

sentent une surface unie, égale, une fluctuation et une ondulation généralement faciles à apprécier. Les kystes *multiloculaires* ont une surface inégale, offrent des bosselures et des dépressions; la fluctuation y est très-obscur. Dans les kystes *hydatifères* on perçoit quelquefois une vibration spéciale dite *frémissement hydatique*. Les kystes qui renferment un liquide *séreux* donnent une fluctuation plus franche que ceux qui contiennent un liquide *épais* ou *visqueux*.

**Pronostic.** Les kystes ovariens sont toujours graves; si, dans quelques cas, ils n'exercent pas d'influence fâcheuse sur la santé, il en est beaucoup d'autres où ils compromettent l'existence, soit par leur développement rapide, soit par les accidents auxquels ils donnent lieu.

**Traitement.** Il est palliatif ou curatif.

**TRAITEMENT PALLIATIF.** Lorsque le kyste a pris un certain développement et qu'il exerce une pression pénible sur la paroi abdominale, on soutient l'abdomen au moyen d'un bandage convenable. Si le kyste s'enflamme, on combat cet accident par des antiphlogistiques locaux; si un abcès se développe dans la poche, on en pratique l'ouverture par la paroi abdominale, après avoir fait naître des adhérences entre les parois du kyste et la paroi abdominale, au moyen de la potasse caustique (voy. t. I, p. 168). La dysurie qui se montre dans le cours de cette affection disparaît souvent par le simple décubitus horizontal; si ce moyen échoue, on a recours au cathétérisme.

Lorsque le kyste a pris un volume assez considérable pour produire de la dyspnée, il faut recourir à la *ponction*. Cette opération se pratique à l'aide d'un gros trocart que l'on fait pénétrer par la région antéro-latérale de l'abdomen, au niveau du point le plus saillant de la tumeur. Après la ponction, le liquide se reproduit avec plus ou moins de rapidité; au bout d'un certain temps on est contraint de renouveler l'opération. Il est des malades qui ont subi un nombre considérable de ponctions. Celles-ci, simples dans la plupart des cas, sont quelquefois suivies d'accidents: l'hémorragie est rare; l'inflammation consécutive des parois du kyste est un accident sérieux auquel beaucoup de malades succombent; il en est de même de la péritonite.

**TRAITEMENT CURATIF.** On a essayé de guérir radicalement les kystes ovariens sans opération sanglante; on a préconisé les purgatifs, les sudorifiques, les fondants, des onctions sur la tumeur pendant plusieurs mois avec une pommade à l'iodure de potassium, la compression exercée méthodiquement sur la tumeur. Les moyens chirurgicaux comprennent:

(a) *La ponction suivie d'une injection irritante* dans l'intérieur du kyste. On a particulièrement employé les *injections avec la teinture d'iode*. Cette méthode a été diversement jugée: il résulte d'une statistique due à Velpeau que, sur 130 opérations de ce genre pratiquées par les chirurgiens français, il y a eu 30 morts et 64 guérisons. Encore faut-il, sur les 30 cas malheureux, en déduire 20 qui comprennent des cas de ponction suivie du séjour permanent d'une canule ou d'une sonde dans la plaie; ce qui donne comme résultats 40 morts et 64 guérisons. C'est assurément de toutes les méthodes de cure radicale la moins dangereuse.

(b) *La ponction pratiquée par le vagin*, au niveau du cul-de-sac postérieur de ce canal, en maintenant l'ouverture béante pendant quelques jours au moyen d'une canule de gomme introduite dans la poche. Ce procédé n'est applicable qu'aux cas où le kyste proémine dans le vagin.

(c) *L'incision du kyste.* Ledran se contentait de pratiquer une incision longitudinale à la partie déclive de la tumeur, de manière à diviser le kyste; il introduisait ensuite dans son intérieur une bande de toile effilée afin de déterminer une inflammation et une suppuration du kyste. Cette opération est grave, surtout en raison de la péritonite qui est la conséquence de l'écoulement du liquide du kyste dans le péritoine. Pour prévenir cet accident, on a employé les divers artifices que nous avons indiqués t. I, p. 168.

