

ou hémorragiques, au moyen de la ponction électrique; le trocart dans ce cas représente exclusivement le pôle négatif.

D'une façon générale, mieux vaudra limiter aux fibromes et aux névralgies pelviennes l'emploi de l'électricité; c'est surtout dans ces deux affections qu'elle rend de réels services.

Contre-indications.

Il est de toute nécessité de faire un diagnostic certain avant d'employer l'électricité.

Aussi tout médecin s'occupant de l'électrisation des organes génitaux de la femme, doit, s'il pose lui-même l'indication, être un gynécologue instruit. Ne pas électriser les tumeurs kystiques, purulentes, les sarcomes, pris pour des fibromes, car on hâterait l'évolution de la maladie.

Le courant continu aide le diagnostic dans le cas de tumeur à contenu douteux, car la réaction post-opératoire indique, si on a affaire à une tumeur simple ou compliquée.

Les kystes, les tumeurs fibro-kystiques, hors le cas où on évacue la collection liquide par la volta-ponction, les salpingites à contenu purulent, ou soupçonné tel, contre-indiquent l'emploi de l'électricité.

On ne se servirait de cette méthode que pour évacuer une tumeur liquide ou pour cautériser et modifier la cavité une fois l'ouverture obtenue; c'est à la volta-ponction négative qu'il faudrait alors s'adresser exclusivement.

XII

OPÉRATIONS

SOMMAIRE

Généralités.

Salle d'opération. Température.
Table, instruments.
Anesthésie locale et générale.

Opérations.

1° Abdominales.

Boîte à instruments.
Aides, leur disposition.
Soins consécutifs.

2° Vulvaires.

Boîte à instruments.
Aides, leur disposition.
Soins consécutifs.

Appendice.

Position de Sims.
Position de Trendelenburg.
Position gèneupectorale.

Il existe une race de chirurgiens qui ne peut faire une opération sans déborder tout le temps de mauvaise humeur, pestant contre les instruments,

contre le malade, contre les aides, contre tout ce qui les entoure. Il n'y a pas là simple vice de caractère, mais défaut d'éducation chirurgicale. Le talent de l'opérateur ne consiste pas seulement à bien tailler un lambeau ou à extirper dextrement une tumeur, mais à savoir bien préparer une intervention et à dresser ses aides à cet égard, or quand une opération est bien préparée, tout marche en général à souhaits et la mauvaise humeur est inutile.

Cette préparation consiste en une série de détails parfois fastidieux mais très importants à connaître, et dont je vais ici aborder l'exposé.

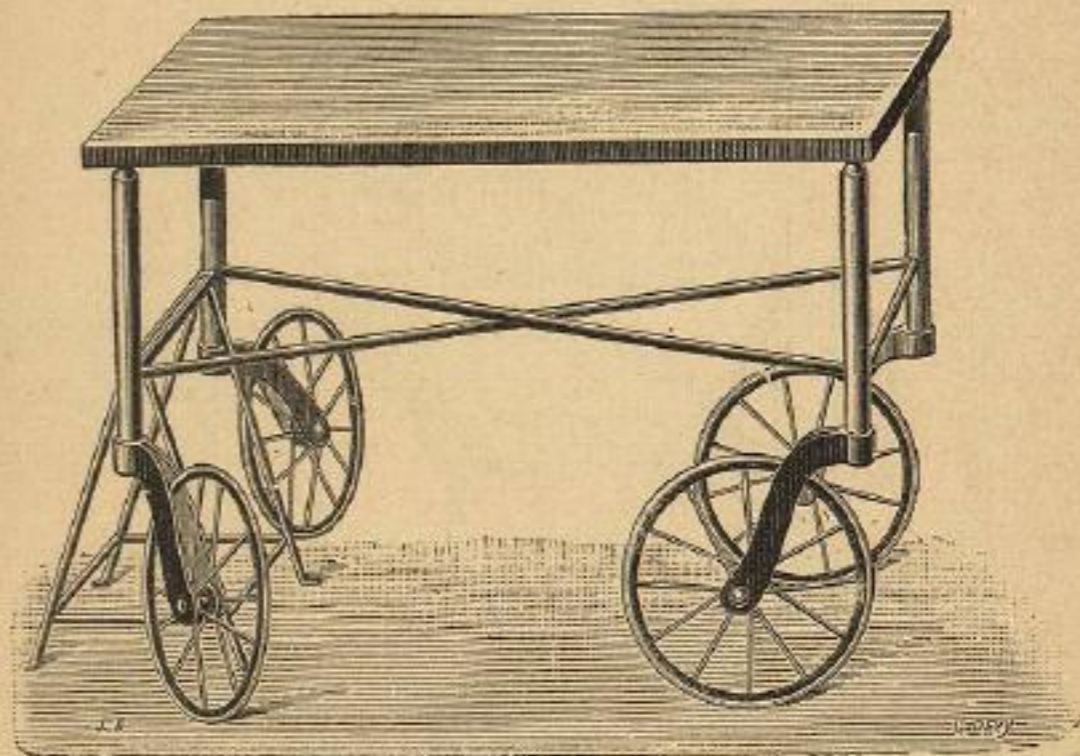


Fig. 91. — Table d'opération roulante, fixation à l'aide d'un chevalet (Auvard).

La pièce dans laquelle on opère doit être aussi nue que possible; la nudité est la base de l'antisepsie. Depuis quelques années, on a construit à l'étranger et en France des salles d'opérations très dispendieuses, c'est un luxe inutile.

Une pièce propre, bien aérée et bien chauffée, largement éclairée, qu'on puisse nettoyer facilement, telle est la salle d'opération idéale.

La température de la salle pendant l'opération doit être de 23°.

En fait de tables d'opération on a également fait des merveilles de construction; prenez une simple table de bois ou de métal.

Le métal est préférable parce qu'il ne pourrit pas sous l'influence de l'humidité (suite de lavages opératoires) et parce qu'il se nettoie plus facilement.

Je me sers d'une table en métal, formant chariot, et qu'on immobilise à l'aide d'un appareil très simple, un petit chevalet représenté par la figure 91.

Comme table à instruments une étagère sur laquelle on placera des pla-

teaux mobiles, ou une table spécialement faite dans ce but, analogue à celle représentée par la figure 92.

