

presque toujours été employée. L'incision se pratique couche par couche avec un bistouri ordinaire, entre l'ombilic et le pubis. On l'étend plus ou moins selon le volume de la tumeur. La division de la ligne médiane n'expose pas aux hémorrhagies. On soulève le péritoine avec une pince ou une érigne, et on le fend sur une sonde cannelée, pendant que les aides pressent de chaque côté sur la tumeur, pour la faire saillir au travers de la plaie et empêcher la sortie des intestins.

*Isolement de la tumeur. Destruction des adhérences. Ponction.* Le chirurgien introduit une de ses mains dans l'abdomen et reconnaît le siège, le nombre et la largeur des adhérences. Celles-ci sont filiformes, membraneuses, lâches ou serrées, faciles à déchirer, ou résistantes, plus ou moins vasculaires, et se rencontrent sur l'épiploon, l'utérus, l'intestin, le mésentère, l'estomac, la rate, le foie. La rupture, la dissection, l'excision totale ou partielle, la section entre deux ligatures lorsqu'on craint l'hémorrhagie, sont en usage. Si l'on rencontre trop d'obstacles on pratique la ponction, qui diminue le volume de la tumeur et en rend les parois plus accessibles, et on va de nouveau à la recherche des adhérences, dont la section a pu se faire, dans quelques cas, avec des cautères chauffés à blanc (Péan) ou mieux encore par la galvano-caustie.

*Extraction du kyste.* Quand la tumeur est uniloculaire, on l'amène au dehors avec les doigts, des érignes ou des pinces de Museux, au fur et à mesure de la sortie du liquide, dont il devient impossible qu'une seule goutte tombe et pénètre dans le péritoine, puisque l'ouverture du trocart s'en trouve de plus en plus éloignée. Si le kyste est multiloculaire, on répète les ponctions. Dans le cas où il reste encore soit une masse solide, soit une foule de petites tumeurs qu'on ne saurait atteindre isolément, on termine par l'extraction de la masse morbide soit avec la main, soit avec des pinces, et c'est à ce moment qu'on achève la section des dernières adhérences et qu'il devient souvent nécessaire d'agrandir la première incision.

*Application du clamp.* Dès que la tumeur a été entraînée au dehors, on en saisit le pédicule entre les branches du clamp ou dans les fils métalliques d'un fort serre-nœud, et on le fixe solidement par une compression énergique. On le divise ensuite entre l'instrument et le kyste, avec la précaution de prévenir tout épanchement de liquide ou de sang.

Si le pédicule est très-épais et court, l'emploi du clamp est impossible, parce que cet instrument doit rester à la surface de la plaie: les porte-nœuds sont alors préférables. On a également fait usage de fils ordinaires ou métalliques et de la ligature simple double ou multiple, selon le volume du pédicule.

Si le pédicule existe à peine, ou si l'on n'a pas détruit toutes les adhérences kystique, en raison des dangers ou de l'impossibilité de leur dissection, et qu'on soit obligé de laisser une partie de la surface interne de la poche, on traverse et on fixe cette surface dans la plaie des parois abdominales avec de longues aiguilles métalliques.

On a proposé d'abandonner la ligature dans l'abdomen ou d'en ramener les extrémités en dehors au travers du vagin. Ces procédés ont été généralement abandonnés, et il est plus sûr de laisser les fils dans la plaie, en libre communication avec le sommet divisé du pédicule, touché avec le perchlorure de fer, ou par la cautérisation ignée ou électrique, dont M. Sédillot croit qu'on n'apprécie pas encore bien tous les avantages.

*Pansement.* Une des principales conditions du succès est de ne pas laisser de liquides dans le péritoine. Les chirurgiens anglais ont particulièrement insisté sur l'avantage d'éponger les plaies et le petit bassin avec le plus grand soin, et de ne fermer l'abdomen qu'après la cessation de tout écoulement de sang. Ce précepte est d'une exécution facile, lorsqu'il n'y a pas d'adhérences; mais si ces dernières sont épaisses et nombreuses, le suintement sanguin, peut être assez considérable. On y remédie avec des pinces hémostatiques, des ligatures temporaires, des applications de perchlorure ferrique, des ligatures permanentes ou la cautérisation ignée. Quelques chirurgiens n'ont pas craint d'abandonner les fils (ligatures perdues); mais, cette hardiesse exposant à des suppurations consécutives et à des péritonites mortelles, il convient de ramener les fils au dehors à travers la plaie des parois abdominales.

*Occlusion de la plaie péritonéale.* Les sutures métalliques enchevillées paraissent offrir le plus d'avantage. Certains opérateurs comprennent le péritoine dans leurs sutures; d'autres bornent leurs sutures aux parois abdominales sans y comprendre la séreuse. Pour les premiers, les surfaces péritonéales sont adossées par de larges surfaces intactes. Les bords divisés de la séreuse restant en dehors de l'abdomen, leur suintement ne peut pénétrer dans cette cavité. Ces mêmes bords n'étant pas suturés, peuvent ne pas se réunir entre eux, contracter avec les intestins des adhérences et des brides exposant à des étranglements, ou permettre ultérieurement des éviscérations. Pour les seconds, si l'on traverse le péritoine, chaque plaie de l'aiguille fournit de la sérosité et du sang, qui forment corps étranger et peuvent amener des complications. On ne peut faire l'adossement de la séreuse qu'en interposant en partie celle-ci entre les surfaces de section des parois de la plaie, qui, n'étant pas affrontées exactement, se réunissent moins bien et ex-

posent davantage aux éventrations. Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que les résultats heureux ou malheureux de l'opération se sont produits indépendamment des modes de suture, et que des éventrations ont été observées à la suite de l'une et de l'autre manière de faire.

