

Les procédés employés dans le but d'obtenir une guérison sûre, radicale, sont imités des moyens mis en œuvre par la nature ; nous avons vu que celle-ci arrive à ses fins en provoquant une inflammation suivie de la perforation spontanée du kyste à l'extérieur. Une large incision imitant la nature ne peut être pratiquée que dans deux circonstances, à savoir au niveau des reins, à condition qu'il existe un point où le kyste n'est pas recouvert par la péritoine, et au niveau des autres organes de l'abdomen lorsqu'on a pu diagnostiquer l'existence de larges adhérences de la tumeur avec le feuillet pariétal du péritoine. Or un tel diagnostic n'est possible que dans les cas où la perforation menace de se produire spontanément par voie inflammatoire. C'est pourquoi, avant d'ouvrir le kyste, on cherche à provoquer une inflammation adhésive à l'endroit où l'on veut pratiquer l'incision.

Tous les procédés employés autrefois tendaient à provoquer une inflammation adhésive à l'endroit où l'on devait pratiquer ensuite l'incision ; ainsi dans les cas de tumeurs à échinocoques du foie, on cherchait à produire des adhérences au niveau du kyste, entre l'enveloppe péritonéale de la glande hépatique et le péritoine pariétal. Le procédé le plus ancien, imaginé dans ce but, consiste dans l'emploi de substances caustiques (RÉCAMIER). Tantôt on applique le caustique directement sur la peau, tantôt on pratique d'abord une incision longue de 4 à 6 centimètres pénétrant jusque dans le voisinage du péritoine, et dans la plaie largement béante, on fait une application de chlorure de zinc (DEMARQUAY), qui provoque une inflammation adhésive circonscrite. On attend alors la perforation spontanée du kyste, ou bien, une fois les adhérences produites, on l'ouvre au niveau de ces dernières. L'ouverture ainsi créée doit être au moins assez grande pour laisser passer le doigt. (BÉGIN bourrait simplement la plaie avec de la charpie et attendait pour inciser que l'inflammation fût survenue). La méthode que nous venons d'indiquer est plus douloureuse dans son application et offre beaucoup moins de précision au point de vue du temps nécessaire pour provoquer des adhérences, que le procédé qui a été conseillé par SIMON, et qui présente en outre l'avantage de provoquer une irritation, non seulement du feuillet pariétal du péritoine, mais encore, directement, de l'enveloppe péritonéale du kyste. Cette méthode qui est connue sous le nom de la double ponction, est pratiquée de la manière suivante :

Deux fins et longs trocarts sont plongés dans la partie proéminente du kyste, à une profondeur de 5 à 6 centimètres, et, après l'enlèvement du stylet, sont enfoncés encore de 3 à 5 centimètres. Les deux ponctions sont pratiquées à une distance de 2 à 4 centimètres l'une de l'autre. L'orifice des canules est bouché avec de la cire, et on les laisse à demeure jusqu'à ce qu'elles aient provoqué dans leur voisinage une inflammation adhésive du péritoine. Cette inflammation survient sûrement au bout de 3 à 6 jours, et l'on reconnaît que les adhérences se sont produites au fait que les canules ne suivent plus les mouvements du foie par rapport aux parois abdominales et que de petites quantités du contenu du kyste s'écoulent au dehors à côté de ces mêmes canules. Dès que l'on a acquis la conviction que l'adhérence est obtenue, on incise la paroi abdominale et celle du kyste entre les canules, et l'on donne issue au liquide ordi-

nairement décomposé ainsi qu'aux vésicules. Ces dernières sont enlevées à l'aide d'une longue pince à larges mors. Un gros tube à drainage est ensuite introduit dans la cavité, et la décomposition putride est combattue, autant que faire se peut, par des lavages réitérés de la poche avec des solutions désinfectantes. Après une suppuration fétide, d'assez longue durée, la cavité du kyste diminue peu à peu grâce à la rétraction de ses parois et à la pression abdominale.