L'anesthésie sera confiée à un aide spécial, autant que possible toujours le même.

Pour la plupart des opérations gynécologiques, l'anesthésie totale est nécessaire; pour quelques-unes cependant, périnéoraphie, raccourcissement

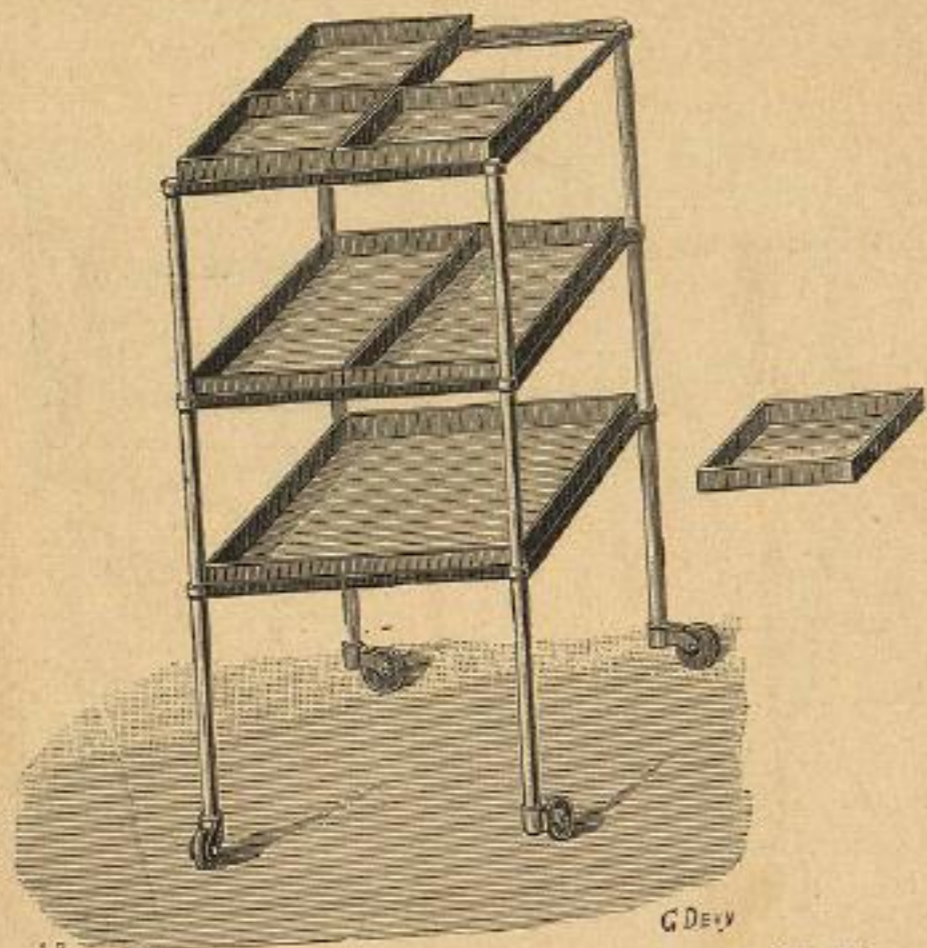


Fig. 92. — Table étagère pour instruments. Un plateau détaché.

des ligaments ronds, etc., on peut se contenter de l'anesthésie locale à l'aide de la cocaïne.

L'anesthésie générale sera faite avec le chloroforme à doses petites et fréquemment répétées¹.

J'arrive aux détails même de l'opération, tout à fait différents suivant qu'on intervient par la voie abdominale ou par la voie vulvaire.

OPÉRATIONS ABDOMINALES (Laparotomie)

Les instruments nécessaires à la plupart des laparotomies sont :

¹ Pour tout ce qui a trait à l'anesthésie, consultez : *Anesthésie chirurgicale et obstétricale*, par Auvar et Caubet. Paris, 1892.

- 1° Une boîte avec bistouris;
- 2° Une paire de ciseaux;
- 3° Un rasoir;
- 4° Deux pinces de Museux;

