

maintenir la partie inférieure de la plaie béante. On a atteint ce but au moyen de tubes de caoutchouc fenestrés, de tubes à drainage, de tubes de verre, introduits entre les lèvres de la plaie. [[Nous trouvons résumées dans un excellent mémoire du docteur Gallez (1), les diverses opinions des chirurgiens à ce sujet, nous ne pouvons mieux faire que de lui emprunter les quelques lignes qui vont suivre.

« Boinet, à cet effet, faisait d'abord usage d'un drain en caoutchouc,

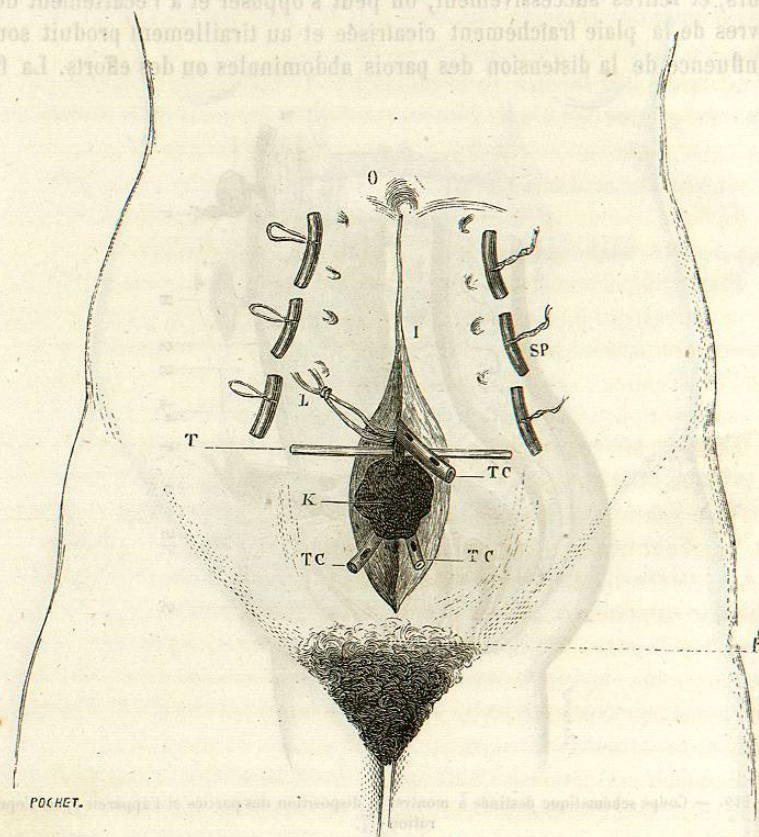


Fig. 220. — Appareil au sixième jour (\*).

mais il a aujourd'hui complètement renoncé à ce moyen évacuateur de la sérosité ou de tout autre épanchement qui pourrait se former; il le considère comme un procédé mauvais et souvent dangereux. En contact continu avec le péritoine et les organes du petit bassin, les drains,

(1) Louis Gallez, *Histoire des kystes de l'ovaire*. Bruxelles, 1872.

(\*) O, ombilic; I, incision; Tc, tube de caoutchouc fenestré; K, kyste imprégné de perchlorure de fer; T, tige d'acier traversant le kyste pour le maintenir à demeure fixe au dehors; P, niveau du bord supérieur du pubis; L, ligatures; SP, suture profonde. (Kœberlé.)

tubes ou canules les enflamment, les font suppurer, et en outre laissent pénétrer l'air dans la cavité abdominale, d'où péritonite par décomposition des liquides. Il ne conseille aujourd'hui le placement d'un tube dans l'angle inférieur de la plaie, que si du pus ou de la sérosité purulente s'était formée dans le fond du petit bassin ou dans les environs du pédicule; si ces liquides s'écoulaient seuls le long du pédicule sur la partie inférieure de la plaie, il préfère les laisser s'écouler ainsi que de placer une sonde à demeure dans le ventre, c'est aussi la pratique de Stilling.

