poche proémine dans le cul-de-sac postérieur, quand la période aiguë ne se calme pas et qu'il existe toujours de la fièvre et de l'accélération du pouls.

Dans ces deux cas, il ne faut pas hésiter à donner la préférence à cette opération.

La technique opératoire de l'élytrotomie est la suivante : Après désinfection du vagin, on place un grand écarteur sur la fourchette, et on déprime toute la paroi postérieure du vagin ; une autre valve est placée en haut, on découvre le col, on le saisit par sa lèvre inférieure et on le relève. Entre le col relevé en haut et le bec de la vulve inférieure, on découvre la tuméfaction rétro-utérine.

Il s'agit d'aller ouvrir cette tuméfaction.

Pour cela, on aura bien soin de ne pas s'éloigner de l'utérus, quand même il paraîtrait plus simple de ponctionner au sommet de la tuméfaction.

Avec des ciseaux, on pratique donc une ouverture sur la muqueuse du col et en arrière ; la longueur de cette ouverture sera proportionnelle au volume du col. Elle comprendra la demi-circonférence postérieure du col. Les ciseaux continueront à inciser au ras de l'utérus toute l'épaisseur de la muqueuse. Avec la valve postérieure, placée là à proximité, on mettra de côté l'incision de la muqueuse et on fera avancer le bec de la valve. On découvrira alors le cul-de-sac postérieur. Une ponction aux ciseaux, et le cul-de-sac sera ouvert. Il faut entrer les ciseaux fermés, et les sortir ouverts, de manière à agrandir l'ouverture. Il est préférable, si on n'est pas très habitué à cette manœuvre, d'aller avec le doigt écarter et effondrer le péritoine, en se tenant strictement sur la paroi postérieure de l'utérus, dont on ne perdra pas le contact. En ayant soin, pendant cette manœuvre, d'abaisser avec la main gauche les annexes et l'utérus par une pression abdominale, on ouvrira facilement l'abcès.

Dès que l'abcès est ouvert, il faut entrer le doigt, agrandir l'ouverture, et déchirer les cloisons. Enfin on placera un drain en T.

Le drain, en caoutchouc rouge, sera bouilli ; il sera attaché

avec de la soie stérilisée et placé dans la cavité. Il est dangereux de faire des injections. Il suffit de faire un lavage vaginal à basse pression et un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

On changera le pansement tous les deux ou trois jours. On enlèvera le tube vers le septième jour, et on continuera les injections vaginales pendant une quinzaine de jours où davantage, selon l'abondance de la suppuration.

Les accidents aigus cessent à merveille après une pareille opération et, au bout de trois ou quatre mois, si la maladie continue à évoluer chroniquement, on peut être amené à pratiquer une opération plus complète (hystérectomie vaginale ou abdominale). Pour mon compte, j'ai vu les choses s'arranger à la suite de cette opération.

Pour résumer les indications opératoires dans les salpingites limitées, nous dirons :

1° Dans les cas aigus, se contenter du traitement médical ;

2° Quand il existe un foyer net, derrière l'utérus, avec fièvre et que ce foyer n'a pas été modifié par le traitement, faire l'incision rétro-utérine ;

3° Dans les cas chroniques, faire le traitement médical et intra-utérin en observant de près le malade ;

4° Si le traitement intra-utérin a échoué, si la malade souffre et dépérit, proposer l'opération qui, dans la très grande majorité des cas, sur des femmes jeunes, doit être la *laparotomie*.

2° La **pelvi-péritonite** se distingue de la salpingite limitée par l'immobilité absolue de l'utérus, qui est enfermé dans une gangue de tissu de néoformation qui englobe et masque tous les organes.

Deux éventualités sont à examiner :

1° *La pelvi-péritonite est aiguë ;* — 2° *Elle est chronique.* — *La pelvi-péritonite aiguë* ne réclame qu'un traitement médical pur et simple. L'immobilisation, la saignée locale (quelques sangsues sur le ventre), les lavements laudanisés, la glace sur le ventre, les injections vaginales chaudes, les laxatifs.

La *pelvi-péritonite chronique* guérit en général par un traitement médical. Les soins minutieux du côté de l'utérus, la dilatation prudente, les injections vaginales sont à conseiller.

Plus tard, on prescrira le *massage gynécologique* et le traitement à l'aide des *eaux sulfureuses* et *chlorurées sodiques*.

Si ce traitement devient impossible, si la malade ne le supporte pas, si les douleurs sont malgré tout très vives, et si l'état général périclite, il faut conseiller l'opération. Dans ces cas, l'*hystérectomie vaginale* est à conseiller, bien qu'elle *soit beaucoup plus difficile* que la laparotomie.

3° Les **phlegmons péri-utérins** sont le résultat de la pelvi-péritonite ou de la salpingite.