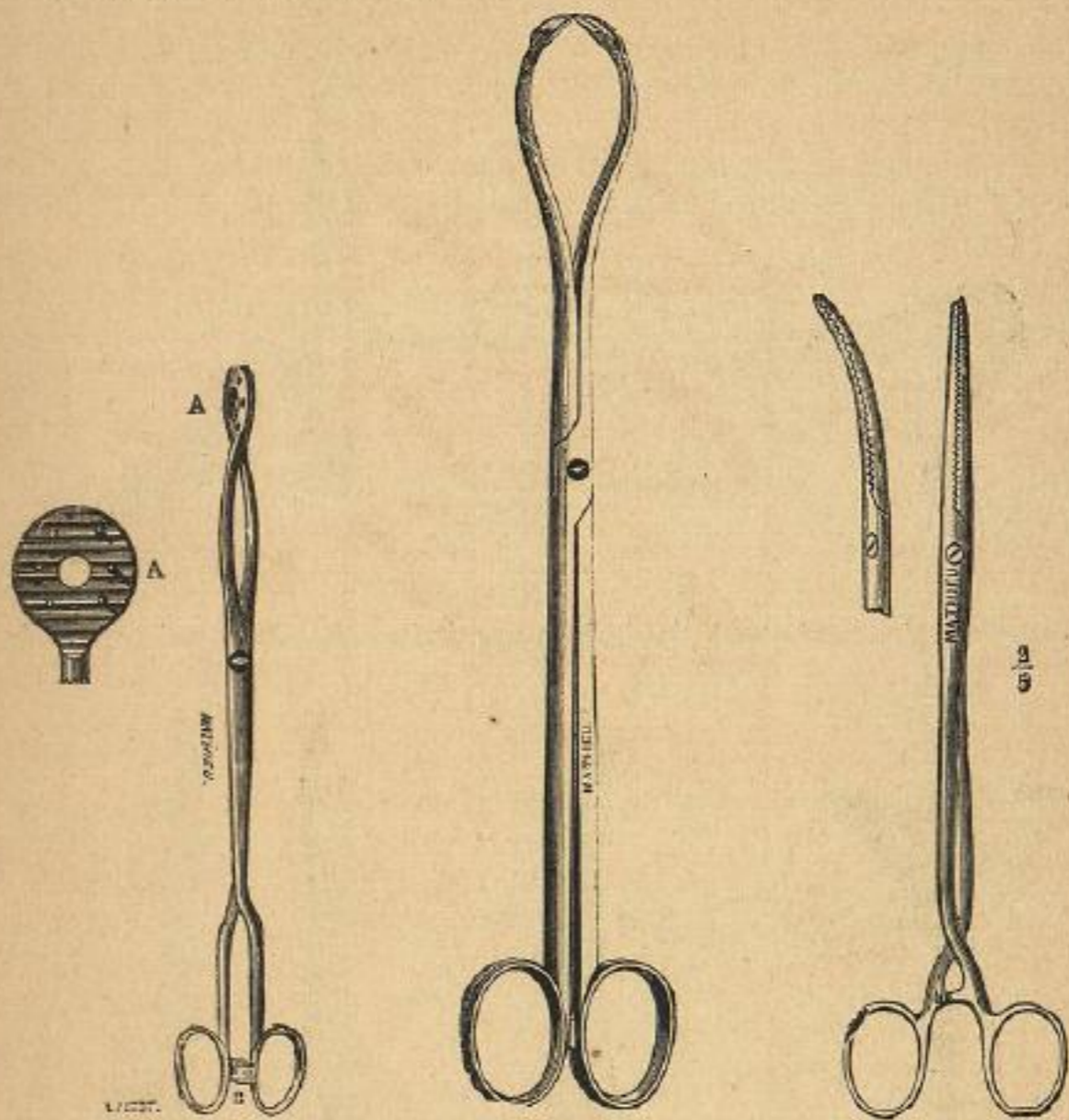


Fig. 93.
Pince de Nélaton.

Fig. 94.
Pince de Chassaignac.

Fig. 95.
Pince languette.

- 5° Quatre pinces de Nélaton (fig. 93);
- 6° Deux pinces de Chassaignac (fig. 94);
- 7° Douze pinces à forci-pression;
- 8° Quatre pinces languettes (fig. 95);
- 9° Quatre longues pinces à pansement pour monter les éponges;
- 10° Deux écarteurs (fig. 96);
- 11° Une aiguille de Deschamps;
- 12° Une sonde vésicale;
- 13° Un trocart pour évacuer le contenu du kyste (fig. 97);
- 14° Un laveur abdominal (fig. 98);
- 15° Pour contenir les aiguilles un flacon en verre avec bouchon métallique,

ou une boîte métallique analogue à celles dont on se sert comme blague à tabac;

16° Un porte-aiguille (fig. 99).

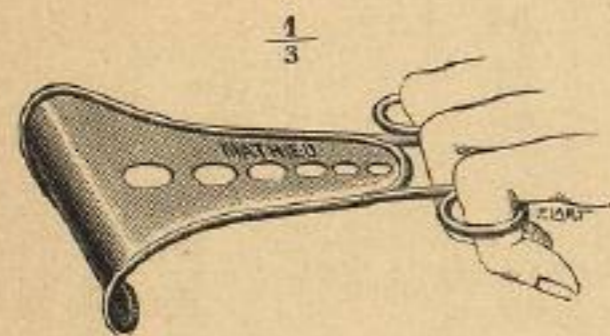


Fig. 96. — Ecarteur (Péan).

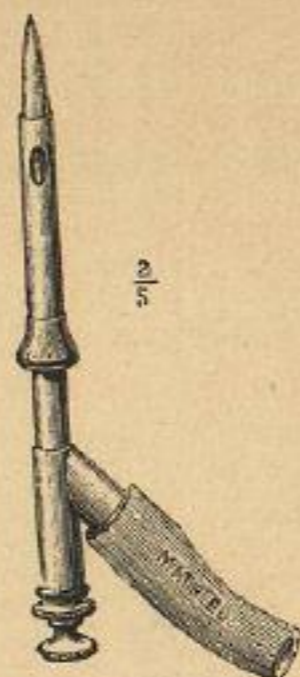


Fig. 97. — Trocart à ovariectomie.

Tous ces instruments sont placés dans une *boîte métallique*, qui permet de

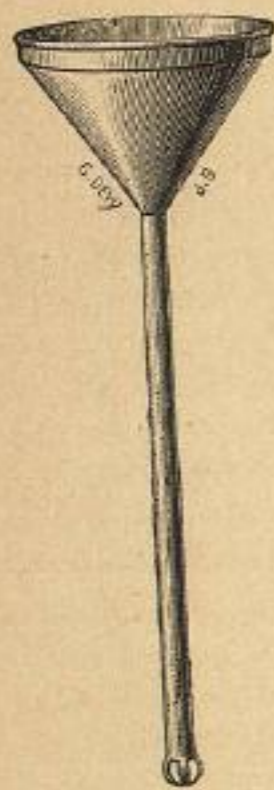


Fig. 98.
Laveur péritonéal (Auvard).

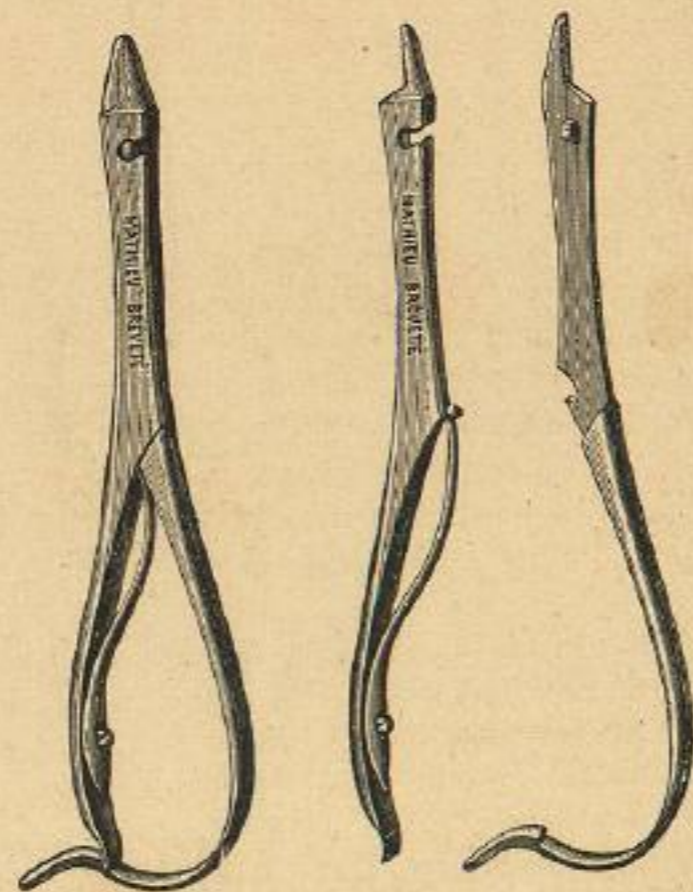


Fig. 99. — Porte-aiguille (Mathieu).

les soumettre à l'action d'une étuve sèche, et au besoin de les transporter, si l'opération doit être faite dans la clientèle de la ville.

