

mais ce procédé a été presque partout délaissé pour être remplacé par des moyens d'hémostase plus sûrs, que nous décrirons plus loin.

Lorsque les vaisseaux ne sont pas trop volumineux, et que le pédicule est assez bien formé pour permettre, au moins provisoirement, l'application d'un clamp, l'abandon de ce pédicule dans l'abdomen après section avec le fer rouge donne de très bons résultats (BAKER-BROWN). Le clamp et le fer rouge peuvent être aussi employés pour la section d'adhérences épaisses. Après avoir appliqué le clamp de BAKER-BROWN et avoir pris les mesures nécessaires pour empêcher une brûlure des parois abdominales et des viscères, on divise le pédicule en avant de l'instrument au moyen d'un fer conique chauffé au rouge, ou bien l'excision de la tumeur est pratiquée à l'aide du bistouri ou des ciseaux, et l'on touche alors la surface de section du pédicule avec un fer rouge à bout aplati, ou avec le thermocautère. Le clamp sera ensuite enlevé avec de grandes précautions; on en écartera d'abord légèrement les branches et l'on touchera le pédicule avec le fer rouge aux endroits qui fourniraient encore du sang. Au moment où l'on dégagera complètement le pédicule, on se tiendra prêt à le saisir aussitôt pour le cas où il se produirait une hémorragie. Parfois, avec ce procédé, on est obligé d'avoir encore recours ultérieurement à la ligature. La section du pédicule par l'anse galvanocautérique (SPIEGELBERG) est encore moins sûre que la méthode de Baker-Brown, surtout lorsqu'on opère avec un fil trop fortement rougi.

Lorsqu'on a affaire à des vaisseaux très gros et à un pédicule très large, on se sert, pour la ligature, de plusieurs fils de soie tordus ensemble ou de gros fils de catgut. Le pédicule sera lié en masse, ou en plusieurs parties dans le cas où il aurait une épaisseur considérable. Lorsque le pédicule n'est pas trop volumineux, on peut faire décrire à l'aiguille un huit de chiffre, tandis que, dans d'autres cas, toute la masse du pédicule sera partagée en 3 ou 4 portions que l'on liera isolément. Pour plus de sûreté on peut encore fermer le bout libre du pédicule au moyen d'une suture en surjet faite avec des fils de soie ou de catgut, et serrée fortement. Une pareille suture rend toute hémorragie impossible. Le kyste est enlevé à environ un centimètre au-dessus des ligatures, que l'on laisse provisoirement dans toute leur longueur, afin de pouvoir ainsi fixer le pédicule et lier au besoin quelques petits vaisseaux à l'aide de fins catguts. Enfin les fils sont coupés près du nœud et le pédicule est abandonné dans la cavité abdominale (TYLER-SMITH). OLSHAUSEN conseille de saisir d'abord le pédicule dans un serre-nœud laissé en place quelques minutes, puis de le lier fortement avec de gros catguts au niveau de la rainure creusée par le fil métallique. Le procédé consistant à laisser aux fils des ligatures toute leur longueur et à les faire sortir par la plaie, est mauvais et doit être abandonné.

Le procédé avec l'écraseur est d'ailleurs tout à fait superflu. Nous basant sur de nombreuses opérations, nous conseillons de tenir le pédicule contre le jour, de façon que l'on voie exactement le trajet des vaisseaux,

que l'on contourne avec de gros fils de soie; le pédicule se trouve ainsi lié en 3 ou 4 portions; puis on enlève la tumeur au-dessus de ces ligatures, et l'on saisit dans le moignon isolément chaque vaisseau que l'on lie avec du catgut.

Une longue expérience nous a conduit à préférer cette méthode à toute autre, même à la ligature élastique qui a été souvent employée encore dernièrement. Nous ne voyons absolument pas sur quel motif on se base pour traiter les vaisseaux d'une tumeur de l'ovaire autrement que ceux que l'on rencontre dans toute autre opération chirurgicale. Lorsqu'on lit les nombreuses communications des auteurs sur les procédés d'hémostase dans les ovariectomies et les myomotomies, on serait presque tenté de croire que les vaisseaux dont il s'agit ont un caractère de malignité tout particulier. Jusqu'ici je les ai toujours traités comme les vaisseaux d'autres parties du corps; je m'en suis bien trouvé et mes malades également.