Dans un grand nombre de cas la guérison peut être obtenue dans un espace de temps d'environ six mois. Presque toujours les opérés ont de la fièvre, et celle-ci entraîne même assez souvent la mort. Les essais qui ont été faits de la double ponction de SIMON depuis l'avènement de la méthode antiseptique, n'ont pas donné tous les résultats que l'on en attendait ; en effet, lorsque l'opération était pratiquée selon les règles de l'antisepsie et que l'on appliquait un pansement antiseptique, l'irritation inflammatoire était assez souvent insuffisante pour produire des adhérences péritonéales¹. Aussi a-t-on dans ces derniers temps imaginé des procédés destinés à empêcher encore plus sûrement l'écoulement du contenu du kyste dans la cavité péritonéale, et à assurer en même temps l'asepsie de la plaie. C'est LINDEMANN (Hanovre) qui a proposé l'opération la plus radicale. Ce chirurgien incise, avec les précautions antiseptiques, les parois abdominales jusqu'à la surface du kyste, suture le péritoine avec la peau, à l'aide de fils de catgut, puis passe à travers la paroi du kyste hépatique deux anses de catgut épais, d'un angle de la plaie à l'autre, et parallèlement aux bords de cette dernière. Ces deux anses servent à attirer le kyste au dehors, et à l'appliquer fortement contre les parois abdominales. L'incision de la paroi kystique est ensuite pratiquée entre les deux anses de fil dans toute la longueur de la plaie extérieure. Enfin le contenu du kyste est évacué aussi complètement que possible, et alors seulement on réunit ensemble par des points de suture les parois abdominale et kystique.

La suture terminée, on introduit un tube à drainage dans la cavité du kyste, et l'on applique un pansement de Lister. Cette méthode a l'avantage incontestable de permettre de pratiquer l'opération en un seul temps, mais elle fait courir plus ou moins le danger de l'écoulement du contenu kystique dans la cavité abdominale. LANDAU croit pouvoir éviter cet accident en se servant d'abord de l'appareil de DIEULAFOY pour évacuer le contenu du kyste, et en n'incisant ce dernier qu'après que les parois se sont relâchées, de façon que le liquide ne vienne pas inonder la plaie. Les lèvres de l'incision du kyste sont alors renversées en dehors et réunies à la paroi abdominale par un grand nombre de points de suture.

1. VERNEUIL conseille également de faire deux ponctions à deux travers de doigt de distance et d'inciser vers le 7^e jour le pont intermédiaire. (Note du trad.)

Mais d'une façon générale nous conseillons, surtout à ceux qui n'ont pas une grande habitude de ces opérations, d'accorder la préférence à la méthode que VOLKMANN a introduite dans la pratique chirurgicale. Ce chirurgien fait, avec les précautions antiseptiques, une incision allant jusqu'à la surface du foie, et bourre la plaie avec un tampon de gaze phéniquée. Il attend alors que, sous le pansement de Lister, des adhérences se soient produites entre la surface du foie et le voisinage de la plaie abdominale, pour pratiquer l'incision du kyste avec les précautions antiseptiques. Il faut bien se garder d'inciser de trop bonne heure, car des adhérences solides n'existent guère avant le cinquième ou sixième jour.

Les vomissements empêchent volontiers la formation d'adhérences ou détruisent celles qui se sont déjà produites, ainsi que je l'ai observé dans un cas. Aussi, afin d'éviter les vomissements, ai-je renoncé dans ces derniers temps à me servir du chloroforme pour cette opération qui, du reste, est peu douloureuse. Il est vrai que la rupture accidentelle des adhérences n'est d'aucune gravité. Le mieux dans ces cas est d'inciser à nouveau les parois abdominales.

L'élimination complète des vésicules, lorsqu'on s'est servi de la méthode antiseptique, ne s'opère le plus souvent qu'au bout de quelques jours après l'incision du kyste. Aussi fait-on bien, à chaque pansement, de laver la cavité avec des liquides désinfectants. D'ailleurs, d'une manière générale, les irrigations désinfectantes sont nécessaires, car il se produit assez souvent un léger degré de décomposition putride par suite des conditions défavorables d'écoulement du contenu du kyste. Pour enlever les vésicules le moyen le plus sûr consiste à introduire dans la cavité kystique une longue pince à pansements ou à polypes; on reviendra souvent à l'emploi de ces instruments dans les cas où le contenu du kyste tend à devenir putride, car la décomposition s'arrête dès que le parasite a été éliminé.

