

II. *Avec l'hydropisie des trompes de Fallope.* — L'examen attentif par le vagin et le rectum, les symptômes les plus saillants, tels que la pesanteur, la pression sur la partie postérieure, la dysurie, la constipation.

III. *Avec une grossesse au début.* — L'examen fait distinguer l'ovaire du fond de l'utérus; le diagnostic peut être rendu plus difficile par l'existence d'une grossesse et d'une hydropisie enkystée.

IV. *Avec les tumeurs siégeant dans le tissu cellulaire, compris entre le vagin et le rectum.* — La mobilité sert de diagnostic.

Une fois que l'hydropisie enkystée fait saillie dans l'abdomen, il faut établir le diagnostic :

I. *Avec la distension de la vessie* (1). — L'examen par le vagin et avec la sonde éclairera le médecin sur la nature de la maladie.

II. *Avec l'ascite.* — Les limites bien arrêtées de la tumeur, le développement plus marqué d'un côté, l'absence de changement, quand on change la position, une fluctuation obscure distingueront le kyste ovarien de l'ascite.

L'examen par le vagin, qui permet de reconnaître l'élévation de l'utérus, l'examen par le rectum qui fait reconnaître le développement exagéré d'un ovaire. La percussion a ici une grande valeur. Dans l'hydropisie de l'ovaire, la tumeur donne partout un son sourd; dans l'ascite, à moins que l'abdomen ne soit considérablement distendu, la portion supérieure donne un son relativement clair si la malade est couchée sur le dos ou sur le côté. Les symptômes généraux sont moins marqués dans l'hydropisie de l'ovaire que dans l'ascite (2).

III. *Avec la péritonite chronique.* — L'obscurité du son, la mollesse de l'abdomen, les gaz et les symptômes qui tiennent à l'adhérence des intestins caractérisent suffisamment cette maladie.

IV. *Avec la grossesse.* — La durée de la maladie, les résultats comparatifs de l'auscultation, l'examen vaginal et rectal, servent à éclairer le diagnostic. Il faut se rappeler, cependant, que si la tumeur renferme quelques artères volumineuses, il peut se produire un bruit de souffle qui rappelle fort bien le souffle placentaire. Bouillaud (3) rappelle deux faits semblables : il y avait un bruit de souffle intermittent, qu'il attribue à la compression de quelques artères volumineuses.

V. *Avec la grossesse extra-utérine.* — L'historique de la maladie et l'examen interne et externe suffisent.

VI. *Avec les tumeurs utérines.* — La sonde utérine, le toucher vaginal feront reconnaître la position et la dimension de l'utérus, et les dif-

(1) La vessie distendue a pu être prise pour une hydropisie enkystée; on a même, en cas de grossesse, ponctionné l'utérus. (Blundell, *Diseases of women*, p. 111.)

(2) Voyez, sur le diagnostic de l'hydropisie avec l'ascite, Rostan, *Nouveau journal de médecine*, 1818.

(3) Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*. Paris, 1841.

férences dans le ballotement communiqué par la percussion sur l'abdomen.

VII. *Avec les affections malignes des ovaires.* — Le développement rapide coïncidant avec des symptômes peu graves sont toujours d'un heureux augure. Dans les affections malignes, la marche est toujours beaucoup plus lente (1).

J. H. Bennet (d'Édimbourg) a proposé l'examen au microscope du liquide extrait par la paracentèse.

Il y a dans ce liquide des flocons qui ne sont pas formés de lymphes, mais d'une agglomération de cellules dont le diamètre varie de  $1/100^{\circ}$  à  $1/40^{\circ}$  de millimètre. Elles sont légèrement granuleuses, rondes ou ovales, inaltérables à l'eau, devenant plus transparentes par l'addition d'acide acétique : elles renferment un noyau de  $1/100^{\circ}$  à  $1/40^{\circ}$  de millimètre. Les cellules indurées sont enveloppées dans une matière granuleuse que l'on peut facilement rompre. Elles ressemblent à celles qui forment la surface épithéliale de certaines membranes. La surface interne des kystes ovariens est tapissée par une membrane délicate, recouverte par des cellules épithéliales à noyau, identiques avec celles qu'on trouve dans le liquide (2).

#### § VII. — Pronostic.

Le pronostic se base sur le diamètre de la tumeur, la durée de la maladie, l'état local et la constitution de la malade.

#### § VIII. — Traitement.

I. *Traitement médical.* — Au début, quand la tumeur est encore dans le bassin, on peut essayer d'un traitement palliatif, bien que le résultat en soit fort douteux. On emploiera les diurétiques, les diaphorétiques (3), les purgatifs, des frictions sur l'abdomen. Quelquefois ces moyens ont paru avoir quelque utilité. Mais en général, et c'est là mon opinion, ils n'offrent aucun avantage. Simpson explique l'inutilité de ces moyens par la nature non absorbante des kystes ovariens.

On a essayé une percussion douce, jointe à une compression modérée, et il paraît y avoir eu quelques succès.

Hamilton (4) dit qu'après une expérience de seize années, il a réussi à guérir ou à améliorer un certain nombre de cas, par la compression de l'abdomen, la percussion, l'usage de bains chauds, etc.

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 103.

(2) Bennet, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1<sup>er</sup> avril 1816, p. 403.

(3) Voyez Herpin, *Union médicale*, 1855.

