

canule du trocart, afin de provoquer des adhérences du kyste avec la paroi abdominale, puis une fois ces adhérences produites, on agrandira l'ouverture pour y introduire des tubes de plus fort calibre. Si l'on veut opérer par la paroi antérieure de l'abdomen, on fera bien de se servir de la double ponction de SIMON, ou mieux encore du procédé décrit § 40, et qui consiste à inciser préalablement la paroi abdominale à l'endroit où l'on ouvrira plus tard le kyste, et à tamponner la plaie avec de la gaze de Lister chiffonnée. Le traitement consécutif consistera dans des lavages répétés de la cavité kystique avec des solutions désinfectantes, dans le but d'empêcher que la malade ne succombe aux conséquences de la suppuration.

Il nous reste à mentionner un procédé basé sur le fait d'observation que des kystes uniloculaires ont parfois guéri à la suite de la rupture de leurs parois et de l'épanchement de leur contenu dans la cavité péritonéale. La proposition de TILT d'ouvrir le kyste en quelque sorte par la voie sous-cutanée à l'aide d'un ténotome, a été mise à exécution pour la première fois par MAISONNEUVE, mais sans succès. Plus tard SIMPSON, après avoir incisé les parois abdominales, chercha à établir, à l'aide d'un trocart quadrangulaire, une grande fistule kysto-abdominale permanente; puis ayant trouvé ce moyen insuffisant, il adopta le procédé de BLANDELL consistant à exciser une portion de la paroi kystique, procédé que SPENCER WELLS a conseillé récemment pour certains cas bien déterminés, à savoir pour les *kystes uniloculaires à contenu aqueux, mal pédiculés ou à insertion si étendue que l'on ne peut songer à une extirpation d'après la méthode habituelle*. Le plus souvent il s'agit sans doute alors de *kystes parovariques*. Après avoir incisé la paroi abdominale, on enlève une portion de la paroi kystique, d'environ 3 centimètres de diamètre, on lie avec soin tous les vaisseaux qui donnent du sang, puis le kyste étant vidé, on le fait rentrer dans la cavité abdominale. Les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour permettre de juger la valeur de l'excision partielle de la paroi kystique.

§ 45. — Il résulte de cet exposé que les procédés décrits jusqu'ici ne peuvent avoir qu'une action palliative chez les malades atteintes de kystes multiloculaires de l'ovaire; quant aux autres formes de kystes, on ne peut en espérer la guérison que dans des conditions bien déterminées. Ainsi certains kystes uniloculaires peuvent être traités avec avantage par les injections iodées, tandis que dans les cas de suppuration de la cavité kystique, l'incision et le drainage se trouvent parfois indiqués; mais ici encore il s'agit toujours d'une intervention grave et incertaine dans ses résultats.

MAC DOWELL a fait en 1809 la première **ovariotomie** décrite exactement, et vers 1820 il avait sur 13 opérations de ce genre obtenu 8 guérisons. Néanmoins la laparotomie pratiquée dans le but d'extirper des tumeurs de l'ovaire, trouva d'abord peu de partisans, et la cause doit en être cherchée essentiellement dans l'ignorance plus ou moins complète des causes de la péritonite qui succédait à l'opération. On ne peut nier, il est vrai, que le pronostic de l'ovariotomie ne se soit considérablement amélioré à la suite des perfectionnements apportés à la technique opératoire, tels que l'emploi des petites inci-

sions des parois abdominales (JEAFFRESON), la découverte du traitement extra-péritonéal du pédicule (STILLING) et son introduction dans la pratique (HUTCHINSON) grâce à l'invention du clamp, etc.; mais en somme les beaux résultats obtenus dans la suite sont dus essentiellement aux soins minutieux apportés dans tous les détails de l'opération, à la propreté extrême, aux précautions destinées à empêcher la pénétration de substances infectieuses dans la cavité abdominale ouverte, à l'habitude prise d'éloigner avec le plus grand soin, avant la suture de la plaie, les substances putrescibles, telles que le sang ou le contenu du kyste, qui auraient pu s'épancher dans la cavité du péritoine. C'est grâce à ces détails opératoires que les chirurgiens sont parvenus à abaisser considérablement le chiffre de la mortalité; ainsi sur 500 femmes opérées par SPENCER WELLS la mortalité n'a été que de 25, 4 0/0; et ce qui prouve combien les résultats de l'opération sont susceptibles d'amélioration, c'est que SPENCER WELLS, sur ses 100 premières opérées en a perdu 34, tandis que la mortalité est descendue à 20 0/0 dans sa dernière série de 100 opérations.