**Extirpation. Ovariectomie.** Cette opération a été faite pour la première fois avec succès, en 1781, par Laumonier (de Rouen), en 1809 par Dowel (du Kentucky), en 1823 par Lizars (d'Édimbourg). De nos jours, l'ovariectomie a été pratiquée par Atlee, Peaslee, Clay, Bird, Backer-Brown, Spencer-Wells, Langenbeck, Heyfelder, Siebold, Kiwisch; en France, par Woyerkowsky, Rigaud, Maisonneuve, Bach, Kœberlé, Péan, etc. Les circonstances favorables au succès de l'opération sont l'accomplissement de celle-ci dans un lieu éloigné de tout centre de grande population, le séjour dans une habitation bien aérée, en dehors de toute influence épidémique.

On a recommandé une propreté exquise, afin de ne pas porter sur le péritoine des germes de maladies infectieuses. Cette précaution s'applique aux mains du chirurgien et des aides, à tout l'appareil instrumental, aux linges et autres pièces de pansement. La malade est couchée sur le dos, le tronc et les cuisses fléchis pour relâcher l'abdomen, anesthésiée avec toutes les précautions. Le chirurgien, placé à droite de la patiente, incise

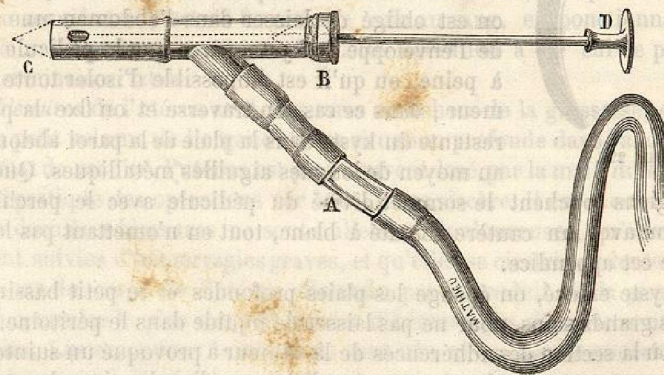


Fig. 295.

sur la ligne médiane la paroi abdominale, couche par couche, entre l'ombilic et le pubis, au moyen d'un bistouri à lame convexe. Quand il est arrivé au péritoine, il ouvre cette membrane en dédoulant, après quoi il la fend sur une sonde cannelée, en recommandant aux aides de presser de



chaque côté sur la tumeur pour faire saillir celle-ci à travers la plaie et prévenir la sortie des intestins. Le chirurgien introduit une main dans la cavité abdominale pour se rendre compte des adhérences du kyste avec les parties environnantes. Il faut rompre ces adhérences, soit par une traction simple si cela est possible, soit en les disséquant, soit en excisant certaines brides entre deux ligatures préalablement appliquées si on craint une hémorragie. Si le kyste est trop volumineux pour faire ces manœuvres, on le vide par une ponction; pour cela on se sert d'un *trocart* (fig. 295) de 1 centimètre de diamètre, dont le poinçon est une tige mince terminée par une pointe d'acier qui joue le rôle de piston dans la canule. En retirant ce poinçon qu'arrête un ressort à cliquet, le liquide du kyste s'écoule par un tube (A) qui est soudé obliquement sur la canule et communique avec cette dernière. La canule principale est pourvue d'érignes cachées dans une gaine; ces érignes permettent de fixer l'instrument aux parois du kyste. Si la tumeur est uniloculaire, on l'attire au dehors avec les mains ou des pinces

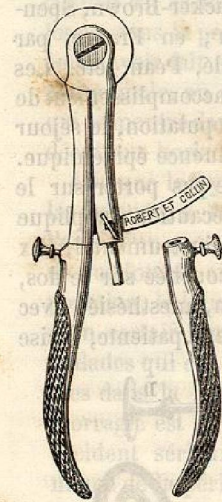


Fig. 296.

