

catgut : les bouts des fils seront coupés courts. Les adhérences en forme de brides épaisses peuvent être aussi sectionnées au moyen de l'écraseur, ou bien elles seront saisies dans un clamp (CLAY) et divisées au fer rouge. Ce dernier sera aussi assez souvent employé pour arrêter les hémorragies capillaires provenant des parois abdominales, de l'intestin, de l'épiploon, de l'utérus et du foie. La section des adhérences siégeant à la surface n'offre pas de difficultés ; il n'en est pas de même des adhérences larges formées dans le grand et le petit bassin, adhérences qui, heureusement, ne sont pas fréquentes. Ces dernières sont généralement très solides et riches en vaisseaux ; en outre, dans le cours de l'opération, on s'expose à une déchirure des organes adhérents au kyste, tels que les urètres, de grosses veines, la vessie, etc., et il n'est pas rare de rencontrer des cas dans lesquels on ne parvient à extirper la tumeur qu'avec beaucoup de peine, en s'aidant du bistouri, et après avoir lié de nombreux vaisseaux ; il peut même arriver que l'on se trouve dans l'impossibilité de terminer l'opération ou que l'on soit obligé de laisser dans la cavité abdominale des fragments du kyste. Ces accidents, de même que l'ouverture des espaces de tissu conjonctif sous-séreux du bassin, comportent toujours un pronostic fâcheux. Ce sont surtout les tumeurs développées entre les feuillets du ligament large qui se présentent dans de très mauvaises conditions au point de vue opératoire. Dans cette forme interligamenteuse, la tumeur peut s'étendre au point d'arriver en contact avec les muscles de la fosse iliaque. La difficulté résulte ici surtout du fait qu'on opère sans pouvoir se rendre un compte exact des conditions anatomiques. L'opération a, du reste, peu de chances de succès, à cause de l'hémorragie et de la difficulté de l'extirpation, laquelle exige toujours un temps considérable. La pédiculisation du kyste est impossible dans ces cas. On peut, il est vrai, faciliter beaucoup l'opération en faisant à l'extrémité inférieure de l'incision longitudinale, d'un seul ou des deux côtés, des incisions transversales divisant les muscles droits. Une fois l'opération achevée, ces incisions musculaires doivent être réunies par un grand nombre de sutures. La guérison en est ainsi rapidement obtenue. Ces incisions sont à conseiller également lorsqu'on a affaire à des tumeurs volumineuses qui ne peuvent être vidées avant leur extirpation.

Le volume de la tumeur peut rendre également l'extirpation difficile, sinon impossible. Si l'on songe à la grande variété de formes des adénomes au point de vue de la production des kystes, on comprend facilement que le trocart n'amène souvent qu'une légère diminution du volume de la tumeur, alors même que par l'intermédiaire du kyste déjà évacué ou par une nouvelle ponction de l'extérieur, on vide d'autres poches remplies de liquide. En effet, dans ces cas, il s'agit le plus souvent d'adénomes formés essentiellement de petits kystes à contenu épais. Quelquefois cependant, après avoir agrandi la plaie du trocart, on réussit à introduire la main et à plonger alors de nouveau le trocart dans

une poche fluctuante, ou à déchirer les cloisons dans les cas où les kystes sont peu volumineux, de façon à diminuer les dimensions de la tumeur par la sortie des masses de tissus ainsi détruites. Mais même ce procédé a ses limites, et l'on se trouve alors obligé d'agrandir considérablement l'incision des parois abdominales si l'on ne veut pas laisser l'opération inachevée. C'est alors qu'il est de la plus grande importance d'avoir, comme nous l'avons dit, un aide chargé de maintenir la plaie fermée à côté de la tumeur et d'empêcher la sortie des intestins, surtout si la malade est prise de vomissements.