(4) Hamilton, *Practical Observations*. Edinburgh, 1836, 1<sup>re</sup> partie, p. 102, 405, 108.

L'administration du muriate de chaux, joint aux moyens ordinaires, peut améliorer l'état général des malades. On a momentanément obtenu quelque avantage à faire des frictions mercurielles, mais leur emploi prolongé offre des inconvénients sérieux. On s'est servi plus utilement de l'iode, mais les guérisons sont trop douteuses pour qu'on puisse y ajouter beaucoup de confiance. Il faut user de ce médicament avec beaucoup de précautions et seulement en l'absence de tout symptôme inflammatoire.

[Quoi qu'il en soit des demi-succès qu'ont pu donner les moyens médicaux, on peut encore en dire aujourd'hui ce qu'en disait Boyer, c'est-à-dire qu'ils n'ont aucun effet pour guérir l'hydropisie enkystée de l'ovaire; mais encore qu'ils sont impuissants à en ralentir la marche, ces modifications peuvent même, dit-il, devenir nuisibles en dérangeant les fonctions digestives.]

II. *Incision.* — La chirurgie seule est donc capable de rendre aux malades atteintes de kystes de l'ovaire des services réels, soit en parant momentanément aux accidents immédiats que déterminent les kystes de l'ovaire, lorsqu'ils prennent des proportions considérables, soit en détruisant la cause même du mal. C'était ce qu'avaient déjà compris les chirurgiens du siècle dernier qui, comme Ledran (1), Houston (2), Delaporte (3), Morand (4), Voisin (5), Portal (6), faisaient au kyste ovarique une large incision et voulaient déterminer l'exfoliation du sac. Ce moyen, quoique ayant donné des succès, est abandonné aujourd'hui. [[ M. Spencer Wells le considère d'ailleurs comme plus dangereux que l'ovariotomie elle-même (7). ]]

III. *Ponction.* — On eut alors recours à la simple ponction qui, très-exceptionnellement, a pu constituer un moyen curatif, mais qui n'est employée aujourd'hui que pour pallier les troubles graves qui surviennent à un moment donné du côté des organes digestifs ou respiratoires. Petit-Radel, Ledran, Monro, ont mentionné des cas où la ponction a amené la guérison, mais généralement le soulagement n'est que temporaire.

[Cette opération, comme nous venons de le dire, est toujours un moyen extrême et dont les bénéfices ne sont qu'exceptionnellement durables. Elle ne peut être faite avec avantage que dans des conditions données. Le kyste doit être uniloculaire, le liquide contenu doit être peu épais et limpide.]

Les objections qu'on lui a opposées sont : 1° que la femme peut suc-

(1) Ledran, *Mém. de l'Acad. de chirurgie*, t. II, p. 433, 482.

(2) Houston, *Philosophical Transactions*, t. XXXIII, p. 5.

(3) Delaporte, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. II, p. 452.

(4) Morand, p. 451.

(5) Voisin, *Recueil périodique*, t. XVII, p. 381; *Journal de Sédillot*, t. XLVI, p. 230

(6) Portal, *Cours d'anatomie*, t. II, p. 554.

(7) Spencer Wells, *Diseases of the ovaries, their diagnosis and treatment*. London, 1872.

comber à l'épuisement causé par l'évacuation rapide d'une très-grande quantité de liquide; 2° il peut survenir une péritonite mortelle; 3° le sac peut s'enflammer et la mort peut s'ensuivre; 4° le kyste se remplit si rapidement que l'opération doit être souvent répétée; 5° l'opération peut être inutile si l'on a affaire à des kystes multiloculaires, ou si le liquide est trop épais pour s'écouler par la canule, ou enfin s'il existe des hydatides; 6° elle pourra accélérer la mort, si à l'hydropisie se joint une dégénérescence cancéreuse.

Sur 20 cas, cités par Southam (1), et tirés de sa pratique, de celle des docteurs Bright et Barlow, 14 femmes moururent dans les neuf mois qui suivirent la première opération; 4 de celles-ci ne survécurent que quelques jours; sur les 6 autres, 2 moururent en dix-huit mois, et 4 survécurent entre quatre et neuf ans. Il est évident maintenant que la ponction ne prolonge pas la vie en moyenne pendant plus de dix-huit mois et dix-neuf jours, et que sur cinq malades une succombe aux suites de la première opération. Sur 46 cas recueillis par Safford Lee, 37 moururent et 9 se rétablirent; 15 succombèrent un mois environ après l'opération; 17 après deux ans et 5 entre trois et quinze ans après l'opération. Sur 64 cas, publiés par Kiwisch en 1856, 9 moururent le premier jour; 6 après la seconde ponction; 15 entre la troisième et la sixième. Il y eut trois améliorations notables et une guérison.

Il ressort de là que sur 109 cas, 46 succombèrent après la première ponction (c'est-à-dire 4 sur 2 1/3), 10 moururent après la seconde opération, 25 entre la troisième et la sixième, 15 entre la septième et la douzième, et 13 survécurent à la douzième.

West établit que sur trente et une femmes qu'il a eu l'occasion de soigner, deux ont succombé à la première ponction et une après la seconde (2). [[ M. Spencer Wells (3) pense que la ponction abdominale des kystes est une opération utile et quelquefois curative. Il ne croit pas qu'elle présente les inconvénients qu'on lui a reprochés. La ponction vaginale lui a donné quelques succès, unie au drainage; mais la ponction par le rectum lui paraît dangereuse. ]]

Tous ces résultats devront être pris en sérieuse considération avant d'entreprendre cette opération, mais, malgré tout, le désir de prolonger la vie menacée d'une femme doit nous engager à agir.

