduit à injecter jusqu'à 20 ou 50 litres d'eau.

La toilette péritonéale terminée, on procède à la *suture de la plaie abdominale*. Le mode de suture varie avec les chirurgiens : les uns conseillent les fils de soie, les autres les fils d'argent. Le mode de placement des fils est à son tour l'objet de quelques divergences. On sait que la suture à plans superposés avec surjets de catgut abandonnés dans la plaie tend à prévaloir sur toutes les autres. On obtient ainsi des cicatrices très solides, et quand l'affrontement parfait de toutes les couches de la paroi abdominale semble difficile, c'est bien là le procédé de choix. En revanche, quand l'affrontement se fait bien, je pense que la suture à points séparés, faite avec des fils d'argent, est la plus simple et la meilleure. Les anses de fil doivent comprendre la totalité de la paroi abdominale, y compris le bord du péritoine, et lorsqu'ils sont placés avec soin, la réunion qu'ils donnent ne le cède en rien comme solidité à celle que procure la suture par étages, qui est, en revanche, plus longue et plus compliquée. Pour que l'affrontement de la peau soit parfait, quelques points de suture superficiels sont le plus souvent nécessaires. Pendant qu'on place les fils, on aura le soin de protéger la masse intestinale par une large éponge plate qu'on retire lentement au moment de serrer les fils.

Le *drainage* est un pis-aller dont il faut, autant que possible, restreindre l'usage. Dans les cas où l'hémostase et la toilette péritonéale ne laissent rien à désirer, le drainage est nettement contre-indiqué ; mais il est certains cas graves et rares dans lesquels l'étendue des adhérences et la gravité des manœuvres qu'elles nécessitent peuvent exposer à l'accumulation et à la rétention des liquides septiques dans les parties déclives de l'abdomen ; le drainage rend alors de réels services. Voici comment Hegar et Kaltenbach en prescrivent les indications : « Si l'hémostase est incomplète, si les éponges, huit à dix fois introduites dans la cavité de Douglas, ont toujours été retirées imbibées de sang, si le sang se trouve mêlé à des masses épaisses venues du kyste, si la plaie péritonéale est considérable ; si le tissu cellulaire sous-séreux est largement ouvert, le drainage nous paraît indiqué. Il faut enfin, de toute nécessité, y avoir recours quand, pendant l'opération, on a vu pénétrer dans la cavité abdominale des masses septiques, du pus provenant du kyste ou bien quand, ayant blessé la vessie, l'intestin ou les uretères, on n'a pu appliquer de sutures capables de protéger la cavité séreuse contre l'irruption de matières fécales ou d'urine, ou bien quand on a été forcé d'abandonner des fragments volumineux de la paroi du kyste et des masses de tissus voués presque fatalement à la gangrène. » L'ascite n'est pas une indication formelle du drainage, et si l'ablation du néoplasme est en elle-même satisfaisante, il faut imiter la pratique de Terrier et de Périer qui ont, dans ces conditions, guéri nombre d'opérées sans recourir au

drainage. Le drainage vaginal et le drainage abdomino-vaginal réalisent, par leur déclivité, les meilleures conditions pour l'écoulement des liquides, mais ils exigent qu'on assure la parfaite asepsie du vagin par les précautions les plus minutieuses. Aussi vaut-il mieux se contenter en général du drainage sus-pubien.

Quant au *pansement*, chaque chirurgien le fait un peu à sa manière. Le plus simple est le meilleur, et je ne m'attarderai pas à décrire la pratique de chacun. L'important, l'indispensable, c'est que le pansement soit vraiment antiseptique et bien compressif. Comment certains chirurgiens proscrivent-ils la compression à la suite de l'ovariotomie ; pourquoi Fränkel, de Breslau ⁽¹⁾, par exemple, accuse-t-il les bandages de favoriser la résorption des sécrétions de la plaie ? c'est ce qu'il est difficile de comprendre. Peu importe d'ailleurs, car les avantages de la compression méthodique de l'abdomen à la suite de l'ovariotomie ne sont pas contestables. Il faut donc, à l'aide d'une épaisse couche d'ouate et d'une large ceinture de flanelle, établir cette compression avec le plus grand soin. Le pansement mis en place, la vessie est évacuée et la malade reportée dans son lit préalablement chauffé. On doit s'opposer par les moyens d'usage, boules d'eau chaude, etc., à toutes les causes de refroidissement. Les cuisses sont maintenues en demi-flexion par un coussin transversalement placé au-dessous des genoux, et le décubitus dorsal doit être sévèrement ordonné pour les premiers jours.