Cette opération est applicable également aux kystes à échinocoques d'autres organes (rate, reins etc.), ainsi qu'aux autres kystes, lorsqu'il s'agit d'obtenir la soudure de ces derniers à la paroi abdominale. On peut provoquer encore plus sûrement des adhérences en suturant la paroi du kyste avec la paroi abdominale, ainsi que je l'ai fait maintes fois, et même dans un cas où le kyste était situé dans la région rétropéritonéale.

HARLEY a rassemblé les cas publiés d'échinoques du foie en prenant tout spécialement en considération leur traitement, et il est arrivé à des conclusions intéressantes. D'après sa statistique la sûreté d'action tant vantée du traitement par les caustiques, ne se trouve pas vérifiée, puisque sur vingt-trois cas où il a été employé, six fois seulement on est parvenu à ouvrir ainsi le kyste. Les recherches de HARLEY ont démontré également que la ponction simple est un moyen très incertain et, en outre, dangereux. Sur 77 ponctions, il y a eu 30 succès et 10 morts.

Tumeurs de l'ovaire.

Bien que nous rangions ces tumeurs parmi les kystes, nous étudierons en même temps les tumeurs solides de cet organe. Cette manière de faire se trouve justifiée par la fréquence des kystes de l'ovaire et des tumeurs kystiques mixtes de cet organe, et d'autre part, elle nous permettra de comprendre dans une même description le traitement de ces deux catégories de tumeurs.

§ 41. — La grande majorité des tumeurs de l'ovaire ayant une importance pratique en chirurgie, se développent aux dépens des éléments glandulaires, et sont dans ce sens des **adénomes** (KLEBS). Au point de vue morphologique, elles correspondent aux premières périodes du développement de l'épithélium glandulaire, lesquelles ont été décrites par VALENTIN et PFLUGER sous le nom de tubes épithéliaux, et par WALDEYER sous celui d'épithélium germinatif. Bien plus rares sont les formes de tumeurs correspondant aux follicules complètement développés. Une partie constituante essentielle pour le développement ultérieur de ces formes de tumeurs, c'est le tissu conjonctif, lequel participe d'une façon plus ou moins active à l'accroissement du néoplasme; parfois même, à une période avancée de l'évolution de la tumeur, le tissu conjonctif peut se développer au point d'étouffer les éléments glandulaires et de constituer la masse principale du néoplasme.

Dans ce sens on peut, avec KLEBS, distinguer deux variétés d'adénomes: 1° l'**adéno-fibrome**, dans lequel le tissu conjonctif prédomine dès le début du développement de la tumeur, si bien qu'il peut en résulter finalement un fibrome pur, tumeur qui est assez souvent observée à l'état congénital, et n'a pas une grande importance clinique; et 2° l'**adénome cylindro-cellulaire**, la forme la plus importante pour nous, celle à laquelle appartiennent la majorité des tumeurs de l'ovaire que le chirurgien est appelé à opérer. De cette forme naissent la plupart des **kystes simples**, ainsi que les **kystes multiloculaires**, par dilatation progressive des cordons épithéliaux glandulaires développés d'une façon analogue aux glandes tubulées de l'intestin.

Par suite de l'accroissement progressif de la paroi de l'ovaire et de son expansion toujours plus grande, naissent des kystes dans l'intérieur desquels la sécrétion glandulaire s'accumule toujours davantage. Aussi longtemps que les cellules de la paroi ont leur forme relativement bien conservée, la sécrétion reste riche en mucus, tandis que, lorsque ces cellules commencent à dégénérer, le liquide du kyste devient plus colloïde (VIRCHOW), et contient de la paralbumine et de la métalbumine. L'épithélium régulier de la face interne du kyste finit par disparaître, et la paroi de la poche se trouve transformée de façon à ressembler à celle d'une cavité séreuse; le liquide prend alors les caractères qu'il présente dans l'hydropisie, il devient clair et albumineux. De la paroi des gros kystes en naissent d'autres par étranglement de