On placera la malade le plus près possible du bord de son lit, sur un plan horizontal, légèrement inclinée sur le côté malade, et l'opération sera pratiquée tout à fait comme la paracentèse abdominale. On aura le soin de choisir le point culminant de la tumeur, ainsi que le conseille

(1) Southam, *London medical Gazette*, 1834; *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, juin 1844.

(2) West, *On diseases of women*, part. II, p. 134.

(3) Spencer Wells, *Diseases of the ovaries, their diagnosis and treatment*. London, 1872.

Bright (1). Par la percussion, on se sera assuré qu'il n'y a au-devant de la tumeur aucune portion du tube intestinal. Le trocart enfoncé d'un coup sec devra pénétrer profondément dans le kyste, afin que les parois en se rétractant n'abandonnent pas la canule du trocart. On surveillera l'écoulement du liquide, et si les forces de la malade paraissaient s'épuiser, ou si celle-ci semblait menacée d'une syncope, on arrêterait momentanément l'écoulement du liquide, ou même on ne viderait pas complètement la cavité du kyste.

La main, appuyée sur la cavité abdominale, suivra le retrait des parois,

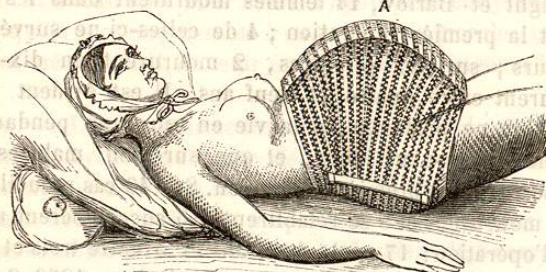


Fig. 197. — Appareil compressif de caoutchouc de Bourjeaurd.

et un bandage de corps ou un appareil de caoutchouc de Ph. Bourjeaurd (2) sera appliqué autour du ventre (fig. 197) aussitôt l'opération terminée (3).

Ma propre expérience ne m'a jamais montré aucun inconvénient à pratiquer cette opération. Je partage l'avis de Simpson, qui dit qu'elle doit être différée aussi longtemps que l'exige la prudence, puisqu'il est évident que de nouvelles ponctions seront nécessaires à des intervalles de plus en plus rapprochés et qu'enfin la malade succombera évidemment à un long épuisement; on aura soin, avant d'entreprendre une ponction, de s'assurer si la malade n'est pas enceinte; on aura soin également de vider la vessie, car on a cité des cas où l'utérus gravide et la vessie pleine ont été ponctionnés en lieu et place d'un kyste de l'ovaire.

S'il y a plusieurs loges dans le kyste, il est conseillé de faire plusieurs ponctions ou bien, si le liquide est trop visqueux, on a donné le conseil de faire une large incision. Dans quelques cas, on a cru utile de faire la ponction du kyste par le vagin (4), soit à l'aide du lithotome de Demarquay

(1) Bright, *Arch. gén. de méd.*, 1838.

(2) Ph. Bourjeaurd, *Note sur le kyste de l'ovaire* (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1856-1857, t. XXII, p. 284). — *Coup d'œil sur l'emploi de la compression par les appareils élastiques* (*Bulletin de thérapeutique*, t. LII, p. 489).

(3) Voyez Bricheteau, *Sur l'utilité de la compression*. (*Arch. gén.*, t. XXVIII, p. 92) — Isaac Brown, *Arch.*, 1845, t. IX, p. 231.

(4) Gallisen, *Systema chirurgiæ hodiernæ*, 1775. — Macarn, in Sabatier, *Med. oper.*, t. I, p. 210. — Delpech, *Journ. gén. de méd.*, 1813. — Arnott, *London med. Gaz.*, mai

(fig. 198), soit, comme le conseille Scanzoni (1), à l'aide d'un trocart d'environ 27 centimètres de longueur (fig. 199) et d'un bistouri à large dos (fig. 201) ou même par le rectum (2).