Le type de ces phlegmons est celui du *ligament large*.

Voici un exemple :

Une jeune accouchée de trois semaines présente, dès le septième jour de son accouchement, un frisson, de la fièvre et des phénomènes douloureux. Au bout de quelques jours, tout se calme. Puis de nouveau les accidents reparaissent : la fièvre, les douleurs, une tuméfaction et surtout une flexion de la cuisse sur le bassin. Je cite une de mes observations récentes. La femme est pâle, maigre, son état général très mauvais, quand elle vient nous trouver. Les douleurs sont tellement vives que la tuméfaction du phlegmon ne peut être sentie.

Sous le chloroforme, la cuisse peut être étendue, et on trouve de ce côté une résistance nette, une sorte de plastron qui dépasse de deux travers de doigts l'arcade crurale, et qui s'arrête au niveau de cette arcade. Au milieu de cette tuméfaction, il suffit de faire une incision parallèle à l'arcade, de couper la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose, de relever les muscles, pour trouver la poche purulente, qui, ponctionnée d'abord, laisse écouler le pus. La ponction est agrandie avec une pince, le doigt y pénètre et trouve une cavité énorme qui passe derrière l'utérus. La poche est nettoyée, cautérisée à l'eau phéniquée forte, drainée par le ventre. Dès le premier soir, la fièvre tombe, et la malade guérit en trois semaines.

Dans l'exemple précédent, la poche purulente avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale. Nous n'avons pas ouvert la cavité péritonéale, et il en est ainsi toutes les fois qu'on trouve une tuméfaction appréciable sur la paroi.

Dans d'autres cas, la poche est éloignée de la paroi. Il faut avoir soin de *soulever* le péritoine pour aborder la poche.

On fait ce qu'on appelle la *laparotomie sous-péritonéale*.

Cette *laparotomie* consiste à aller, par une incision parallèle à l'arcade, relever le péritoine, comme dans la ligature de l'iliaque externe en se dirigeant vers la branche horizontale du pubis.

En allant très profondément avec les doigts on perçoit la poche qu'on ponctionne et dont on agrandit l'ouverture.

Il est à remarquer qu'une petite ouverture au péritoine n'est pas toujours funeste, la pression des viscères la ferme assez souvent.

Si le pus proémine dans le vagin, c'est de ce côté qu'il faut lui donner issue.

Pour faire cette ouverture, on peut user de deux procédés opératoires. Celui de l'élytrotomie déjà décrit. Il est à préférer, toutes les fois que la collection fait saillie en arrière ou qu'on dispose d'une assistance suffisante.

Dans les autres cas, on peut employer le procédé suivant :

Avec une canule conductrice, formée d'un trocart auquel est soudée une demi-gouttière, on ponctionne la tumeur par le vagin, le long de la cannelure, on enfonce une petite pince à polypes, qu'on ressort ouverte. L'ouverture est faite, elle est agrandie avec le doigt.

KYSTES DE L'OVAIRE

Au point de vue anatomo-pathologique, les kystes de l'ovaire sont des *épithéliomes* kystiques. Au point de vue clinique, les kystes se comportent pendant quelque temps comme des tumeurs bénignes ; mais fatalement, à un moment donné, ils compromettent la vie. Même les *kystes dermoïdes*, à un moment donné de leur évolution, ont des conséquences graves sur l'état général.

Il n'existe qu'un seul traitement des kystes de l'ovaire, c'est leur ablation.

Ce qu'il ne faut pas faire : c'est la *ponction*. Jamais, sous aucun prétexte, on n'est autorisé à pratiquer la ponction.

La ponction est une tromperie (Fritsch), et une tromperie à conséquences très dangereuses pour le malade.

Autrefois on préconisait la ponction dans les kystes parovariens. A l'heure actuelle, dans aucun cas, la ponction n'est permise.

Le seul traitement est donc l'*ovariotomie*.

Indications et contre-indications de l'ovariotomie. — Ni l'*âge* de la malade, ni le *volume* et les *connexions* de la tumeur ne sont des contre-indications opératoires.

J'ai opéré moi-même deux femmes de soixante-dix ans. Toutes deux ont guéri et restent guéries depuis deux et quatre ans.

J'ai opéré deux petites filles de sept ans pour des tumeurs malignes. Toutes les deux ont guéri de leur opération et n'ont succombé que plusieurs mois après, de récidive.

Au point de vue de la nature de la tumeur, les kystes compliqués, les tumeurs, ainsi que les kystes dermoïdes, sont justiciables de l'opération, quel que soit leur volume ; il en est de même pour les kystes simples.

Les contre-indications opératoires sont tirées de l'état général. Si la femme est diabétique, albuminurique, si le taux d'urée est peu considérable, s'il existe une affection grave du poumon ou du cœur, l'opération est contre-indiquée. Cependant, si l'affection générale n'est pas immédiatement compromettante pour la vie et si, par un traitement approprié, on peut l'améliorer, la contre-indication opératoire n'est que relative.