« Fermer aussi complètement que possible l'incision abdominale en ne laissant ni sang ni liquide dans la cavité abdominale, employer le moins de ligatures possible, sont pour Boinet les conditions qui donnent le plus de garanties pour le succès.

« Tyler Smith se servait d'une sonde d'argent courbe, et munie d'un tube évacuateur en caoutchouc.

« Kœberlé, qui avait d'abord employé les tubes de caoutchouc, les remplaça par des tubes de verre dans sa quinzième ovariectomie, il y attache une grande importance; il obtient ainsi l'évacuation complète de la sérosité sanguinolente qui s'amasse dans le bassin pendant les premiers jours, et forme ordinairement le foyer d'une péritonite ou d'une collection purulente consécutive. Les liquides s'écoulaient par les tubes ou sont extraits par aspiration.

« L'abbé imite cette pratique et emploie des tubes de verre à extrémités mousses et à trous latéraux.

« Péan trouve, comme Boinet aujourd'hui, qu'il y a de grands dangers dans le séjour de ces tubes de verre dans la cavité abdominale. Chez une de ses opérées il attribua à ces corps étrangers le point de départ d'une péritonite suppurée, qui a été *exactement circonscrite autour du tube*. Or, c'est précisément cette particularité que Kœberlé invoque pour établir leur innocuité ou plutôt leur avantage, en ce sens qu'ils localisent l'inflammation. Au reste Péan n'hésite pas dans certaines circonstances à utiliser les tubes de Kœberlé ainsi qu'il résulte de son propre aveu.

« Regnault, de Rennes, dans une ovariectomie faite avec succès le 20 mai 1868, croit devoir en attribuer le mérite à cette circonstance qu'il s'est abstenu de laisser à la paroi abdominale une ouverture pour l'écoulement des liquides. Il rejette donc les tubes de verre comme laissant la plaie abdominale ouverte à l'air extérieur, d'où: putridité, décomposition des liquides épanchés: toutes les fois, d'après lui, que l'ovariectomie n'aura pas été trop laborieuse, que des adhérences modérément étendues auront pu être détruites sans hémorrhagie grave, par arrachement ou section au serre-nœud, que le péritoine aura pu être nettoyé complètement, il est avantageux de réunir exactement. L'ouverture permanente et les tubes seront réservés aux cas où l'on prévoit un épanchement intrapéritonéal assez considérable, ce qui doit être rare quand la toilette du péritoine a été soigneusement faite; n'abusez pas de la patience du péri-



toine, recommande-t-il. Chez une de ses opérées, des accidents inflammatoires se développèrent et des abcès considérables se firent jour ou durent être ouverts; le pus fut de bonne nature, sans fétidité; il se demande s'il en eût été de même s'il y avait eu communication permanente avec l'abdomen.

« Nous croyons avec Boinet que ce n'est pas une pratique à généraliser, mais qu'elle rend néanmoins de grands services, alors que ses indications sont précises ainsi que nous venons de l'entendre par Regnault. » Spencer Wells (1), de son côté, a employé avec succès, dans un certain nombre de cas, le drainage du cul-de-sac recto-vaginal.]]

Quelquefois il se produit de la suppuration au niveau des points de suture; mais, sauf le cas où il faut ouvrir de petits abcès, elle diminue vite et a cessé ordinairement avant la fin de la cicatrisation de la plaie.

Pendant toute la durée de la cicatrisation, Kœberlé pratique des lotions sur le ventre avec le sulfate de fer ou le sulfite de soude (Obs. III).

Il peut survenir des hémorrhagies consécutives qui dépendent d'une constriction insuffisante de la base de la tumeur. Dans un cas de ce genre, Kœberlé a détaché le pédicule de la surface à laquelle il commençait à adhérer, et, le liant plus profondément et plus fortement, il arrêta l'écoulement sanguin qui menaçait la vie de la malade.