Ainsi que OLSHAUSEN le fait remarquer avec raison, le pronostic est des plus graves dans les cas où le tissu de la tumeur est tellement friable, qu'il se déchire aussitôt lorsque l'opérateur cherche à introduire la main ou quelques doigts dans la cavité abdominale. L'évacuation du kyste ne peut être obtenue alors sans une forte hémorragie, et sans qu'une certaine quantité de son contenu ne vienne souiller la cavité péritonéale.

Lorsque dans les opérations de longue durée, avec nombreuses adhérences, on ne peut empêcher la sortie de l'intestin, malgré le traitement préliminaire conseillé plus haut et la position élevée du bassin, on enveloppe le paquet intestinal d'un linge chaud aseptique et on le laisse hors de la plaie.

Une fois la tumeur sortie de la cavité abdominale et débarrassée de ses adhérences, on examine d'abord l'état du pédicule. Ce dernier est constitué le plus souvent par une partie du ligament large, par le ligament de l'ovaire et la trompe avec les vaisseaux correspondants. Le procédé à employer varie suivant la longueur et l'épaisseur du pédicule. D'après les expériences faites avant l'introduction de la méthode antiseptique, le **traitement extrapéritonéal du pédicule** que l'on serrait dans un champ destiné à comprimer les vaisseaux, semblait être le procédé le plus rationnel, car c'est celui qui offrait alors le plus de garanties contre les hémorragies ; d'autre part, les processus accidentels des plaies, lorsqu'ils affectent la surface de section du pédicule, évoluent ainsi en dehors de la cavité abdominale. Ce procédé, il est vrai, ne permet pas de réunir exactement la plaie abdominale, le pédicule se trouvant fixé entre les téguments, dans l'angle inférieur de la plaie ; mais celle-ci est fermée indirectement, grâce aux adhérences qui se produisent rapidement entre la surface de la plaie et l'enveloppe séreuse du pédicule. Bien que la méthode extrapéritonéale puisse être encore employée de nos jours avec la méthode antiseptique, cependant la plupart des enirugiens qui opèrent antiseptiquement, sont d'accord pour admettre que l'abandon dans la cavité abdominale du pédicule préalablement lié, donne actuellement de meilleurs résultats. Le pédicule lié avec les précautions antiseptiques et abandonné dans la cavité abdominale, ne saurait avoir d'inconvénients sérieux, et le danger d'hémorragie n'est certes

pas grand si l'on a soin de faire la ligature avec des fils suffisamment forts.

Dans la méthode extrapéritonéale, on procède généralement de la manière suivante : après s'être assuré qu'aucune autre partie n'est saisie avec le pédicule, on comprime ce dernier dans un clamp pouvant être fermé par un mécanisme particulier ; une fois l'instrument fixé d'une façon sûre, on pratique au-dessus l'excision de la tumeur. Dans le but d'empêcher la décomposition putride du moignon, on a l'habitude de toucher la surface de section de ce dernier avec un tampon imbibé de perchlorure de fer. Lors de la suture, le pédicule est fixé dans l'angle inférieur de la plaie, et le clamp est appliqué contre la paroi abdominale, de façon à ce qu'il ne puisse se déplacer. Le clamp doit être, avant son emploi, nettoyé avec soin et plongé dans l'eau bouillante, puis dans une solution phéniquée, comme les autres instruments.

Les clamps doivent être construits de façon à ne pas couper et à agir régulièrement sur toute leur surface comprimante. Diverses formes de cet instrument ont été imaginées par un certain nombre de chirurgiens. Nous donnons ici le dessin du nouveau clamp de SPENCER-WELLS.

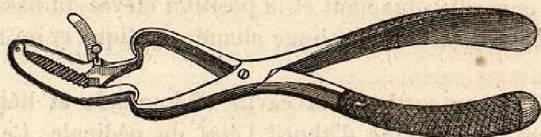


Fig. 20. — Clamp de SPENCER-WELLS avec la pince servant à fermer l'instrument.

Nous n'insisterons pas ici sur les autres méthodes de fixation du pédicule, telles que celle de STILLING (ligature du pédicule et fixation de ce dernier au niveau de la plaie par de longues aiguilles en forme de lances traversant les parois abdominales), celle de KOEBERLE (fixation du pédicule au moyen d'un serre-nœud) et celle de GREELY HEWITT (fixation des fils des ligatures dans un clamp à boucles).

