

le pédicule dans un but d'hémostase, et le fixer dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. On peut actuellement se passer de ces derniers instruments. Pour les ligatures il est très important d'avoir à sa disposition des fils aseptiques de soie ou de catgut.

Nous parlerons de ces différents instruments, autant que nous le jugerons nécessaire, en décrivant les diverses phases de l'opération.

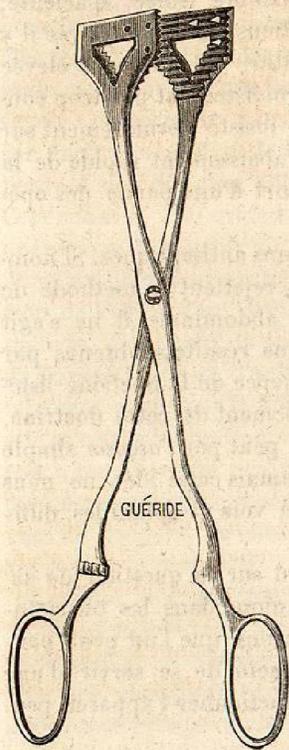


Fig. 18. — Pincés à plateau et à griffes du Dr PÉAN.

Les opérations qui intéressent la cavité abdominale, exigent plus que toute autre des soins scrupuleux d'asepsie de la part de l'opérateur, de ses aides et de tout le personnel en général. Lorsqu'une plaie opératoire qui n'intéresse pas une cavité du corps, telle que la cavité abdominale, devient le siège d'une infection légère, qui se manifeste dès les premiers jours qui succèdent à l'opération, on peut mettre fin aux symptômes infectieux par la désinfection et le drainage; par contre, à la suite des laparotomies une pareille intervention est, sinon impossible, du moins très difficile. Aussi est-il nécessaire que toutes les personnes qui prennent part à l'opération, soumettent leur propre corps et tout particulièrement les mains et les bras, aux soins de propreté les plus minutieux; en outre, il importe qu'elles n'aient pas été auparavant en contact avec des malades pouvant être une cause d'infection. Comme le danger est naturellement en raison directe du nombre des mains qui touchent la plaie, on limitera le nombre des aides au strict nécessaire. A ma clinique il est de règle que l'opérateur se charge à lui seul des manipulations nécessaires dans la cavité abdominale, et ce n'est que par exception qu'un des assistants est admis à y prendre part directement.

Pour ne pas être gêné par les anses intestinales dans le cours de l'ovariotomie, on fera bien d'assurer la vacuité de l'intestin en prescrivant à la malade une diète légère pendant les quelques jours qui précèdent l'opération, en ne lui permettant de prendre que des aliments produisant peu de gaz et de matières fécales, et enfin en ayant recours aux laxatifs. Rappelons à ce propos que le moyen le plus sûr d'empêcher la sortie des intestins dans le cours de l'opération, consiste à donner au bassin une position élevée. Grâce à ces précautions, je n'ai presque jamais eu

affaire avec l'intestin, même dans les opérations de longue durée.