On aura des éponges au nombre de 12, ayant subi une préparation spéciale de manière à être aseptiques¹ et six serviettes ayant baigné pendant une heure au moins dans une solution de bichlorure de mercure à $\frac{1}{1000}$.

Le matériel à sutures comprend quatre substances qui répondent à tous les besoins de la gynécologie opératoire, et qui d'ailleurs suffisent également pour la chirurgie générale, à savoir : le catgut, le crin de Florence, la soie, le fil d'argent.

1° Le *catgut* s'emploie de préférence dans la chirurgie du col utérin, il est bon de faire usage de fils assez gros, n° 4 par exemple, afin d'avoir des liens assez résistants et qui ne se résorbent pas trop promptement. Pour la stérilisation de ces fils je donne la préférence au procédé de *Martin*, qui consiste à les laisser tremper :

Pendant quatre jours dans la solution du sublimé au $\frac{1}{1000}$;
— — — dans l'huile de genévrier ;
— — — dans l'alcool.

Puis on le conserve indéfiniment dans l'alcool.

Cette stérilisation doit être faite par l'opérateur lui-même ou un de ses aides directs; on ne saurait en effet avoir confiance au catgut stérilisé par le fabricant.

2° Le *crin de Florence*, *Silk worm gut*, boyau de ver à soie, est extrait de la glande setigère du ver à soie.

C'est le crin dont les pêcheurs se servent pour la ligne, *fishing gut*.

Il a sur la soie l'avantage de couper moins les tissus, d'être moins poreux et exposer moins à l'infection secondaire au niveau des sutures; d'autre part étant plus lisse que la soie, il fait moins souffrir les patients alors qu'on retire les sutures.

Pour la stérilisation le meilleur procédé consiste à le faire baigner et à le conserver dans une solution de sublimé au $\frac{1}{1000}$ préparé sans alcool, car l'alcool le rend cassant; la solution de sublimé pourra être préparée avec l'acide tartrique ou le sel ordinaire.

3° La *soie* est une des substances les plus employées pour les sutures; elle présente à la fois l'avantage de la souplesse et de la résistance; la meilleure est la soie plate et tressée.

La stérilisation s'obtient par l'ébullition suivie de l'immersion dans une solution de sublimé au $\frac{1}{1000}$ préparée sans alcool comme pour le crin de Florence, car l'alcool a ici l'inconvénient de la rendre cassante.

Il est bon que cette stérilisation n'ait pas lieu longtemps avant l'opération, sans quoi à la longue cette substance perd de sa solidité.

¹ Voir Auvard. *De l'Antisepsie en gynécologie et en obstétrique*, 1891, p. 114.

Pour les sutures perdues et pour la ligature des pédicules, elle constitue le meilleur matériel, car pour les premières elle présente toute la souplesse nécessaire, et pour les secondes toute la solidité et résistance désirables; le nœud ne se défait pas, pourvu qu'on ait soin de faire le nœud chirurgical (voir ci-dessous sa description avec figure).

Le fil d'argent sera rarement employé en gynécologie; il ne convient guère que pour la suture osseuse, où aucune autre substance ne peut rivaliser avec lui.

Pour la stérilisation on peut alors qu'il est assez gros le passer à l'étau avec les instruments, sinon le soumettre à l'ébullition.

Bien que je n'ai pas à entrer ici dans les détails des ligatures, qui font partie de la chirurgie générale, il peut être nécessaire, étant donné leur importance pour l'hémostase intra-péritonéale, d'indiquer la façon dont doit être fait un nœud solide, auquel convient réellement la dénomination de *nœud chirurgical*.

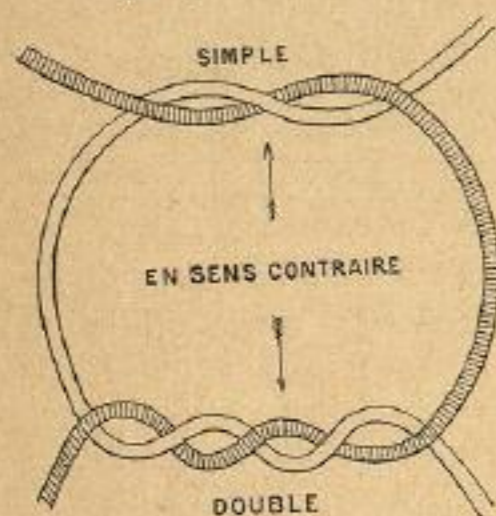


Fig. 100. — Nœud chirurgical. Schéma indiquant le sens de l'entortillement.

Pour la première boucle, les deux chefs de fil seront enroulés deux fois autour d'eux-mêmes (fig. 100) et convenablement serrés; ce double entortillement a l'avantage de prévenir le desserrement pendant qu'on fait la seconde boucle.

La seconde boucle doit être simple et exécutée en sens contraire de la première.

Suffisamment serré, ce nœud, est à toute épreuve au moins avec la soie, car s'il s'agit

de catgut, le gonflement du fil permet le desserrement et même le favorise.

Le dispositif général de la laparotomie est des plus importants, afin que chirurgien et assistants sachent où trouver tous les objets nécessaires au cours de l'intervention. Ce dispositif sera celui indiqué par la figure 101. Cette figure schématique est suffisamment explicite pour me dispenser de toute explication complémentaire.

Au moment de commencer l'opération, la paroi abdominale sera recouverte d'une couche de teinture d'iode mélangée à moitié alcool comme pour la toilette des mains, savonnée jusqu'à disparition de la teinte produite par cet agent médicamenteux, lavée à l'alcool et enfin avec une solution de sublimé à $\frac{1}{2000}$.