Nous avons déjà dit plus haut que la méthode extrapéritonéale de traitement du pédicule a été assez généralement abandonnée et avec raison. La méthode actuelle d'hémostase avec abandon du pédicule dans la cavité abdominale, a des avantages incontestables sur celle que nous venons de décrire. Tous les procédés possibles d'hémostase ont été employés dans le traitement intrapéritonéal du pédicule : ligature en masse, les fils sortant par la plaie ou coupés au ras du nœud, ligature isolée des vaisseaux avec des fils coupés courts et abandonnés dans la cavité abdominale, section du pédicule avec l'écraseur, l'anse galvanocaustique ou le fer rouge, l'acupressure, la torsion, enfin la ligature élastique (dernièrement employée par OLSHAUSEN).

Les avantages que présentent ces divers procédés relativement à la

méthode extrapéritonéale, consistent dans la possibilité de fermer exactement et complètement la plaie abdominale ; mais ils ont, d'autre part, certains inconvénients résultant soit des processus morbides dont la surface de section du pédicule peut être le point de départ, soit du danger d'hémorragie dans le sac péritonéal. En ce qui concerne d'abord les altérations que présente le pédicule abandonné dans la cavité abdominale, nous savons qu'elles ne font pas courir de danger sérieux, du moins chez les animaux ; c'est, en effet, ce qu'ont démontré les expériences déjà plusieurs fois mentionnées de MARLOWSKY, puis de SPIEGELBERG et de WALDEYER, expériences dont les résultats ont été confirmés dernièrement d'une façon éclatante par les recherches de TILLMANN.

Sur l'anse de fil qui enserre une portion du pédicule, les bords saillants du sillon de la ligature s'unissent l'un à l'autre par du tissu conjonctif ; ce dernier forme ainsi autour du fil une sorte de capsule. Cependant des fils peuvent aussi séjourner librement dans la cavité abdominale sans provoquer d'inflammation grave. Le moignon du pédicule, que la section ait été faite avec le bistouri ou le fer rouge, s'applique contre la paroi opposée de la séreuse, et se soude à cette dernière par du tissu conjonctif ; ce dernier assure la nutrition du pédicule et l'empêche ordinairement de se mortifier. Lorsque le pédicule a été traité par le fer rouge, les particules de charbon qui restent dans les tissus sont sans inconvénient.

L'expérience a prouvé que chez l'homme les phénomènes morbides sont pour le moins analogues à ceux que l'on observe chez les animaux, bien que chez le premier il se produise plus souvent une nécrose locale et une inflammation au niveau du pédicule. Il convient néanmoins de ne pas s'exagérer les dangers qui peuvent résulter de l'abandon du pédicule ou des fils de ligatures dans la cavité abdominale. Les garanties sont encore plus grandes si l'on opère avec la méthode antiseptique, et si l'on se sert de gros fils de catgut ou de soie aseptiques. On sait que des suppurations circonscrites peuvent se produire autour du moignon du pédicule, et que le pus peut se faire jour à l'extérieur ou dans l'intestin et déterminer une série de phénomènes graves, et même, dans certains cas, la mort ; mais, grâce à la méthode antiseptique, il fallait s'attendre à voir diminuer de plus en plus la fréquence de ces accidents, et l'expérience est déjà venue donner raison à ces prévisions. Il n'en subsiste pas moins, à un faible degré il est vrai, le danger d'une hémorragie, dont il n'est pas possible de devenir maître sans ouvrir de nouveau la cavité abdominale.

En ce qui concerne les différents procédés d'hémostase dans la méthode intrapéritonéale, disons d'abord que pendant un certain temps on s'est souvent servi du fer rouge pour cautériser le tissu du pédicule et arrêter l'hémorragie. Actuellement on aurait plutôt recours au thermocautère,