En soumettant certaines femmes au repos et au régime lacté, en les soutenant à l'aide d'injections de sérum artificiel, on peut quelquefois les améliorer suffisamment pour les rendre opérables.

Dans certains cas de kystes très volumineux compromettant la respiration et la circulation avec un état général

contre-indiquant une opération radicale, on est autorisé à pratiquer une ouverture aseptique au niveau de la paroi abdominale, à établir un véritable drainage du kyste, avec l'espoir que la diminution du volume de la tumeur et le traitement général pourront plus tard nous permettre de faire une opération radicale. Je suis parvenu à prolonger de plus d'un an la vie d'une femme, en lui pratiquant cette ouverture, qui se refermait spontanément pour s'entr'ouvrir plus ou moins suivant la tension de la poche.

Il est contre-indiqué d'opérer en pleine période d'une affection aiguë des voies respiratoires ou en pleine période d'une maladie infectieuse, telle que la grippe.

L'opération est contre-indiquée dans certains cas de tumeurs manifestement cancéreuses. Cependant, même dans ces cas, la laparotomie exploratrice est souvent utile ; en effet, on a obtenu quelquefois de bons résultats par l'ovariotomie, même dans les cas de tumeurs malignes. Le tout est de savoir s'arrêter à temps et de ne pas entreprendre une opération impossible.

Faut-il opérer pendant l'époque *menstruelle?*

Il est avantageux d'attendre la fin de la menstruation pour opérer ; cependant, l'opération en pleine période menstruelle peut se faire sans inconvénient, pour peu qu'on soit forcé d'opérer à cause d'un autre symptôme. Il m'est arrivé d'agir ainsi, sans inconvénient

La *grossesse* impose des indications spéciales.

Si le kyste de l'ovaire coïncide avec la grossesse de quatre ou cinq mois, il faut opérer. La gravité de l'opération est d'autant moindre que l'intervention est faite à une époque plus précoce (64 0/0 de mortalité et 20 0/0 d'avortements).

Si la femme est en travail ou qu'il existe un kyste de moyen volume enclavé dans le bassin, on doit faire le *refoulement* par le vagin et le rectum.

Si le refoulement ne réussit pas, la *ponction* du kyste par le vagin est à essayer.

Enfin la ponction a échoué ; il ne reste plus que la *crâniotomie*, l'*ablation de la tumeur* ou l'*opération césarienne*.

La question est alors assez difficile à résoudre ; la crânio-

tomie est préférée quand l'enfant est mort; mais c'est à la laparotomie terminée par l'ablation de la tumeur ou par l'opération césarienne qu'il faut avoir recours, *si l'enfant est vivant*.

Indications d'urgence. — En général, l'opération du kyste de l'ovaire ne rentre pas dans les opérations d'urgence et on peut prendre son temps, préparer la malade, le milieu et son instrumentation pour opérer à tête reposée. Mais il existe des cas où l'ovariotomie devient une opération urgente.

Nous avons déjà parlé de la grossesse; il faut ajouter certains accidents, tels l'obstruction intestinale, l'inflammation du kyste, sa rupture et surtout la torsion du pédicule.

En général, tout kyste de l'ovaire qui augmente brusquement de volume et qui provoque des douleurs est justiciable d'une *opération urgente*.

Les accidents revêtent alors la forme d'une *hémorrhagie*, d'une *occlusion* ou d'une *péritonite;* dans les trois cas il faut opérer le plus tôt possible.

L'opération, tout en ne se présentant pas avec des caractères d'extrême urgence, est encore à préconiser à bref délai, quand le kyste détermine des signes manifestes de déchéance du côté de l'état général.

Gravité opératoire. — Au point de vue de la *gravité opératoire*, on peut dire que la mortalité opératoire est, à l'heure actuelle, de 4 0/0 environ dans les meilleures statistiques.

Il faut, d'ailleurs, distinguer ici les *kystes simples* des *kystes compliqués*, les *tumeurs de l'ovaire* et les kystes dermoïdes ou par ovariens. On peut dire que les kystes simples, non enflammés et non adhérents, ont une mortalité nulle. La mortalité est, au contraire, considérable dans les cas compliqués.

Mais la mortalité dépend encore beaucoup de l'expérience et de l'asepsie de l'opérateur et de ses aides.

Je décrirai la *technique opératoire* de l'ovariotomie dans les kystes simples.

Précautions d'usage. — Lit d'opération à inclinaison. Incision de la paroi, rapide, sous-ombilicale. Le kyste est mis à découvert. Après avoir garni de compresses aseptiques le pourtour de la cavité abdominale, on ponctionne le kyste ou on l'incise au bistouri. Les deux procédés se valent.