OLSHAUSEN, dans son livre, mentionne les excellents résultats de KOEBERLE et de KEITH. KOEBERLE, qui, sur 300 opérations, n'en laissa aucune inachevée et ne fit jamais d'incision exploratrice, n'a perdu que 6 malades sur 63 ovariectomies pratiquées de 1874 à 1876. La guérison a donc été obtenue dans 90 0/0 des cas. KEITH, sur 229 opérations pratiquées de 1862 jusqu'en janvier 1877, a eu 194 succès, soit 84, 7 0/0.

D'après une nouvelle statistique (THOMAS) comprenant 1638 opérations pratiquées par 25 chirurgiens, on doit admettre que, sans antisepsie, la moyenne de la mortalité à la suite de l'ovariotomie est d'environ 30 0/0.

Le progrès le plus considérable qui ait été réalisé dans l'ovariotomie, consiste dans l'application de la méthode de Lister à cette opération, et depuis que le maître en ovariectomie, SPENCER WELLS, a adopté cette méthode, il nous semble qu'à l'avenir aucun opérateur ne devrait hésiter à s'en servir. Elle permet, en outre, au chirurgien qui n'opère pas beaucoup, de tenter l'opération avec des chances de succès. Le mérite d'avoir appliqué la méthode antiseptique à l'ovariotomie revient surtout aux chirurgiens allemands (SCHROEDER, V. NUSSBAUM, etc.). SCHROEDER dans sa pratique accuse une mortalité de 14 0/0. Dans la troisième série de 100 ovariectomies de ce dernier opérateur, la mortalité n'a été que de 7 0/0.

1. LAWSON TAIT a publié dans le *Brit. med. Journ.* (mai 1886), une série de 139 ovariectomies sans un seul cas de mort. Pour les lavages il ne se sert que d'eau pure ayant bouilli. Le pédicule est lié avec un fil de soie et abandonné dans la cavité abdominale. La toilette du péritoine est pratiquée non avec des éponges, mais au moyen d'irrigations d'eau tiède pratiquées largement jusqu'à ce que le liquide s'écoule limpide. Un purgatif est administré à l'opérée dès qu'apparaissent des signes de péritonite.

(Note du trad.).

Mais les précautions mentionnées plus haut, — à savoir les soins minutieux et la propreté extrême dans le cours de l'opération, ainsi que le choix d'un local convenable et non infecté, ne sont pas seules à avoir de l'importance au point de vue du pronostic ; il faut, en outre, savoir choisir les cas qui se prêtent à une opération.

Comme l'opération elle-même donne un chiffre de mortalité encore assez élevé, on ne devra se décider à pratiquer une ovariectomie que lorsque la tumeur est devenue vraiment une cause de gêne et de souffrances pour la malade. Les tumeurs petites, s'accroissant lentement, doivent être tout d'abord exclues de l'opération. Les seules exceptions à cette règle sont fournies par les accidents particuliers signalés plus haut, à savoir l'hémorragie dans la cavité kystique, la suppuration du kyste, son enclavement dans le bassin, ou enfin par les symptômes d'iléus qui peuvent survenir chez une femme affectée d'une tumeur de l'ovaire, etc. Cependant il y a évidemment tout avantage à ne pas attendre pour opérer que la tumeur ait acquis des dimensions par trop considérables. Aussi un opérateur exercé est-il autorisé à tenter également l'extirpation de kystes d'un petit volume, après avoir exposé clairement à la malade, d'une part, la possibilité d'une terminaison mortelle à la suite de l'ovariectomie et, d'autre part, les souffrances auxquelles elle est fatalement vouée par le fait de l'accroissement ultérieur de la tumeur si elle se refuse à l'opération. Quant aux ponctions, nous les déconseillons soit à une période peu avancée du développement du kyste, soit plus tard d'une manière générale, vu qu'elles ne sont pas tout à fait dépourvues de dangers, qu'elles augmentent les difficultés de l'opération et en aggravent le pronostic.