Je ne m'arrête pas aux détails de l'intervention qui seront vus ultérieurement avec chaque opération en particulier, de même qu'à toutes les précautions antiseptiques que je ne puis aborder ici.

Qu'il me suffise de rappeler ici que les trois qualités dominantes de toute laparotomie sont :

- La brièveté;
- L'hémostase;
- L'asepsie.

Tout opérateur qui soignera avec l'attention voulue ces trois éléments :

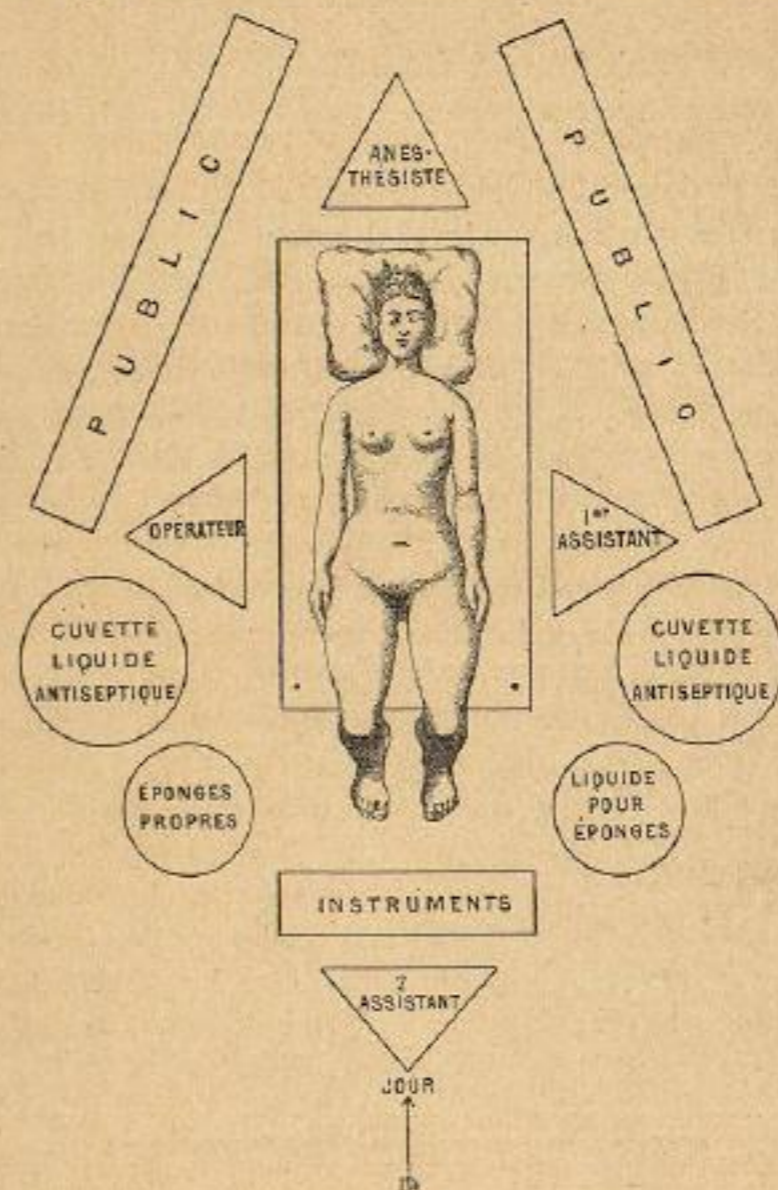


Fig. 101. — Dispositif général pour une laparotomie.

— temps, — sang — et microbes, — se mettra dans les meilleures conditions au point de vue de la réussite.

Un mot seulement sur la conduite post-opératoire, qui est à peu près la même dans tous les cas.

La malade à qui on ouvre le ventre a momentanément une paralysie ou une parésie intestinale.

Pendant les deux premiers jours l'anus reste muet, pendant les deux jours suivants quelques gaz sont rendus, symptôme du réveil intestinal, enfin au cinquième jour en général a lieu la première garde-robe.

Or on donnera :

Pendant les deux premiers jours : boisson très espacée et rare, eau et alcool. La malade a d'ailleurs des vomissements, suite de l'anesthésie, qui empêchent l'alimentation.

Pendant les deux jours suivants : boisson à volonté, bouillon, lait, alcool, champagne, café, thé.

Commencer l'alimentation solide aussitôt que la *première garde-robe a eu lieu*.

Ne jamais permettre le lever avant quinze jours.

Faire porter une ceinture pour soutenir la cicatrice de la paroi abdominale.

Les trois causes de mort les plus fréquentes pendant les jours consécutifs à toute laparotomie sont le *choc*, l'*hémorragie*, la *péritonite*.

Le traitement du choc sera surtout préventif et consistera à éviter pendant l'opération le refroidissement de l'opérée, et aussi d'épargner le sang par une hémostase rapide et soignée. Après l'opération on le combattra par les injections sous-cutanées d'éther, de caféine, en réchauffant la malade, et en lui administrant de l'alcool par la bouche ou en lavement; malheureusement les vomissements de l'anesthésie empêchent le plus souvent de faire usage de la première voie.

L'hémorragie peut se produire pendant l'opération, ou lui être consécutive; pendant l'opération on se conforme aux méthodes habituelles et connues de l'hémostase. Si l'hémorragie est post-opératoire, il ne faudra pas hésiter à rouvrir l'abdomen pour aller à la recherche du point hémorragipare, qu'il importe de lier si on veut sauver la malade.

La péritonite se traitera par les moyens ordinaires.

Quelquefois au bout de trois ou quatre semaines, au moment où l'opérée bien portante va quitter l'hôpital ou commence à sortir, on peut observer la mort subite, due vraisemblablement à une embolie dont le point de départ est dans les veines voisines du champ opératoire. Fort heureusement c'est un accident très rare, contre lequel la thérapeutique est impuissante, mais dont le gynécologue ne doit pas ignorer la possibilité.

OPÉRATIONS VULVAIRES¹

Les instruments nécessaires pour les opérations vulvaires sont les suivants :

- 1° Une boîte à bistouris;
- 2° Une paire de ciseaux;
- 3° Un rasoir;
- 4° Quatre pinces de Museux;
- 5° Quatre pinces à forci-pression;

¹ Par opération vulvaire j'entends toutes les opérations qu'on fait sur la vulve, le vagin et l'utérus par la voie vaginale, de même les opérations sur la vessie, le rectum et l'anus, dans lesquelles on n'intéresse pas la paroi abdominale.