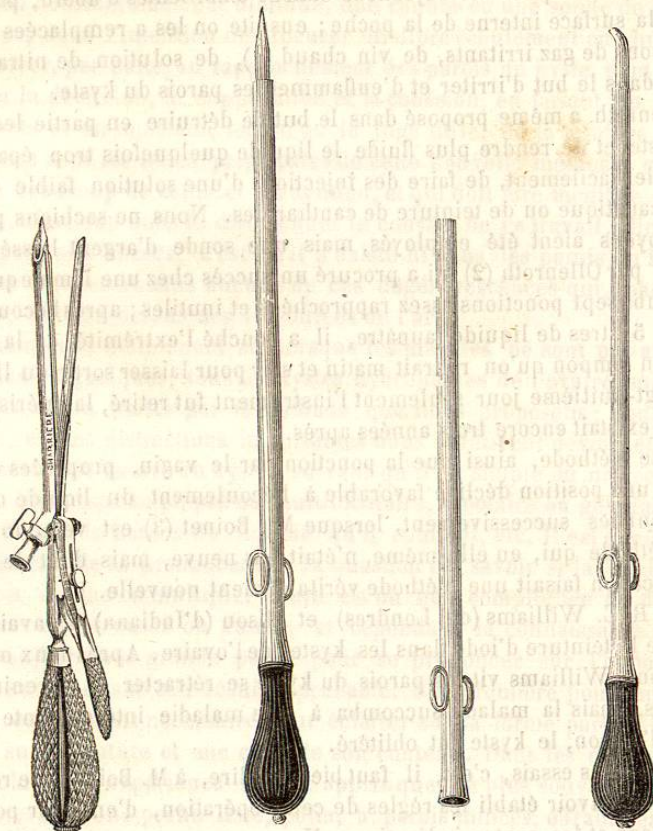


Fig. 198. — Lithotome de M. DEMARQUAY (\*). Fig. 199. — Trocart pour la ponction vaginale des kystes de l'ovaire. Fig. 200. — Canule du trocart. Fig. 201. — Bistouri pour dilater l'ouverture pratiquée.

Il est évident que devant les résultats peu satisfaisants donnés par la ponction, on devait chercher, après avoir obtenu un soulagement temporaire, à arriver à la cure radicale des kystes de l'ovaire. Tous les moyens

1839; *Arch. gén.*, 1839; *Gaz. méd.*, 1839, t. VII, p. 421. — Ogden, *London, med. Gaz.*, janvier 1840; *Gazette des hôpitaux*, 1840, t. II, p. 432. — Stoltz, in Hirtz, thèse inaugurale.

(1) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*, trad. française, Paris, 1858, p. 399.

(2) Tavignot, *l'Expérience*, 1840, t. V et VI.

(\*) Mousse ou pointu à volonté, d'une gaine à coulisse et munie d'une canule évacuatrice à robinet.

tentés aboutissaient à déterminer l'inflammation des parois du sac et leur adhérence. On a fait dans la tumeur des injections, on y a introduit des mèches, des sondes, des canules pour entretenir l'écoulement du liquide ou du pus. Les injections étaient émollientes d'abord, pour nettoyer la surface interne de la poche; ensuite on les a remplacées par des injections de gaz irritants, de vin chaud (1), de solution de nitrate d'argent, dans le but d'irriter et d'enflammer les parois du kyste.

Ollenroth a même proposé dans le but de détruire en partie les parois du kyste et de rendre plus fluide le liquide quelquefois trop épais pour s'écouler facilement, de faire des injections d'une solution faible de potasse caustique ou de teinture de cantharides. Nous ne sachions pas que ces moyens aient été employés, mais une sonde d'argent laissée à demeure par Ollenroth (2) lui a procuré un succès chez une femme qui avait déjà subi sept ponctions assez rapprochées et inutiles; après l'écoulement de 4 à 5 litres de liquide jaunâtre, il a bouché l'extrémité de la canule avec un tampon qu'on retirait matin et soir pour laisser sortir du liquide. Le vingt-huitième jour seulement l'instrument fut retiré, la guérison eut lieu et existait encore trois années après.

[Cette méthode, ainsi que la ponction par le vagin, proposées comme offrant une position déclive favorable à l'écoulement du liquide ont été abandonnées successivement, lorsque M. Boinet (3) est venu indiquer une méthode qui, en elle-même, n'était pas neuve, mais dont le mode d'application faisait une méthode véritablement nouvelle.]

Déjà R. C. Williams (de Londres) et Alison (d'Indiana) (4), avaient injecté de la teinture d'iode dans les kystes de l'ovaire. Après deux ou trois injections, Williams vit les parois du kyste se rétracter et devenir plus épaisses, mais la malade succomba à une maladie intercurrente. Dans le cas d'Alison, le kyste fut oblitéré.

[Malgré ces essais, c'est, il faut bien le dire, à M. Boinet que revient l'honneur d'avoir établi les règles de cette opération, d'en avoir posé les indications et les contre-indications. Nous ne pouvons mieux faire que de lui emprunter la description de sa méthode.

«La méthode que nous proposons à notre tour pour la cure de ces espèces d'hydropisies, méthode qui nous a déjà fourni de beaux résultats, a pour but :

«1° De donner issue au liquide contenu dans les tumeurs enkystées sans courir le risque d'un épanchement dans la cavité abdominale;

«2° D'injecter de la teinture d'iode dans la poche ovarique, si elle est

(1) Holscher, *Arch.*, 1838, t. I, p. 224.

(2) Ollenroth, *London medical Gazette*, 1835.

(3) Boinet, *De la cure radicale de l'hydropisie de l'ovaire par les injections iodées* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1852; *Bulletin de thérapeutique*, août 1852); *Iodothérapie, ou De l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés*, Paris, 1855.

(4) Alison, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, août 1849.

dans des conditions convenables; de procéder, en un mot, comme dans l'hydrocèle simple;

«3° Dans les cas plus compliqués, de laisser à demeure, lorsque le kyste est considérablement diminué, une canule ou une sonde de gomme élastique, dans l'intention de procurer un libre écoulement aux humeurs et d'arriver, par suite, au rapprochement des parois du kyste, dont on doit faciliter la détersion, la suppuration et la cohésion, en faisant des lavages fréquents et en injectant, lorsqu'on le juge utile, de la teinture d'iode.