Une fois l'opération terminée, si l'on constate l'existence d'une tumeur volumineuse de l'autre ovaire, on pratiquera également l'extirpation de ce dernier. S'il s'agit de petites tumeurs, on n'y touchera pas, vu qu'il n'est pas du tout sûr qu'elles acquerront, dans la suite, de grandes dimensions; d'ailleurs la présence d'une petite tumeur de l'ovaire n'exclut pas la possibilité de la conception (SPENCER WELLS). L'amputation de l'utérus dégénéré a été aussi assez souvent pratiquée dans les ovariectomies, et dans un certain nombre de cas avec succès; elle n'est justifiée que dans les cas où il est impossible d'achever l'extirpation de la tumeur sans enlever l'utérus, car elle complique toujours considérablement l'opération.

On procède ensuite à la toilette du péritoine consistant à enlever le contenu kystique ainsi que le gaz et le sang épanchés dans la cavité abdominale. Lorsqu'on a opéré avec la méthode antiseptique, il n'y a pas grande importance à enlever jusqu'aux dernières traces de sang. Dans ce but on se sert soit de gaze aseptique épaisse, soit de grosses éponges également aseptiques, que l'on doit avoir soin de compter avant et après l'opération, de même que les pinces hémostatiques, afin qu'aucune d'elles ne reste dans la cavité abdominale. Les vaisseaux des parois qui donnent encore du sang, sont ensuite liés. Je saupoudre ordinairement d'iodoforme toutes les parties cruentées, telles que le moignon du pédicule et les points où se trouvaient des adhérences. D'habitude les lavages de la cavité abdominale avec une solution tiède d'acide salicylique doivent être évités, à moins que de grandes quantités du contenu kystique n'aient pénétré dans le péritoine, surtout si ce liquide est purulent. Dès que tout écoulement sanguin aura cessé, on commencera la suture de la plaie abdominale, qui sera pratiquée suivant les règles formulées antérieurement (§ 11). Si l'on a choisi la méthode extrapéritonéale, on fixe le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie, et l'on place le clamp de façon qu'il soit dirigé transversalement sur la plaie réunie.

On n'est pas encore d'accord sur le pansement à adopter à la suite de l'ovariotomie antiseptique. Un certain nombre de chirurgiens appliquent une première couche épaisse de gaze chiffonnée, puis un pansement de Lister recouvrant le ventre tout entier, et fixé de la manière bien connue à l'aide de bandes de gaze qui devront exercer une certaine compression. Comme à la suite de l'opération que nous venons de décrire, il ne se produit généralement pas de sécrétion au niveau de la plaie, il est à peine nécessaire d'employer une aussi grande quantité de matériaux antiseptiques pour le pansement, et l'on peut se contenter de recouvrir la plaie d'un pansement de Lister simple, ou d'un gâteau de lint borié recouvert d'une forte couche de ouate; puis on exercera également une légère compression à l'aide de bandes modérément serrées. Si le pansement ne se salit pas, on le laissera en place jusqu'à la guérison de la plaie et l'enlèvement des sutures. Avec la méthode antiseptique les sutures ne doivent être enlevées que du 8^e au 15^e jour.

§ 47. — Les règles générales à observer dans le traitement consécutif à l'ovariotomie sont: le repos absolu dans le décubitus dorsal, pendant les premiers jours l'abstinence presque complète, puis l'usage d'une nourriture liquide (bouillon, lait, œufs etc.), en cas de douleurs l'administration de l'opium par voie hypodermique ou en lavements; les vomissements seront calmés par de petits morceaux de glace et des boissons gazeuses; pendant les premiers jours on pratiquera le cathétérisme, et l'on fera en sorte que l'opérée n'ait une première selle qu'au bout de huit jours. Si du 4^e au 8^e jour le clamp ne s'est pas encore détaché, on cherchera à l'enlever avec précaution vers le 10^e jour. S'il survient alors une hémorragie par le pédicule, on s'efforcera de l'arrêter au moyen du fer rouge. Les hémorragies qui se produisent dans la cavité abdominale sont naturellement bien plus dangereuses, et lorsqu'elles se manifestent par des symptômes très accusés, on se trouve obligé d'ouvrir la plaie pour aller à la recherche du vaisseau. Quant à l'épanchement sanguin qui se produit aussitôt après l'opération, bien qu'il soit modéré, il fait courir le danger d'une péritonite. Au point de vue pratique, nous pouvons laisser de côté la question de savoir si ces inflammations, qu'elles soient diffuses ou donnent lieu à des épanchements circonscrits, surtout dans le bassin, doivent être considérées toujours comme étant de nature septique; en tout cas on ne peut guère contester la nature septique de ces inflammations lorsqu'elles mettent en danger les jours de la malade ou entraînent même la mort. Or il est certain qu'en présence d'un épanchement de nature septique le meilleur traitement restera toujours d'une efficacité douteuse, et comme cette complication est relativement fréquente, on en est à se demander s'il n'y aurait pas un moyen préventif capable d'empêcher la formation de ces épanchements. Sous ce rapport on ne peut qu'approuver les nouvelles tentatives de drainage qui consistent à placer, au moment de l'opération, un tube en caoutchouc