6° Un dilateur utérin (fig. 102);

7° Deux valves vaginales, une supérieure et une inférieure, plus deux écarteurs latéraux.



Fig. 102. — Dilateur utérin à deux branches.

Je me sers, soit de ma valve inférieure pesante, représentée par la figure 103, soit de mon spéculum auto-fixateur (fig. 104);

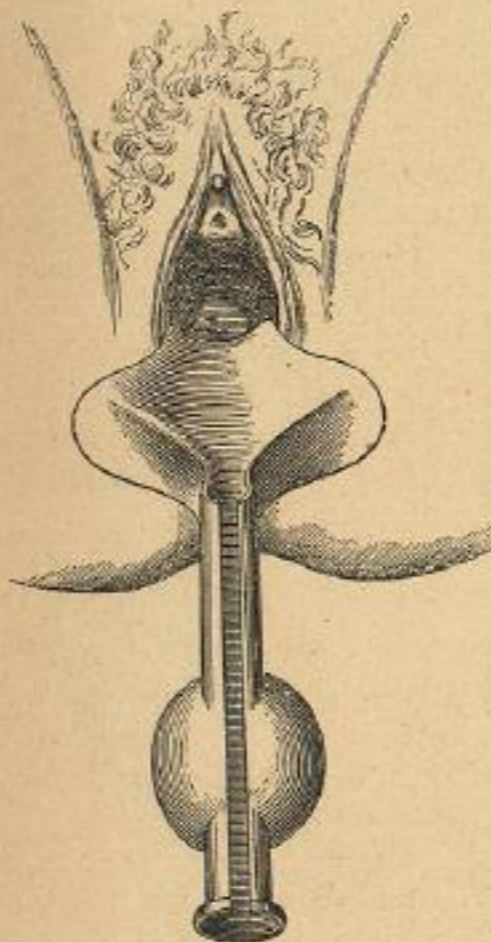


Fig. 103. — Valve vaginale pesante.

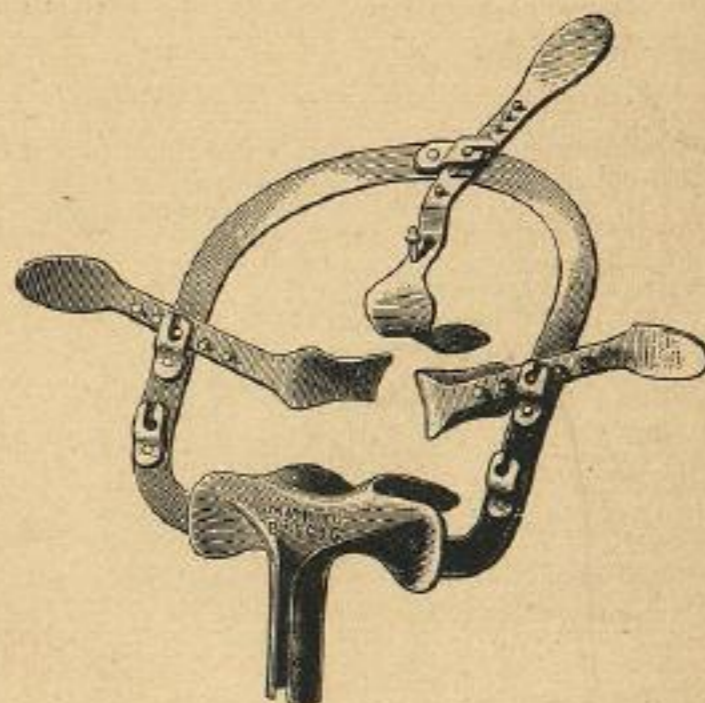


Fig. 104. — Spéculum auto-fixateur.

L'un ou l'autre appareil dispense de l'aide, habituellement nécessaire pour abaisser le périnée.

Il faut en outre comme instruments :

- 8° Deux longues pinces à pansement;
- 9° Un hystéromètre métallique;
- 10° Une aiguille de Deschamps;
- 11° Deux curettes irrigatrices de petit et gros calibre (fig. 105);
- 12° Un râteau cervical, pour ratisser la cavité cervicale et ouvrir les glandes malades qui occupent l'épaisseur de la muqueuse;

- 13° Une pince à disséquer et une pince à griffes;
- 14° Une sonde vésicale;
- 15° Un flacon avec fermeture métallique à vis pour renfermer les aiguilles;
- 16° Un porte-aiguille;
- 17° Les dilataleurs de Hegar, en métal (voir p. 37).



Fig. 105. — Curette irrigatrice (Auvard).

Le tout contenu dans une boîte métallique pouvant aller à l'étuve sèche.

En cas d'opération spéciale, par exemple fistule vésico-vaginale, il faudra y joindre les instruments nécessaires à cette intervention.

Les éponges sont inutiles, car en général on fait les opérations vulvaires avec l'irrigation continue d'eau filtrée ou bouillie. Toutefois en cas d'hy-

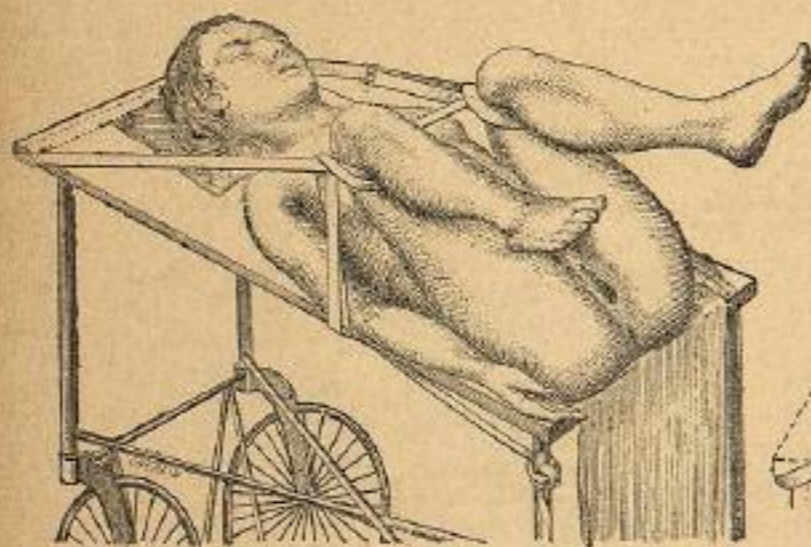


Fig. 106. — Courroie fixant les membres inférieurs pour une opération vulvaire (Auvard).