«Telles sont les bases principales de cette nouvelle méthode, qui demande beaucoup de soins et d'attention, et qui doit être modifiée suivant les cas, ainsi que nous le dirons dans le courant de ce travail. Une condition pour son succès, c'est qu'il n'existe ni dans les parois du kyste ni dans les organes voisins aucune de ces dégénérescences qui, par elles-mêmes, sont au-dessus des ressources de l'art.

«Examinons maintenant si, lorsque les malades ne sont pas affectées de lésions organiques, tous les kystes hydropiques de l'ovaire sont susceptibles d'être traités par la méthode que nous proposons; non, assurément, et des distinctions importantes nous paraissent devoir être établies suivant la nature du kyste, suivant qu'il est simple ou uniloculaire, suivant qu'il est compliqué ou multiloculaire, aréolaire ou gélatiniforme, enfin, suivant la nature du liquide qu'il contient, etc. Il est quelquefois bien difficile de se prononcer sur la question de savoir si la poche ovarique est unique ou multiple, si elle est ou non compliquée de dégénérescences cancéreuses ou autres, et cependant la connaissance de ces faits a toujours une grande portée pour se prononcer sur l'opportunité de l'opération et sur son résultat probable. Une première ponction abdominale est souvent nécessaire pour éclairer sur la forme particulière du kyste, sur sa nature et sur celle de son contenu. Dans les cas de kystes uniloculaires, l'expérience nous a appris que, le plus souvent, l'ovaire est converti en une poche lisse, polie, à parois minces, offrant beaucoup de ressemblance avec les membranes séreuses, n'ayant aucune adhérence avec les différents viscères qui l'entourent et contenant un liquide séreux, citronné, onctueux, de couleur variable, d'un écoulement facile. Ces cas sont de ceux qui doivent être traités par les injections iodées, et qui sont dans toutes les conditions voulues pour obtenir des résultats satisfaisants.

«Nous devons dire encore que, même parmi cette variété de kystes, il y a encore des distinctions à signaler, basées sur la nature du liquide qu'ils renferment. Ainsi ceux qui laissent écouler un liquide clair, citrin, exempt de toute coloration, sont plus susceptibles de guérir que les autres; ceux, au contraire, dont le liquide a une coloration particulière plus ou moins prononcée, sanguinolente, couleur chocolat ou café, lactescente, etc., guérissent plus difficilement, surtout si ces liquides sont épais, visqueux.

« Presque tous ces kystes sont accompagnés de complications plus ou moins graves. En général, la coloration du liquide dénote qu'un travail inflammatoire a eu lieu dans la tumeur, et rarement dans ces cas une seule ponction et une seule injection suffisent pour produire la guérison; il faut, après les avoir ponctionnés, les traiter en laissant une sonde à demeure, répéter les injections et prendre toutes les précautions que nous indiquerons plus loin pour cette variété de kystes. Nous devons dire que, lorsque les kystes offrent de pareilles conditions, les guérisons sont plus difficiles et plus douteuses : ce sont ces cas qui, quelquefois, donnent des résultats fâcheux.

« Dans les kystes multiples, qui se rapprochent par leur structure et par leur contenu des kystes uniloculaires, lorsqu'ils ne sont accompagnés d'aucune complication, ces injections iodées peuvent également être employées avec beaucoup d'avantage. Dans cette variété, le kyste est formé de poches ou cellules distinctes, dont l'une offre un développement plus considérable que les autres; alors on doit faire autant de ponctions et d'injections qu'il y a de poches séparées; seulement, il est prudent de ne les opérer que les unes après les autres, si elles sont nombreuses.

« Quand, au contraire, les kystes sont multiloculaires cellulux, qu'ils forment une foule de cavités de grandeur variable, sans communication les unes avec les autres, il est presque certain que ces kystes offrent une structure et des produits particuliers qui rendront plus difficile et même impossible le succès des injections iodées.

« Le plus souvent, ces kystes ont des adhérences avec les organes qui les entourent, par suite des irritations, des inflammations plus ou moins étendues, plus ou moins répétées, dont ils ont été le siège; leurs parois ont une plus grande épaisseur, et il est fort ordinaire d'y trouver diverses dégénérescences; le liquide qu'ils contiennent est épais, gélatineux, filant, ressemble à de la colle, du miel, etc., et difficile à évacuer.

« Ces kystes aréolaires ou gélatiniformes sont, suivant l'opinion de Delpech et de Cruveilhier, de nature cancéreuse. En général, les femmes qui les portent, offrent tous les signes de la cachexie cancéreuse.

« Il est donc indiqué dans ces cas, lorsqu'il a été possible de bien reconnaître leur nature véritable, sinon de s'abstenir de toute opération, puisque les injections iodées sont encore utiles dans ce cas, mais de ne pas promettre une guérison radicale; on ne doit avoir d'autre but et d'autre espoir alors que de prolonger l'existence de la malade. »

Lorsque la santé générale des malades est bonne, qu'il n'existe aucune trace de cachexie, si l'on reconnaît un kyste multiloculaire donnant issue à un liquide de couleur citrine, limpide, facile à évacuer, on peut encore recourir aux injections iodées. Dans ce cas, on tentera de rendre uniloculaire le kyste en déchirant les parois des poches, soit avec la canule du trocart, soit avec un mandrin. Il rentrera alors dans la catégorie des kys-

tes uniloculaires. Ou bien on ponctionnera successivement les kystes et on les injectera séparément.