Les *soins consécutifs* à donner exigent beaucoup d'attention et d'expérience. Lawson Tait conseille d'agir « aussi peu que possible dans le traitement consécutif, chaque symptôme ne devant être traité que lorsqu'il apparaît », et cette conduite est fort sage. Cependant il ne faut rien exagérer et se garder d'une abstention systématique. C'est ainsi que les injections d'éther et plus souvent les injections de morphine peuvent trouver leur indication les premières pour combattre la *faiblesse* excessive et le véritable état de *collapsus* de certaines opérées, les secondes pour atténuer les *douleurs* abdominales ou lombaires si fréquentes et parfois si vives, durant les premières heures qui suivent l'opération. Parmi les moyens qui permettent de lutter contre la dépression de certaines opérées, je ne saurais trop insister sur la valeur des injections hypodermiques de sérum artificiel. Le premier jour, quelques gorgées de grog ou de champagne glacé doivent être seulement permises. Lawson Tait autorise un peu de lait le deuxième jour et s'élève avec énergie contre l'ancienne coutume de laisser systématiquement les opérées « mourir de faim pendant trois ou quatre jours ». La réflexion est juste, mais ici encore il ne faut pas être absolu. Les latitudes accordées seront progressives ; pendant trois ou quatre jours, la nourriture liquide sera seule permise, et c'est avec une extrême prudence qu'il faut ensuite et peu à peu reprendre l'alimentation solide et habituelle.

La *miction* doit être surveillée et le cathétérisme régulièrement pratiqué toutes les quatre à six heures, tant que la malade n'urine pas seule, ce qui parfois tarde plusieurs jours. L'état des *fonctions intestinales* doit être l'objet d'une attention particulière. Quelques chirurgiens attendent encore le huitième jour pour provoquer les selles et favorisent au besoin jusqu'à cette époque la constipation par les narcotiques. Cette pratique est mauvaise ; comme l'a très

(1) FRÄNKEL, *Assemblée des naturalistes allemands, section de Magdebourg. Semaine médicale*, 16 oct. 1884.

justement conseillé Lawson Tait, il ne faut jamais attendre au delà du troisième ou du quatrième jour pour provoquer les selles. Les prescriptions de Terrillon et de Pozzi sont à cet égard très recommandables. Terrillon conseillait la purgation hâtive, lente et progressive, qu'on obtient avec le calomel, l'huile de ricin ou les eaux telles que l'Hunyadi Janos. Pozzi a l'habitude d'administrer le soir du second jour un lavement composé de 6 cuillerées de vin de Bordeaux et 5 cuillerées de glycérine; si ce lavement reste sans effet pour l'évacuation des gaz, il le renouvelle pour le lendemain matin en y ajoutant 1 à 2 cuillerées de miel de mercuriale. Dans certains cas, les phénomènes de ballonnement peuvent être excessifs et fort inquiétants; il ne faut pas hésiter alors à favoriser la sortie des gaz en introduisant par le rectum une sonde appropriée. Pour des raisons analogues, il peut être indiqué de pratiquer l'aspiration et le lavage stomacal.

Lorsque tout marche à souhait, les fils sont enlevés du huitième au dixième jour avec le premier pansement, et les opérées se lèvent du quatorzième au vingt-et-unième jour. Exceptionnellement, on observe, soit l'absence de réunion des lèvres de la plaie abdominale, soit leur *désunion secondaire*, et comme conséquence l'issue des viscères avec tous les accidents qui en résultent. Il importe de bien distinguer ici les cas où le défaut de réunion est le résultat de l'inflammation septique des bords de la plaie ou du péritoine, et les cas où la désunion est d'ordre purement mécanique, et provoquée par exemple par un accès de toux ou de vomissements. Dans le premier cas, le pronostic est on ne peut plus défavorable. Dans le deuxième cas, au contraire, si l'on intervient à temps, si la réduction de l'intestin et la nouvelle suture des lèvres désunies s'opèrent avec toutes les précautions voulues, on peut très bien guérir les malades. Pour mon compte, j'ai observé une fois cet accident sur une jeune femme dont j'avais enlevé les deux ovaires pour obtenir la disparition d'hémorragies profuses et l'atrophie d'un volumineux fibrome. J'avais enlevé les fils le huitième jour, et deux heures après, sous l'influence d'un accès de toux, la plaie s'est désunie et les intestins ont fait irruption sous le pansement. Appelé en toute hâte, l'interne du service, M. Clado, a réduit les intestins, fait une nouvelle suture de la plaie, et la malade a parfaitement guéri. Cet accident est d'ailleurs rare à la suite de laparotomies. Je pense qu'on doit particulièrement s'en méfier lorsqu'on laisse en place dans la cavité abdominale une tumeur d'un certain volume, mais, dans la très grande majorité des cas, la réunion par première intention ne laisse rien à désirer et, comme je le disais plus haut, on peut sans crainte enlever les fils du huitième au dixième jour. Il faut encore soutenir la cicatrice avec une *ceinture hypogastrique* bien faite et recommander aux opérées d'en continuer longtemps l'usage. Au bout d'un an ou deux, la ceinture hypogastrique peut être laissée de côté si la cicatrice paraît bien solide; mais, pour peu que sa résistance inspire des doutes, il ne faut pas craindre d'en prolonger l'usage.