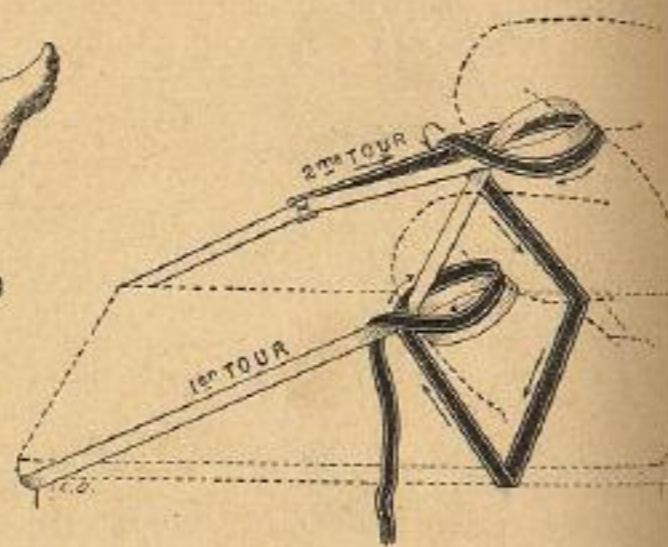


Fig. 107. — Schéma montrant la disposition de la courroie.

stéréctomie ou d'opération spéciale, il est nécessaire d'en avoir quelques-unes, ainsi que du coton aseptisé par le passage à l'étuve avec les instruments.

La femme est placée en position vulvaire après anesthésie; les jambes fortement relevées en arrière sont maintenues par des croissants, ou une courroie (fig. 106 et 107), ou une simple écharpe (fig. 108) ou enfin par des aides; on se sert encore volontiers pour maintenir les membres inférieurs d'appareils appelés en allemand, *Beinhalter* et en anglais *crotch* (fig. 109, 110, 111). Une toile cirée est glissée sous le siège et tombe dans un vase pour y conduire le liquide.

La disposition générale de l'opération est celle indiquée par la figure 112.



Fig. 108. — Echarpe de Dickinson.

Avant de procéder à l'opération, la vulve est savonnée et rasée. On la lave soigneusement avec une solution de bichlorure à $\frac{1}{2000}$, même précau-

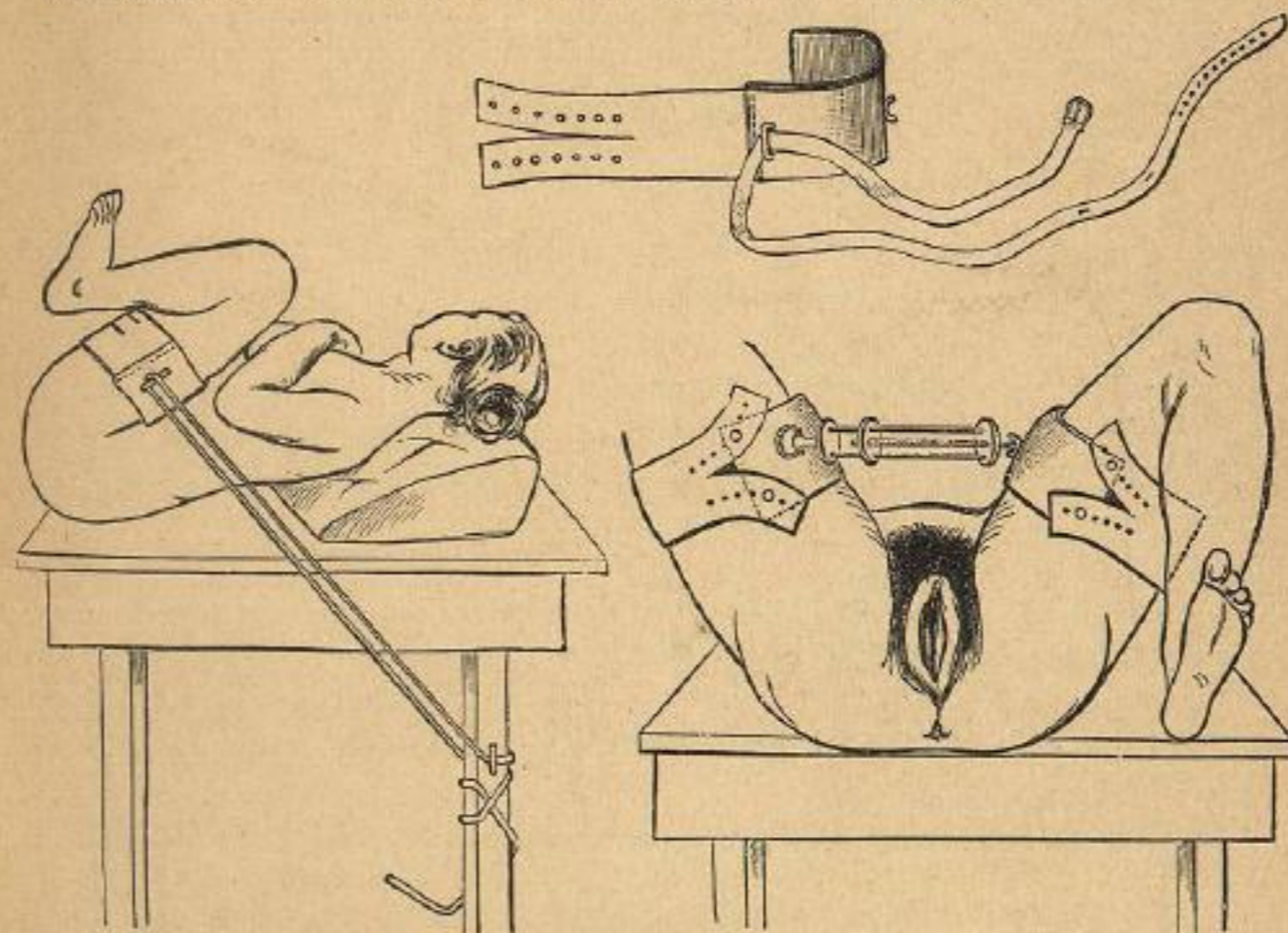


Fig. 109, 110, 111. — Beinhalter de Sänger.

tion pour le vagin, en ayant soin d'en frotter les parois avec les doigts, car le simple contact du liquide ne suffit pas à produire une aseptie suffisante.