M. Boinet ajoute que l'opération doit être faite aussitôt qu'on aura pu reconnaître la présence du liquide et que celui-ci sera assez abondant pour qu'on ne puisse pas blesser les organes abdominaux.

Lorsqu'il s'agit de kystes simples, uniloculaires, on fera la ponction au moyen d'un gros trocart et de préférence au-dessus du ligament de Poupert à la partie la plus inférieure du ventre; quand le liquide est en partie écoulé, on glisse par le trocart une sonde de caoutchouc, remplissant exactement le calibre du trocart et qui pénètre profondément dans le kyste. Alors le reste du liquide s'écoule et l'on pratique une injection iodée composée comme il suit :

∞ Eau distillée.....	150 grammes.
Teinture alcoolique d'iode.....	100 —
Iodure de potassium.....	4 —

Les quantités seront légèrement modifiées suivant le volume et la contenance du kyste.

L'injection séjournera dans la poche cinq ou dix minutes, et pendant ce temps, par des pressions douces dans tous les sens, on mettra le liquide injecté en contact avec tous les points du kyste. Cela fait, on laissera écouler du liquide ce qu'on pourra, on retirera la sonde; on recouvrira le ventre d'une épaisse carde d'ouate, maintenue par un bandage de corps, modérément serré. On surveillera la malade pour parer aux phénomènes de réaction, et on laissera à la nature le soin d'achever la guérison, qui n'est pas toujours complète après une première injection. Mais on peut alors, sans grand inconvénient, revenir à une deuxième, à une troisième injection, ou même à un plus grand nombre. Il faut les pratiquer aussitôt qu'on a constaté le retour du liquide. M. Boinet recommande, après chaque nouvelle ponction, de retirer avec la seringue qui a servi à l'injection l'air et le liquide iodé, si l'on ne veut pas en laisser une certaine quantité (1).

Lorsqu'il s'agit d'un kyste multiloculaire, renfermant un liquide épais dont l'écoulement est difficile, il faut se servir d'un gros trocart, et après l'écoulement d'une partie du liquide, aspirer au moyen de la seringue ce qu'il en reste. Une fois le liquide évacué, on procédera comme pour les kystes simples. C'est dans ces cas que M. Boinet conseille de laisser une sonde à demeure bouchée par un fausset, et qui permet de donner issue au liquide qui se reforme, plusieurs fois par jour et de faire dans le kyste des lavages avec de l'eau simple ou avec de l'eau iodée, si les liquides ont une odeur fétide. La sonde ne devra être changée qu'au bout de huit ou dix jours, afin que des adhérences aient eu le temps de se former

(1) Boinet, *Iodothérapie*, 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1865.

entre le kyste et la paroi abdominale; et enfin, lorsque la fistule abdominale est bien formée et qu'on peut ne plus craindre d'épanchement dans le péritoine, M. Boinet remplace la sonde par une canule en ivoire de 12 à 18 centimètres et munie d'un robinet que les malades peuvent ouvrir et fermer elles-mêmes. A mesure que le kyste revient sur lui-même, M. Boinet recommande de modifier les proportions de la teinture d'iode, jusqu'à en arriver à l'employer pure, lorsque le kyste ne contient plus qu'une très-petite quantité de liquide.

Les effets immédiats de l'injection sont souvent peu marqués, quelquefois il se produit un peu de chaleur, le ventre devient légèrement douloureux. Mais ces accidents sont, en général, très-légers et sont de courte durée. Quelques malades accusent la sensation d'un goût métallique dans la bouche et plus rarement quelques-unes éprouvent à un certain degré les phénomènes de l'ivresse iodique avec enchifrènement, coryza, nausées, etc.

La méthode des ponctions répétées avec injections iodées a donné à M. Boinet 64 guérisons sur 130 opérations.]

Clay (de Manchester) a pratiqué cette opération quatre fois, trois fois la tumeur disparut complètement, une fois la malade mourut.

Simpson (1) a injecté de la teinture d'iode, dix ou douze fois, dans des kystes ovariens. Dans quelques cas, il y eut reproduction du liquide; dans les autres les malades guérirent sans que le succès obtenu se soit démenti.

Dans aucun cas, l'opération n'eut de résultat fâcheux. Baker Brown a employé la même méthode avec succès. Je l'ai moi-même mise en usage dans un cas où il s'était fait un épanchement sanguin dans le kyste, mais la malade succomba à l'hémorrhagie. J'en ai fait autant dans d'autres cas, mais le seul avantage que j'en aie retiré, est que le liquide se reformait plus lentement.

[Quelques chirurgiens ont craint que par l'absence d'adhérences entre le kyste et la paroi abdominale, les parois de la poche ne vissent à abandonner la canule du trocart et qu'il ne se fit un épanchement dans le péritoine.]

Dans ces cas, on a proposé, comme M. Barth (2), de faire une double ponction dans le kyste et de passer la sonde à travers les deux ouvertures à la manière d'un séton, pour déterminer des adhérences: Trousseau, dans le même but, a proposé l'acupuncture (3); ou bien on a inventé des instruments qui maintinssent en contact les parois du kyste avec les parois de l'abdomen. Maisonneuve (4) a imaginé un trocart à point d'arrêt

(1) Simpson, *Obstetric works*, vol. I, p. 261.

(2) Barth, *Kyste volumineux de l'ovaire, nouveau mode de traitement* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1855-1856, t. XXI, p. 583).