La médication a été à peu près nulle presque chez toutes les malades de Kœberlé : un peu de glace s'il y avait des efforts de vomissements, quelques centigrammes d'acétate de morphine administrés pendant quelques jours chez quelques-unes, de l'acétate d'ammoniaque chaque jour, et enfin une alimentation légère et conforme aux habitudes de l'opérée, ont constitué tout le traitement médical. Il est évident que des accidents nouveaux pourront donner lieu à des indications nouvelles. Presque toujours la guérison, quand elle doit se produire, marche assez rapidement, et elle est complète le vingt-cinquième ou trentième jour.

Chaque fois qu'il s'est agi de ligatures, suivant l'exemple de M. Kœberlé, et séduit par la beauté de ses résultats, nous avons indiqué les fils métalliques, quoique certains chirurgiens anglais donnent la préférence soit à la soie, soit au chanvre; mais je ne crois pas que, dans l'espèce, la nature des ligatures ait une influence marquée.

L'état de la malade avant l'opération, un diagnostic complet, le milieu dans lequel on opère, l'habileté de l'opérateur, et enfin l'observation des soins consécutifs les plus minutieux, ont assuré les succès remarquables des chirurgiens qui, comme Spencer Wells et Kœberlé, ne mettent pas en pratique le précepte : *de minimis non curat prætor*.

(1) Spencer Wells, *Diseases of ovaries*. London, 1872.

## CHAPITRE IV

## TUMEURS NON MALIGNES DES OVAIRES

On trouve fixées sur les ovaires, ou implantées dans leur tissu, des tumeurs fibreuses analogues à celles qu'on rencontre dans l'utérus. On les trouve souvent en même temps dans les deux organes, et, quel que soit celui de ces deux viscères où on les prend, la structure en est identique à ce point que, séparées de leur lieu d'implantation, le plus scrupuleux examen, dit Cruveilhier, ne permet pas d'en assigner le siège. A la coupe, ils présentent le même tissu fibreux dense traversé dans toutes les directions par des intersections blanches nacrées. Baillie les a décrites avec beaucoup de soin. « L'ovaire est très-augmenté de volume, il est formé d'une substance ferme, solide, traversé par des membranes se dirigeant en différents sens. Le tissu ressemble beaucoup à celui de ces tumeurs qu'on rencontre à la surface externe de l'utérus, et je crois qu'il y a très-peu de tendance à s'enflammer et à suppurer. Ces tumeurs subissent également les transformations cartilagineuses et osseuses dans des proportions plus ou moins grandes. Dans quelques-unes nous ne rencontrons que des îlots cartilagineux ou des noyaux calcaires; mais il y a des cas où la plus grande partie de la tumeur s'est transformée en tissu osseux (1). » On peut quelquefois observer à la surface de l'ovaire des plaques de consistance cartilagineuse ou osseuse dues à une altération morbide de la tunique fibreuse propre de l'ovaire au-dessous du péritoine.

Le volume des tumeurs varie beaucoup : suivant Cruveilhier, il peut varier depuis quelques grammes jusqu'à 30 ou 40 livres; mais Boivin et Dugès (2) sont disposés à croire que dans ces cas il s'agissait de tumeurs squirrheuses. Il est certain, néanmoins, que leur volume s'accroît graduellement, et beaucoup plus qu'aucune autre production morbide de l'ovaire.

Outre les tumeurs fibreuses, on en rencontre encore de différente nature dans l'ovaire. Elles consistent tantôt dans le dépôt de matière tuberculeuse, tantôt d'une substance plus foncée, qu'on désigne sous le nom de *mélanose*. « Mais la maladie scrofuleuse ou tuberculeuse est rarement observée dans l'ovaire : c'est la moins commune de toutes les altérations organiques de l'ovaire (3). »

(1) Kluyskens, *Annales de litt. méd. étrang.*, t. IX, p. 336. — Saviard, *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*. Paris, 1702. — Schlencker, in Haller, *Disp. medicæ*, vol. IV, p. 419.

(2) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 551.

(3) Robert Lee, *Cycl. of pract. med.*, DISEASES OF THE OVARIA.