dont un des bouts sort par la plaie, tandis que l'autre arrive dans le vagin par une ouverture pratiquée dans la cavité de Douglas, ce qui permet aux sécrétions de s'écouler par le vagin à l'extérieur, tandis que, d'autre part, on peut ainsi faire des lavages de la cavité abdominale (SIMS, MURSIK, NUSSBAUM).

Toutefois, à moins de circonstances par trop défavorables, une partie seulement des cas de mort à la suite de l'ovariotomie doivent être attribués à ces épanchements péritonitiques; d'autre part, on voit des opérées succomber à une péritonite aiguë infectieuse malgré la possibilité de l'écoulement des liquides sécrétés et des lavages de la cavité abdominale. Enfin n'oublions pas que le drain lui-même constitue précisément, surtout à son bout vaginal, une porte d'entrée à l'infection. Nous basant sur ces considérations, nous pensons que l'on ferait bien de réserver le drainage par le vagin pour les cas graves avec adhérences étendues, dans lesquels on doit s'attendre à une accumulation de sang et d'exsudat dans la cavité péritonéale pendant les premiers jours consécutifs à l'opération. Nous ne sommes, en effet, nullement partisan du drainage par le vagin; il se peut qu'il soit parfois de quelque utilité, mais ce qu'il y a de bien certain, c'est qu'il crée une voie aux agents inflammatoires et leur permet de pénétrer ultérieurement dans la cavité abdominale. Quant à l'introduction d'un drain dans la plaie sous le pansement de Lister, elle serait certainement sans inconvénient, mais aussi sans grande utilité; le drainage dans ces conditions ne saurait être vraiment efficace que si l'on faisait coucher la malade sur le ventre. Des quantités modérées d'iodeforme répandues sur les surfaces cruentées laissées par des adhérences étendues, limitent la sécrétion et préviennent l'infection plus sûrement que le drainage.

Les ovariectomies avec drainage ne sont pas assez nombreuses pour servir de base à une statistique dont on puisse tirer des conclusions, d'autant plus que les cas publiés appartiennent à un grand nombre de chirurgiens différents; c'est ainsi que nous trouvons 23 morts sur 59 opérations. OLSHAUSEN fait remarquer avec raison que sa propre statistique basée sur 29 cas non choisis d'ovariotomie avec drainage, a plus de valeur que la précédente malgré ses chiffres plus élevés. Sur 29 opérées ainsi traitées il en perdit 11, soit 38 0/0, résultat certainement peu brillant et ne répondant pas aux exigences de la chirurgie actuelle. Dans les cas où l'on veut pratiquer le drainage, nous conseillons d'abandonner toujours le pédicule dans la cavité abdominale. Le temps pendant lequel le drain doit rester à demeure, varie suivant les circonstances. Il semblerait que l'on dût l'enlever au bout de 3 jours, mais la plupart des chirurgiens le laissent plus longtemps (de 8 à 15 jours). En tout cas on aura soin, pendant les 8 jours qui précèdent l'opération, de faire dans le vagin des injections désinfectantes. Les poils du pubis devront être rasés. L'ouverture sera pratiquée par le vagin à l'aide d'un long trocart recourbé, tandis que deux doigts introduits dans la cavité de Douglas serviront à guider la pointe de l'instrument. Cependant on peut également pousser le trocart du bassin dans le