Lorsque, chez une femme âgée, l'ovaire est le siège d'une tumeur s'accroissant rapidement, lorsque la malade présente de bonne heure et à un haut degré des signes de cachexie, et que l'on constate une tuméfaction des ganglions lymphatiques de l'aîne et du bassin, on peut diagnostiquer presque à coup sûr un carcinome, et l'on s'abstiendra d'une opération à cause du mauvais pronostic de cette dernière dans cette forme de néoplasme. De même des adhérences solides et étendues, surtout avec les parois du bassin et avec l'utérus, constituent des complications très graves, qui peuvent rendre l'opération impossible et aggraver considérablement le pronostic (voir § 53 le diagnostic des adhérences).

La grossesse n'est point une contre-indication à l'ovariectomie, mais autant que possible on aura recours alors à la ponction palliative. Dans les cas où cette dernière se trouve être insuffisante, la question de savoir si l'on doit provoquer l'accouchement prématuré (BARNES), ou tenter l'ovariectomie (SPENCER WELLS), n'est pas encore définitivement résolue. Outre SPENCER WELLS, divers chirurgiens ont dans ces derniers temps pratiqué avec succès l'ovariectomie chez des femmes enceintes. Du reste, depuis l'introduction de la

méthode antiseptique dans la chirurgie des ovaires, on peut affirmer que l'ovariectomie, d'une manière générale, doit être préférée à la provocation artificielle de l'accouchement prématuré. Un grand nombre d'opérations de ce genre ont été pratiquées avec succès, soit pour la mère, soit même pour l'enfant (SCHROEDER entre autres).

§ 46. — L'ovariectomie doit être pratiquée, autant que possible, dans un local à l'abri de tout danger d'infection, et il est bon de placer l'opérée pour le traitement consécutif dans une chambre isolée, spacieuse, pouvant être facilement aérée. Pour les opérations de longue durée il y a avantage à maintenir le local à une température relativement élevée (22 à 25 ° C), qui contribue à empêcher un refroidissement par trop considérable de la cavité péritonéale. WEGNER a insisté dernièrement sur le danger du refroidissement, et il considère l'abaissement rapide de la température du corps comme la cause de la mort d'une partie des opérées qu'on dit avoir succombé au « shock ».

L'opération sera pratiquée avec les précautions antiseptiques. Si nombre de chirurgiens, et surtout LAWSON TAIT, rejettent la méthode de Lister dans les opérations intéressant la cavité abdominale, il ne s'agit en somme que d'une querelle de mots. Les bons résultats obtenus par ces chirurgiens n'en sont pas moins la conséquence de la doctrine listérienne. Tous ceux qui ont assisté au développement de cette doctrine, savent que, dans des conditions favorables, on peut par l'asepsie simple arriver au même but que par l'antisepsie. Or jamais cette idée ne nous serait venue si Lister ne nous avait ouvert la voie et aplani les difficultés.

Les chirurgiens ne sont toujours pas d'accord sur la question de savoir si l'on doit ou non employer le spray phéniqué dans les ovariectomies. Avec beaucoup d'autres auteurs nous pensons que l'on peut parfaitement s'en passer. En tout cas on aura soin de se servir d'une solution phéniquée chaude et de ne pas faire fonctionner l'appareil pendant toute la durée de l'opération.

Tous les instruments qui pourraient être employés pendant l'opération, seront préalablement plongés dans l'eau bouillante et laissés ensuite dans une solution phéniquée (5 0/0). Les éponges ne doivent pas avoir déjà servi ; elles seront lavées avec soin et l'on fera bien de les mettre dans une solution phéniquée dès la veille de l'opération, à moins que l'on ne préfère employer, au lieu d'éponges, des tampons de gaze de Lister, comme nous le faisons toujours. Outre les instruments nécessaires dans toute grande opération, il faut avoir à sa disposition pour l'ovariectomie un trocart spécial, des pinces pour saisir le kyste (pinces de NÉLATON, de PÉAN ou celles de Strasbourg, pouvant être d'ailleurs remplacées par des pinces à crémaillère, etc.), ainsi que des instruments particuliers pour le traitement du pédicule, soit qu'il s'agisse d'une application de fer rouge, soit que, une fois la tumeur enlevée, on veuille pincer