de Museux, à mesure que le liquide s'écoule par la canule du trocart; de cette façon on prévient l'issue du liquide dans le péritoine. En cas de kyste multiloculaire, on fait de nouvelles ponctions sur les loges restées entières. Dès que la tumeur a été entraînée au dehors, on en saisit le pédicule entre les branches d'une sorte de pince en forme de compas appelée *clamp* (fig. 296), qui étrangle la portion étreinte par un simple mouvement de pression, ou dans l'anse d'un fil métallique adapté à un serre-nœud. Le pédicule est alors divisé entre l'instrument constricteur et le kyste. L'instrument constricteur doit rester à la surface de la plaie abdominale. Quelquefois on est obligé de laisser dans l'abdomen une partie de l'enveloppe du kyste, parce que le pédicule existe à peine, ou qu'il est impossible d'isoler toute la tumeur; dans ce cas, on traverse et on fixe la portion restante du kyste dans la plaie de la paroi abdominale au moyen de longues aiguilles métalliques. Quelques chirurgiens touchent le sommet divisé du pédicule avec le perchlorure de fer ou avec un cautère chauffé à blanc, tout en n'omettant pas la ligature de cet appendice.

Le kyste enlevé, on éponge les plaies profondes et le petit bassin avec les plus grands soins, pour ne pas laisser de liquide dans le péritoine. Dans le cas où la section des adhérences de la tumeur a provoqué un suintement de sang, on arrête ce dernier par des ligatures, l'application du perchlorure de fer, le cautère actuel. Les fils à ligature sont toujours ramenés au dehors à travers la plaie de la paroi abdominale. Cette dernière solution de continuité est fermée par une suture métallique enchevillée, à laquelle on ajoute une suture entortillée superficielle. Dans la première suture on comprend ou non le péritoine. L'opérée est reportée dans son lit, le corps

maintenu à une température chaude et constante. Péan applique sur l'abdomen une couche de *collodion*. Le pédicule est touché tous les jours avec du perchlorure de fer, afin de prévenir la formation du pus.

Les accidents notés après l'ovariotomie sont : l'épuisement nerveux, le tétanos, la tympanite intestinale, la péritonite, l'hémorragie consécutive, des abcès profonds, l'infection purulente.

*Résultats de l'ovariotomie.* D'après une statistique due à Kœberlé, il y a eu, sur 100 opérations, 71 succès et 29 insuccès. Spencer Wells (de Londres) a obtenu, sur 250 ovariectomies, 72 pour 100 de guérison; Atlee (de Philadelphie) est arrivé à des résultats aussi satisfaisants.

## SECTION XLV.

## MALADIES DE L'UTÉRUS.

L'utérus est exposé à des *anomalies* : ainsi on a constaté l'absence de cet organe, l'*atrophie* de la totalité de la matrice ou du col seulement. Lisfranc parle de l'*hypertrophie* congénitale du col. Lorsqu'une des moitiés de l'utérus est atrophiée, on dit qu'il y a *hémimétrie*. Il y a des utérus *doubles*, c'est-à-dire que l'organe est séparé en deux parties par une cloison. Le col peut être *oblitéré* par une membrane ou un tissu plus ou moins épais, ce qui donne lieu à des troubles graves à l'époque de la puberté, à cause de la rétention des menstrues; le seul mode de traitement, lorsque ces accidents se manifestent, est de frayer une voie au sang, en ponctionnant le col avec un trocart ou un bistouri. Cette opération a été suivie parfois d'une terminaison fatale.

Les *blessures* de l'utérus sont très-rares en dehors de la grossesse, ce qui tient au petit volume de l'organe et à sa situation profonde dans l'abdomen. Dans l'état de vacuité, l'utérus est plus souvent lésé par la main du chirurgien qui pratique des opérations sur le col de ce viscère. Il est bien reconnu que ces dernières blessures ne sont nullement douloureuses, qu'elles sont rarement suivies d'hémorragies graves, et qu'elles se cicatrisent lentement. Les lésions du corps de l'utérus distendu par le produit de la gestation sont au contraire le plus souvent suivies d'hémorragie, d'avortement et de péritonite. Les exceptions à cette règle sont très-rares. Les blessures faites par le chirurgien, l'opération césarienne notamment, ne sont pas toujours fatales.

Les *ruptures* de la matrice ne s'observent que pendant la grossesse. Les *corps étrangers* qui pénètrent dans l'utérus ne peuvent s'arrêter dans cet organe que lorsqu'il est amplifié par la grossesse; encore leur séjour est-il de courte durée, parce qu'ils sont expulsés par le travail de l'avortement