Pour éviter l'expulsion des matières fécales pendant l'opération, il faut avoir soin de purger la malade la veille, ou mieux l'avant-veille et de lui donner dans la soirée qui précède l'intervention, une pilule d'extrait d'opium 0,05.

Si des matières s'échappent pendant l'opération, on introduit, pour les arrêter, un tampon de coton dans la partie inférieure du rectum.

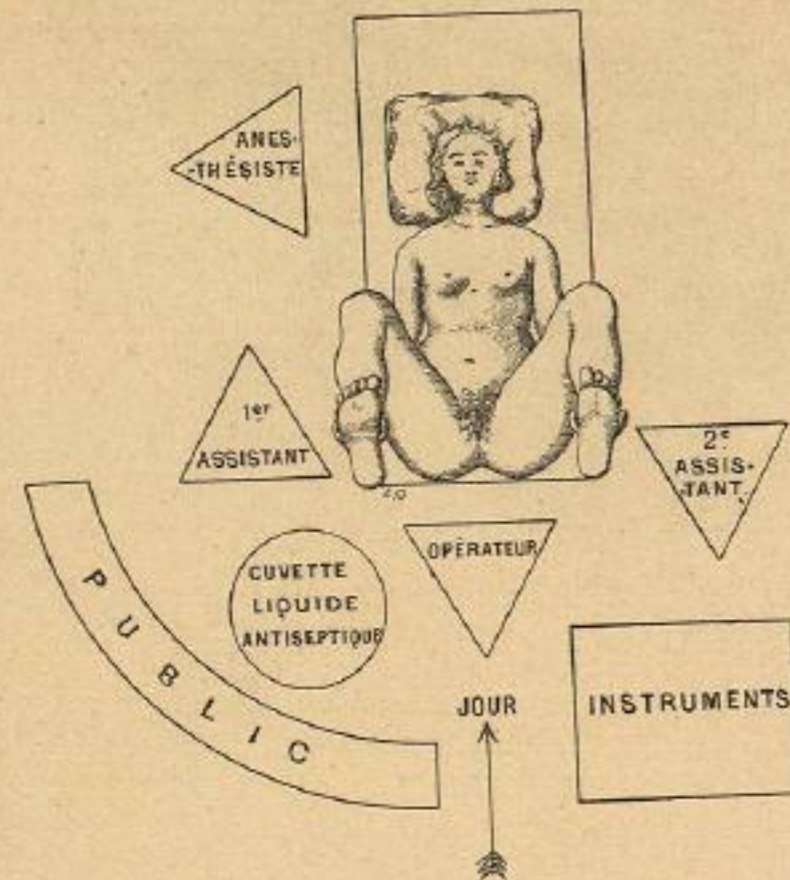


Fig. 112. — Dispositif général pour une opération vulvaire.

A moins de périnéoraphie, on pourra commencer l'alimentation solide aussitôt que les vomissements auront cessé, c'est-à-dire au bout de trente-six à quarante-huit heures. L'appétit de la patiente est d'ailleurs le meilleur guide.

Les deux positions que nous venons de décrire, l'une pour les opérations abdominales, l'autre pour les vulvaires, sont celles qu'on emploie généralement; cependant il en est quelques autres qu'il est indispensable de connaître parce qu'elles peuvent rendre de signalés services dans quelques occasions.

C'est ainsi que les Anglais et beaucoup d'Américains pratiquent les opérations vaginales dans la position latérale ou de Sims, indiquée par la figure 5 (p. 17). Cette position pourra être commode pour opérer certaines fistules vésico-vaginales.

On a également employé dans le même but la position genupectrale

(fig. 6), à laquelle on a renoncé, car l'anesthésie est très difficile dans cette situation, et la femme se fatigue rapidement.

En Allemagne, on opère beaucoup depuis quelque temps dans la position indiquée par Trendelenburg, position abdomino-pelvienne, dont la figure 113 donne l'attitude générale.

Elle est utile dans certaines laparotomies pour permettre de mieux voir dans le petit bassin; les intestins étant éloignés vers le diaphragme par l'action de la pesanteur.



Fig. 113. — Position inclinée de Trendelenburg.

Elle ne gêne en aucune façon l'anesthésie.

Toutefois il n'est pas probable que cette position arrive à être préférée, ainsi que le croient quelques auteurs, à la position horizontale habituelle, mais comme position exceptionnelle elle peut rendre de grands services à l'opérateur.

Enfin dans les cas d'opération difficile, alors qu'après avoir pratiqué la laparotomie, l'utérus se trouve complètement enlevé, il peut être utile pour terminer l'hémostase dans le pelvis, alors qu'on procède par la voie abdominale, d'éclairer par le vagin en faisant placer des rétracteurs, afin d'ouvrir ce canal et laisser pénétrer la lumière jusqu'au fond du bassin, sorte de fenêtre lumineuse qu'on ouvre sur le champ opératoire.

Pour pouvoir procéder de la sorte, on laisse la femme en position dorso-abdominale, le siège affleurant le bord de la table, et on écarte largement les jambes tout en les laissant horizontales.

Cette position abdomino-vulvaire facilite beaucoup toute manœuvre néces-

sitée dans le pelvis pour placer des sutures, ou pour tout autre but chirurgical.

Si nous résumons les diverses positions opératoires, dont il a été précédemment question, nous arrivons aux résultats suivants :

- I. Position génu-pectorale (peu usitée);
- II. Position latérale (peu usitée);
- III. Position dorsale.
 - 1° Vulvaire;
 - 2° Abdominale;
 - 3° Abdomino-pelvienne (Trendelenburg);
 - 4° Abdomino-vulvaire.

La position abdomino-vulvaire ne diffère de l'abdominale que par l'écartement très prononcé des membres inférieurs.

CHAPITRE III

MALFORMATIONS GÉNITALES