(3) Trousseau, in Cazeaux, *Thèse pour l'agrégation*, 1844, p. 167.

(4) Maisonneuve, *Des opérations applicables aux maladies des ovaires*, p. 42.

saillant (fig. 202). C'est sur ce principe également qu'est construit le trocart articulé à curseur de Victor Uytterhoeven (1), mais ces moyens sont inutiles si, comme le conseille M. Boinet, on a le soin d'introduire profondément dans le trocart une sonde de gomme élastique.

[Dans les cas de kyste simple sans dégénérescence, Léopold Buys (2), donne la préférence à la ponction du kyste par le vagin ou par l'abdomen, suivie de l'application d'une canule à demeure, permettant l'écoulement continu et complet du liquide et empêchant le contact entre l'air extérieur et la cavité du kyste. Ce procédé rappelle celui de Scanzoni (3) qui, malheureusement, n'est applicable qu'aux kystes en contact avec le cul-de-sac du vagin. [M. Tillaux a publié récemment un cas de kyste de l'ovaire uniloculaire, ponctionné par le vagin et suivi de guérison complète. Ce chirurgien distingué fait remarquer que, sans être extraordinaire, la guérison d'un kyste de l'ovaire par la ponction et l'injection pratiquées à travers le vagin, constitue un fait assez rare; nous reproduisons ici cette observation.

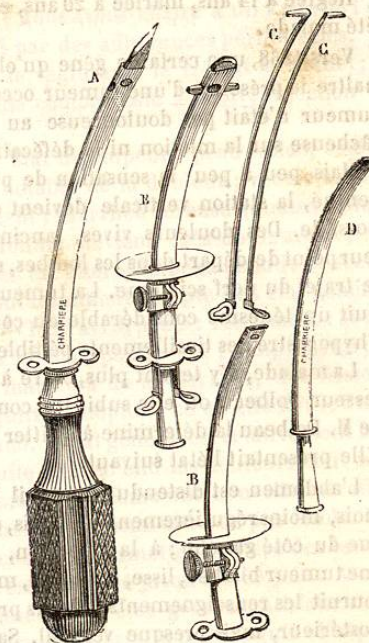


FIG. 202. — Trocart de M. MAISONNEUVE pour la ponction des kystes de l'ovaire avec canule à demeure (\*).

OBSERVATION I. — *Kyste de l'ovaire uniloculaire; ponction par le vagin; sonde à demeure; injections antiseptiques dans le kyste; guérison complète.*

(1) Uytterhoeven, *Journal de la Société des sciences méd. et naturelles de Bruxelles*, t. XXVIII, p. 521.

(2) L. Buys, *Traitement de l'hydropisie enkystée de l'ovaire par aspiration* (*Journal de médecine, de chirurgie*, etc. Bruxelles, 1865, t. XL, p. 33).

(3) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*, traduction française. Paris, 1858.

(\*) A, trocart courbe d'un assez fort diamètre, de forme ovoïde et dont la pointe est lancéolée; B, canule munie d'un curseur à plaque mobile qui sert à limiter son introduction, et terminée par deux petites oreilles qui servent à la fixer sur le bas-ventre; cette canule est en outre percée à son extrémité supérieure de trois ouvertures, dont 1<sup>o</sup> une sur la partie plate, pour l'évacuation du liquide, est mise en rapport avec celle de la canule D; et 2<sup>o</sup> deux autres latérales dans lesquelles s'engagent deux petites tiges coudées C, C qui servent d'arc-boutant pour empêcher la canule B de s'échapper une fois en place; ces deux tiges sont maintenues immobiles par la canule-mandrin évacuatrice D qui elle-même est percée sur sa partie plate d'une ouverture qui se trouve en rapport avec celle de la canule E qui représente les trois canules réunies telles qu'elles doivent être placées une fois la ponction faite.

C... (Louise), âgée de 33 ans, entra à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marthe, n° 15, le 16 avril 1870.

Réglée à 14 ans, mariée à 20 ans, elle eut un enfant à 22 ans ; elle n'a jamais été malade.

Vers 1868, une certaine gêne qu'elle éprouvait dans le ventre lui fit reconnaître la présence d'une tumeur occupant le côté droit de l'hypogastre. Cette tumeur n'était pas douloureuse au toucher et n'exerçait aucune influence fâcheuse sur la miction ni la défécation.

Mais peu à peu la sensation de plénitude, d'embarras dans le bassin s'accroît, la station verticale devient extrêmement fatigante et la marche impossible. Des douleurs vives, lancinantes, ayant leur summum d'acuité et leur point de départ dans les lombes, s'irradient le long de la cuisse droite sur le trajet du nerf sciatique. La tumeur augmente rapidement de volume, produit un ténesme considérable du côté de la vessie et du rectum, exerce sur l'hypogastre des tiraillements pénibles qui entravent la digestion.

La malade, n'y tenant plus, entre à l'hôpital Beaujon dans le service du professeur Dolbeau où elle subit un commencement de traitement. La maladie de M. Dolbeau la détermine à quitter Beaujon pour entrer dans notre service. Elle présentait l'état suivant.