La veille de l'opération on fera prendre un bain à la malade. Immédiatement avant l'incision on lavera soigneusement le ventre avec de l'eau et du savon, et on le désinfectera au moyen d'une solution phéniquée tiède. Les poils du pubis seront rasés. La malade sera placée dans le décubitus dorsal, le haut du corps légèrement relevé; la tête et les jambes seront entourées de flanelle. Une fois l'anesthésie obtenue, (SPENCER WELLS se sert de bichlorure de méthylène, et SIMS du protoxyde d'azote, ces deux substances provoquant moins souvent des vomissements que le chloroforme) on fait d'abord une incision cutanée sur la ligne médiane, en évitant les veines superficielles, incision s'étendant le long de la ligne qui réunit l'ombilic à la symphyse. Il est toujours avantageux de ne pas faire une incision trop longue, et avant tout de la terminer en bas à quelques centimètres au-dessus de la symphyse. On a soin de tendre préalablement la peau entre deux doigts ou de soulever un pli des téguments. Après l'incision de la peau vient celle de la couche sous-cutanée et de la ligne blanche. L'épaisseur de la paroi abdominale à ce niveau ne dépasse généralement pas un centimètre, mais elle peut être beaucoup plus considérable dans l'œdème ainsi que chez les personnes très grasses. Si l'on ne tombe pas d'emblée sur la ligne blanche, il n'y a pas grand inconvénient à pénétrer dans la gaine du muscle droit, entre les faisceaux de ce dernier. Après avoir divisé soit la ligne blanche, soit le feuillet postérieur de la gaine musculaire, on arrive sur le fascia transversalis et le tissu sous-séreux, où l'on rencontre de nouveau assez souvent du tissu adipeux en abondance. Ce tissu sous-séreux et le fascia transversalis sont disséqués entre deux pincés ou divisés sur une sonde cannelée. Le péritoine apparaît alors sous des aspects différents suivant les phénomènes pathologiques dont la séreuse et la cavité péritonéale peuvent être le siège. A l'état normal il se laisse facilement décoller et se présente sous l'aspect d'une membrane transparente, d'un blanc bleuâtre, laquelle fait saillie dans la plaie lorsqu'il existe en même temps de l'ascite. A la suite d'une péritonite adhésive la séreuse peut avoir contracté des adhérences, soit avec le fascia transversalis, soit avec la surface de la tumeur elle-même. Dans les deux cas on ne cherchera pas à décoller latéralement la membrane qui se présente, mais dans le doute on fera une petite incision; celle-ci ne peut avoir d'inconvénient, alors même qu'il s'agirait déjà de la paroi du kyste; en effet la soudure de cette dernière au feuillet pariétal du péritoine empêche l'écoulement du liquide kystique dans la cavité péritonéale. Un fort épaissement du péritoine peut, il est vrai, mettre le chirurgien dans un grand embarras. Après avoir légèrement incisé le péritoine que deux épingles maintiennent soulevé, on agrandit l'incision de la séreuse soit sur la sonde cannelée, soit au moyen d'un bistouri boutonné jusqu'à ce qu'elle ait la même longueur que la plaie de la paroi abdominale. Tous

les vaisseaux donnant du sang doivent être liés aussitôt ; il importe surtout que l'hémostase soit complète avant que l'on ouvre le péritoine. Pour ces ligatures on se sert ordinairement de catgut. Cependant les vaisseaux les plus importants peuvent, sans inconvénient, être liés avec des fils de soie aseptiques. On glisse ensuite deux doigts sur la surface de la tumeur afin de s'assurer s'il existe ou non des adhérences. Si l'on rencontre alors des adhérences entre la surface de la tumeur et le péritoine, on peut, lorsqu'elles ne sont pas trop solides, les détacher immédiatement avec les doigts. Mais ce décollement ne doit pas être opéré à une trop grande distance de la plaie ni avec trop d'énergie avant l'évacuation du contenu du kyste, car la rupture des adhérences et des vaisseaux qu'elles contiennent pourrait facilement donner lieu à une hémorragie assez forte que l'on ne parviendrait pas à arrêter immédiatement.

Jusqu'ici l'incision longue d'environ 8 à 10 centimètres, ne doit atteindre ni l'ombilic ni la symphyse. Suivant l'étendue des adhérences que présente la tumeur, qui est arrondie et d'un blanc bleuâtre, comme aussi suivant le volume qu'elle possède encore aussitôt après l'évacuation de son contenu, on peut juger ensuite s'il y a nécessité de prolonger l'incision jusqu'à l'ombilic ou même, à toute extrémité, jusqu'au-dessus de ce dernier, du côté gauche (faux de la veine ombilicale ou ligament suspenseur du foie !). L'évacuation du kyste doit être pratiquée à l'aide d'un trocart spécial, d'un fort calibre, et muni de crochets destinés à s'implanter dans le paroi du kyste et à empêcher l'instrument de glisser à l'extérieur. Un long tube en caoutchouc est adapté soit à un ajutage latéral de la canule, soit à un prolongement recourbé en forme de crosse de pistolet (trocart de SPENCER-WELLS). Diverses formes de trocart ont été inventées par SPENCER-WELLS, KOEBERLE, VEIT, et d'autres opérateurs. Actuellement nous pratiquons souvent sans trocart l'évacuation du kyste, surtout lorsqu'une portion de ce dernier peut être facilement attirée hors de la plaie. La pénétration dans la cavité péritonéale de petites quantités du contenu du kyste (accident que l'on n'évite pas toujours, du reste, avec la ponction), n'a pas grand inconvénient lorsque le liquide est aseptique, ce qui est la règle. Si l'on fait usage du trocart, on plonge cet instrument à l'endroit où l'on sent nettement de la fluctuation et où l'on n'aperçoit pas de vaisseaux superficiels. S'agit-il de kystes multiloculaires, on choisit d'abord, autant que possible, la poche la plus volumineuse. Si le kyste n'est pas adhérent, on peut alors, tandis que le liquide s'écoule par le tube en caoutchouc dans un vase placé à terre, attirer le kyste au dehors simplement à l'aide du trocart, ou bien on le saisit avec une pince (celle de NÉLATON par exemple) au niveau de l'orifice de la ponction, de façon à maintenir ce dernier fermé, et peu à peu on fait glisser le kyste hors de la cavité abdominale pendant que les deux mains d'un aide pressent de chaque côté de la plaie les parois de l'abdomen contre la tumeur.