Dès qu'une certaine quantité de liquide a été soustraite, on peut plisser les parois du kyste, les saisir avec une pince à kyste et attirer la tumeur à l'extérieur.

Au fur et à mesure que le kyste se vide, il est attiré en dehors et, avant qu'il soit totalement vidé, il est extériorisé, montrant, en dehors du ventre, les adhérences qu'il a pu contracter avec l'épiploon ou même avec l'intestin. De cette façon ces adhérences sont traitées à ciel ouvert et en dehors du ventre. Dans les cas simples, le pédicule vient s'offrir de lui-même, après la sortie du kyste au dehors.

Si le pédicule est gros, il est bon de l'écraser avec l'écraseur de Doyen, de Tuffier ou celui de Mathieu et de le lier avec un fil de soie, qu'on repassera sous le pédicule. S'il est petit, un simple nœud de Lawson doit suffire.

Le kyste est enlevé ensuite, et on passe au traitement du pédicule et à l'inspection de l'autre ovaire.

L'ovaire du côté opposé ne doit être enlevé que quand il est malade. Deux de mes opérées ont eu des enfants au bout d'un an. Mais, dans un autre cas, j'ai vu l'ovaire conservé donner lieu à un kyste.

Les pédicules, ou le pédicule, seront bien inspectés et péritonisés, c'est-à-dire recouverts par le péritoine à l'aide de sutures de Lambert.

Je n'ai pas à énumérer ici tous les incidents de l'opération ni la conduite à tenir dans les cas compliqués.

Je désire seulement insister sur ceci : Une ovariotomie, aussi simple qu'elle puisse s'annoncer, peut donner lieu à des incidents difficiles à prévoir et nécessiter des manœuvres opératoires compliquées et difficiles.

Aussi on peut être amené à enlever l'utérus, à réparer l'intestin, à se mesurer avec l'uretère ou avec la vessie blessée, etc.

L'*inclusion*, dans le ligament large, nécessite une technique spéciale qui consiste à décoller le kyste avec les doigts,

après avoir incisé le feuillet du ligament large. Il m'est arrivé cependant d'enlever, par le procédé ordinaire, un grand kyste du ligament large, qui était devenu abdominal, tout en distendant les feuillets du ligament.

La coexistence des *fibromes* et du kyste de l'ovaire indique, en général, l'hystérectomie subtotale ou totale; mais, dans un cas récent, vu l'état général précaire de l'opérée et son âge, je me suis contenté de l'ablation du kyste et de l'ovaire du côté opposé.

MÉTRORRHAGIES (EN DEHORS DE LA GROSSESSE)

Nous avons vu que l'hémorrhagie, ménorrhagie ou métrorrhagie est un symptôme commun à plusieurs maladies de l'utérus et des annexes. Il faut reconnaître la cause et la traiter. Si la métrorrhagie est abondante et compromet la vie de la femme immédiatement, il faut savoir parer à cet accident par les moyens suivants :

1° Injection vaginale chaude d'eau bouillie (50 à 55°), avec le bock injecteur, la femme étant couchée;

2° Si on échoue, faire le *tamponnement du vagin* de la manière suivante :

On prend une longue bande de gaze stérilisée et on place la femme dans la position ordinaire pour l'examen au spéculum. On lave les parties génitales, on donne une injection et on met le spéculum. Autour du col on tasse la gaze iodoformée avec une longue pince, de manière à remplir les culs-de-sac et le devant de l'utérus. Il est plus avantageux de mettre plusieurs pièces indépendantes de gaze aseptisée. On remplit ensuite le vagin tout entier, sans tasser, et on applique un bandage en T.

On laisse le tamponnement vingt-quatre heures.

Il faut sonder la malade, si elle éprouve des difficultés pour uriner.

Pendant ce temps, on fait une injection sous-cutanée de

200 à 300 grammes de sérum artificiel (Voyez *Injections de sérum*, à l'article *Péritonites*).

Si ces moyens échouent :

3° Faire une injection intra-utérine chaude avec la sonde à double courant; ou une injection avec du sérum gélatiné, selon le procédé de Jayle : après lavage intra-utérin, on verse dans le récipient un quart de litre de la solution de gélatine à 10 0/0 dans l'eau salée physiologique.

4° En dernier lieu, tamponner l'*utérus* en saisissant le col et en tassant, avec l'hystéromètre, dans la cavité utérine, une longue mèche de gaze iodoformée stérilisée, large de 1 centimètre et assez longue pour rester dehors. Cette gaze peut être imbibée de la solution à 5 0/0 de gélatine stérilisée;

5° Les injections d'ergotine, la compression de l'aorte, la ligature des quatre membres à la racine, sont encore des procédés à employer.

Le plus tôt possible, reconnaître la cause de la métrorrhagie.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.A.N.L.