L'abdomen est distendu comme il le serait par une grossesse de cinq à six mois, moins régulièrement toutefois, car du côté droit le relief est plus grand que du côté gauche ; à la palpation, on sent que l'hypogastre est occupé par une tumeur bilobée, lisse, élastique, mate et très-fluctuante. Le toucher vaginal fournit les renseignements les plus précieux. L'axe du vagin n'est plus antéro-postérieur, mais presque vertical. Sa paroi antérieure est normale, la paroi postérieure présente à sa partie la plus reculée une saillie de la grosseur d'un œuf de poule. Le palper hypogastrique, combiné avec le toucher vaginal, fournit une sensation très-nette de fluctuation, en sorte que les deux saillies appartiennent bien évidemment à la même tumeur et que cette tumeur contient du liquide.

L'utérus est remonté et immobile, le col est repoussé en avant et touche la face postérieure du pubis.

L'urèthre a perdu sa direction, il est devenu tout à fait vertical. La vessie aplatie contre la paroi abdominale et la face postérieure du pubis, est réduite à une sorte de canal verticalement dirigé et ne peut contenir que très-peu d'urine.

Le toucher rectal démontre que la paroi antérieure de ce viscère est déprimée et repoussée dans la concavité du sacrum.

Ces diverses explorations prouvent donc que l'hypogastre, le grand et le petit bassin sont occupés par une tumeur fluctuante qui comprime les organes voisins, entre lesquels elle est comme enclavée.

Les troubles fonctionnels sont les suivants :

Douleur continue, s'exaspérant par la marche et les mouvements. Elle s'irradie des lombes vers les fosses iliaques, l'hypogastre, et enveloppe l'abdomen comme d'une sorte de ceinture. Elle rayonne parfois vers le membre inférieur droit. La marche est extrêmement pénible et presque impossible. Envoies incessantes et presque toujours illusoires d'uriner et d'aller à la garde-robe.

Depuis son entrée à l'hôpital la malade n'a de repos ni jour, ni nuit, ni

assise, ni debout, ni couchée. Elle compare elle-même son état à celui d'une femme en travail. Son moral est affecté au point qu'elle songe au suicide pour échapper à ses atroces douleurs.

Le diagnostic ne saurait être douteux ; nous avons affaire à un kyste de l'ovaire, enclavé dans le petit bassin et fixé par des adhérences péritonéales.

Le 22 avril, opération : ponction par le vagin avec le trocart de Boinet ; il s'écoule trois litres environ d'un liquide couleur café au lait ; injection de teinture d'iode coupée de moitié d'eau.

Le soir, pouls : 112 ; temp. : 37°, 8 ; — État de stupeur ; peau froide, céphalalgie ; dysphagie iodique ; diminution notable de la douleur ; ventre souple, peu douloureux ; deux mictions seulement ; diarrhée séreuse (quatre selles).

Les jours suivants, le ventre se ballonne, devient très-douloureux ; les nuits sont agitées, l'appétit nul, le faciès est altéré, la peau chaude et sèche. Du reste, les chiffres suivants rendent suffisamment compte de l'état général.

Le 28 avril, pouls : 120 ; temp. : 38 ; — le 29 avril, pouls : 128 ; temp. : 39 ; — le 30 avril, pouls : 120 ; temp. : 39 ; le 1<sup>er</sup> mai, pouls : 132 ; temp. : 39, 4 ; — le 2 mai, pouls : 120 ; temp. : 39 ; la malade a de la diarrhée, des frissons, des vomissements, nous l'engageons à quitter l'hôpital ; ce qu'elle fait le 2 mai.

Elle revient dans notre service le 20 mai. L'état général est relativement bon, mais la tumeur s'est en partie reproduite et avec elle les douleurs dont nous avons retracé plus haut le tableau. La malade réclame une nouvelle opération.

Le 23 mai, ponction par le vagin, issue d'un demi-litre de pus fétide. Une sonde est laissée à demeure dans la poche pour permettre de faire des lavages avec l'eau phéniquée. Ce traitement est continué jusqu'au 20 juin. A cette époque la malade peut se lever et présente un état général satisfaisant. La sonde est retirée ; bien que non complètement guérie, la malade quitte l'hôpital.

Depuis cette époque madame C... est revenue nous voir plusieurs fois. Il n'y a plus trace de tumeur ; l'utérus, la vessie et le rectum ont leurs rapports absolument normaux, et la santé générale ne laisse rien à désirer. Nous l'avons vue dernièrement encore et nous avons eu la satisfaction de constater que la guérison est définitive (1).]

Monro, Jules Guérin, Boinet, ont proposé, pour permettre l'écoulement du liquide et empêcher le contact avec l'air extérieur et la cavité du kyste, divers instruments qui, comme le fait remarquer Buys, agissent brusquement et seulement à intervalles éloignés. C'est pour remédier à ces inconvénients qu'il a imaginé un instrument simple et ingénieux, applicable également après la ponction du kyste par l'abdomen. Comme le trocart à curseur d'Uytterhoeven, il permet de fixer les parois du kyste à la paroi abdominale, et par conséquent il n'est pas besoin d'attendre la formation des adhérences pour évacuer le liquide, et enfin l'écoulement a lieu à l'abri du contact de l'air.

« Pour remplir cette indication, dit Buys, j'ai fait confectionner des ampoules en caoutchouc de la grosseur d'une tête d'enfant, dont les parois, variant d'épaisseur, possèdent une force aspiratrice plus ou moins

(1) Tillaux, *Bulletin de thérapeutique*, t. LXXXIV, 2<sup>e</sup> fascicule, 1873, p. 83.