dans le but d'empêcher la sortie des intestins. Dans des circonstances tout à fait favorables, on parvient à faire sortir ainsi, sans aucun incident, le kyste tout entier jusqu'à son pédicule. Mais, généralement, ce temps de l'opération n'est point aussi aisé ; l'obstacle le plus habituel consiste dans des adhérences plus ou moins étendues. Lorsque celles-ci ne sont pas trop anciennes, on réussit souvent à les rompre par des tractions modérées, tandis que l'on introduit délicatement la main ou plusieurs doigts entre le kyste et les organes auxquels il est adhérent. Dans les cas où le kyste est soudé au feuillet pariétal du péritoine, il peut arriver que l'on s'imagine avoir déjà divisé ce dernier, et que l'on détache la séreuse de la face interne de la paroi abdominale ; il faudrait alors, une

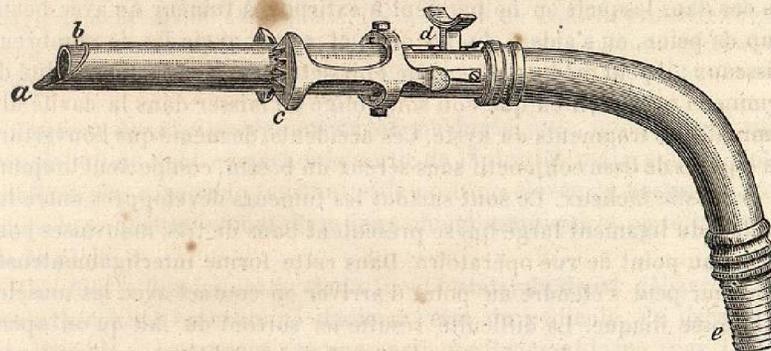


Fig. 19. — Trocart de SPENCER-WELLS pour l'évacuation des kystes de l'ovaire.

fois l'opération terminée, réunir la partie de la séreuse ainsi décollée par des points de sutures (suture du matelassier). S'il s'agit d'adhérences anciennes formées de tissu conjonctif, qu'elles soient larges ou en forme de brides, on les divisera avec le bistouri dirigé à plat contre la surface de la tumeur, ou bien on se servira des ciseaux de COOPER ; ces derniers peuvent être introduits fermés entre les parties soudées et contre la surface du kyste, ou bien on s'en sert pour diviser par petits coups les adhérences en se tenant toujours tout près de la paroi kystique. Lorsque les adhérences intéressent des organes mobiles, tels que l'intestin et l'épiploon, on n'en pratiquera la section, autant que possible, qu'après les avoir amenés à la surface, hors de la plaie abdominale. Si l'on rencontre des adhérences très solides avec le tube intestinal, il sera préférable d'abandonner avec ce dernier les couches superficielles de la paroi du kyste, sinon on court le risque de blesser l'intestin. Les hémorragies de quelque importance sont aussitôt arrêtées. Les brides épiploïques épaisses sont divisées entre deux ligatures. On se sert dans ce but de fils de soie rendus aseptiques par un séjour d'une demi-heure dans une solution bouillante d'acide phénique à 5 0/0, ou mieux encore de fils fins de