Les principales complications qui peuvent réclamer une intervention spéciale ou compromettre la vie des opérées à la suite de l'ovariotomie sont les vomissements, les hémorragies secondaires, l'élévation de la température, la péritonite, la septicémie et le shock.

Les vomissements du premier jour ne sont pas inquiétants et doivent être mis sur le compte du chloroforme. Mais, s'ils se prolongent et surtout s'ils repaissent vers le deuxième ou troisième jour, après avoir disparu, ils prennent

une valeur pronostique bien différente, et doivent immédiatement éveiller l'idée de péritonite. Lorsqu'il se produit des hémorragies secondaires au niveau du pédicule et des adhérences, il ne faut pas hésiter à ouvrir le ventre pour lier les vaisseaux qui donnent. Ces hémorragies surviennent soit le premier jour, soit plus tard du huitième au douzième jour. Il est parfois difficile de les distinguer d'une septicémie aiguë avec exsudat péritonéal. Mais les difficultés du diagnostic ne sauraient entraver l'action chirurgicale, car, suivant l'assertion d'Hegar, « on est parfaitement autorisé, dans cette dernière alternative, à ouvrir la paroi abdominale, dans le but de pratiquer le drainage ».

En cas d'élévation thermique exagérée, quelques chirurgiens étrangers conseillent l'application du froid. La calotte de glace de Thornton, le petit lit de Kibbee, surtout employé par G. Thomas, les spires de tube en caoutchouc préconisées par Emmet, les tuyaux d'étain accouplés de Krohn et Sesenan (de Londres), ont été imaginés dans ce but. Mais ces procédés divers de réfrigération n'ont pas fait fortune parmi nous. A la suite de l'ovariotomie, on ne voit plus comme autrefois des températures de 40 à 41 degrés. Toutefois, si la température dépasse 38,5, si elle se maintient à des chiffres élevés, il faut craindre les complications péritonéales ou septicémiques et, dans ces cas, ce n'est malheureusement pas la réfrigération qui peut sauver les malades. Hegar et Kallenbach le disent avec raison : « Une température qui, pendant les trois premiers jours, dépasse 39 et 40 degrés, est presque toujours due à une infection septique, exceptionnellement à la présence d'une inflammation circonscrite. Dans ce dernier cas, on doit toujours songer à la possibilité d'une accumulation de liquide dans le cul-de-sac de Douglas. Si la température s'élève seulement du cinquième au huitième jour, il faut songer à une suppuration se produisant dans les téguments abdominaux, tandis que si elle se produit plus tard revêtant d'abord le type continu, puis ensuite le type rémittent, elle est habituellement due à la présence de noyaux inflammatoires intrapéritonéaux et enkystés, ou bien à la formation d'un abcès. » Un phénomène autrement important que l'élévation thermique, c'est la fréquence du pouls. Lorsque le nombre des pulsations dépasse 120 par minute, alors même que la température demeure basse, il faut redouter le développement d'une péritonite septique.

Lorsque surviennent des accidents de péritonite ou de septicémie, on aura recours aux moyens d'usage et l'on sait combien la thérapeutique est impuissante dans les cas de ce genre. Aussi faut-il accueillir favorablement la pratique des chirurgiens qui, dans ces conditions vraiment désespérées, ne craignent pas de réouvrir le ventre pour pratiquer des lavages abondants de la séreuse. Les quelques succès qui semblent avoir couronné ces tentatives doivent être pris en considération. Il faut néanmoins se garder de les accueillir avec trop d'enthousiasme. Schröder repousse l'ouverture du ventre et le drainage comme moyen de conjurer les accidents septiques. Hegar et Kallenbach ne pensent pas que « dans les cas d'accidents diffus la mort ait été jamais conjurée par cette décision héroïque ». Si les indications du lavage sont encore discutables dans les cas précités, la même réserve n'est plus de mise lorsque les phénomènes d'exsudation péritonéale semblent se localiser pour former un foyer circonscrit. Dans ce cas, comme le disent Hegar et Kallenbach, « on voit se produire des signes de résorption putride dès les premiers jours : élévation de la température, vomissements, sécheresse de la langue et même délire; mais