On place les sutures métalliques enchevillées à deux travers de doigt environ les unes des autres, en y comprenant une assez grande largeur de la paroi abdominale, afin d'étrangler moins la plaie, de rétrécir davantage la cavité abdominale, quelquefois très-lâche après l'extraction de kystes, dont quelques-uns renferment parfois de vingt à quarante litres et plus de liquide, et d'immobiliser davantage les viscères, toutes conditions favorables à la résorption de l'air et du sang restés accidentellement dans les anfractuosités péritonéales, malgré l'attention du chirurgien. A la suture enchevillée et profonde on ajoute une suture entortillée superficielle, destinée à prévenir l'entre-baillement des lèvres de la plaie.

*Soins consécutifs.* On a proposé d'appliquer sur l'abdomen de la ouate, des cataplasmes chauds, de la glace, sans que rien de décisif puisse être affirmé à cet égard. Les opiacés, la morphine calment les douleurs, mais doivent être réclamés par des indications positives. Le repos, le silence, une position du tronc un peu élevée pour faciliter le transport des liquides vers le petit bassin, le régime sont les précautions habituelles. Le pédicule doit rester libre et on le touche chaque jour avec du perchlorure de fer, pour prévenir la formation du pus, qui sans cela devient fétide et cause des accidents locaux et généraux. Les lotions détersives sont d'un usage favorable.

Les accidents qui peuvent se montrer après l'opération sont : l'ébranlement nerveux ; rarement le tétanos ; souvent la tympanite, résultant de l'atonie momentanée de l'intestin, ou apparaissant comme signe fâcheux de péritonite, d'étranglement ou de gangrène ; l'hémorrhagie consécutive ; des abcès profonds ; l'infection purulente. Nous n'insisterons pas sur toutes ces complications. Dans la tympanite intestinale, de longues sondes rectales ont quelquefois amené du soulagement. La facilité de la miction est un signe favorable. Parfois il faut avoir recours au cathétérisme. Il paraît indispensable de faciliter les évacuations alvines, soit au moyen de lavements à l'huile de ricin et au séné, soit par quelques légers purgatifs.

L'hémorrhagie consécutive est une complication grave pour laquelle aucune indication spéciale ne peut être donnée : M. Kœberlé, dans un cas où l'hémorrhagie s'était renouvelée plusieurs fois et compromettait la vie de l'opérée, rouvrit la plaie pour rechercher le pédicule, l'isoler et jeter une ligature sur l'artère ovarique, source de l'hémorrhagie ; la malade fut sauvée.

Quelques chirurgiens introduisent, le long du pédicule ou des fils à ligatures, des tubes en caoutchouc ou en verre pénétrant jusqu'au fond du bassin, afin d'offrir une libre issue aux liquides que l'on aspire au moyen d'une poire en caoutchouc vulcanisé. D'autres condamnent cette précaution comme inutile et même dangereuse, les tubes constituant des corps étrangers toujours nuisibles. Il est bon de savoir qu'on peut avoir recours à leur usage par intervalles et ne pas les laisser à demeure. L'expérience n'a pas encore prononcé sur la valeur de ces deux opinions, dont la première est parfaitement rationnelle. Si quelque suintement purulent par la plaie, ou si, la plaie étant fermée, quelque autre signe révélait la présence d'un abcès, il faudrait s'empresse d'agrandir l'ouverture existante ou en pratiquer une pour évacuer le pus. Dans un cas où les accidents semblaient mortels, M. Leith (d'Édimbourg) fit, le seizième jour après l'opération, la ponction vaginale dans le cul-de-sac utéro-rectal, conseillée par Spencer-Wells, et donna issue à une suppuration fétide : sa malade guérit. M. Péan, considérant ce procédé comme plein d'incertitudes et de difficultés ; a proposé de faire, dans la région inguinale, au-dessus du ligament de Fallope, une incision petite, mais complète, des parois abdominales ; d'introduire par cette incision un trocart courbe, avec lequel on traverse de haut en bas et de l'intérieur à l'extérieur le plancher du bassin, au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin, et que l'on fait ressortir par la vulve ; de passer, par la canule, un drain dont une des extrémités sort par la vulve et l'autre par l'incision inguinale. La canule étant retirée et le drain laissé en place, le trocart est replongé de la même manière et traverse de nouveau le plancher du bassin, à une petite distance de la première ponction ; l'extrémité inguinale du drain est engagée dans le pavillon de la canule, que l'on retire par le vagin, de telle sorte que le tube élastique forme une anse dans la portion la plus déclive du bassin, tandis que ses deux extrémités pendent par la vulve et conduisent au dehors les liquides formés dans le bassin. L'incision inguinale est refermée séance tenante. Il est permis de se demander si ce procédé est plus sûr et moins difficile que celui de Spencer-Wells.

*Terminaisons.* Si l'opération ne doit pas réussir, la mort est généralement très-prompte et arrive pendant les deux premiers jours. Au delà de ce terme, les chances de succès augmentent rapidement, et dès le quatrième ou le cinquième jour la guérison est presque assurée.

*Méthode électrolytique.* L'essai d'un courant électrolytique, comme moyen de résolution des kystes ovariens, fait en 1866 à l'Hôtel-Dieu de Paris, est resté sans résultat avantageux. Com-