

§ 43. — Nous renvoyons à la fin de ce chapitre les considérations se rapportant au **diagnostic** des tumeurs de l'ovaire, et nous ferons dès maintenant un exposé rapide du **traitement**.

Il y a peu d'années que l'on en était encore réduit à un traitement palliatif des tumeurs en question; du moins ne pouvait-on guère espérer d'obtenir une guérison radicale par la **ponction**, seule méthode opératoire alors en usage. Cependant il est hors de doute que l'on obtient parfois une guérison radicale par l'emploi de ce moyen, et OLSHAUSEN (Pitha-Billroth, maladies des ovaires, p. 179 et suivantes), qui a rassemblé un certain nombre d'observations sûres puisées dans les publications médicales ou tirées de sa pratique personnelle, fait remarquer que d'habitude il s'agit dans ces cas de kystes uniloculaires développés chez des individus jeunes, kystes qui proviennent sans doute le plus souvent du parovaire, et dans lesquels le liquide n'a cessé de se reproduire qu'après la seconde ou la troisième ponction. Plus le liquide du kyste est limpide, clair et pauvre en albumine, et plus on est en droit d'espérer une guérison radicale par la ponction. Ce sont évidemment les kystes parovariques qui ont le plus de chance de guérir par ce moyen, et de fait on a souvent obtenu la guérison dans ces cas, après une ou plusieurs ponctions, ou finalement à la suite d'une injection iodée; aussi voyons-nous encore actuellement nombre de chirurgiens donner la préférence à la ponction qu'ils considèrent comme étant l'opération normale, à cause du danger plus grand de l'énucléation du kyste hors de son enveloppe péritonéale.

Bien plus souvent la ponction est pratiquée simplement dans un but palliatif, toutes les fois que les souffrances des malades sont assez vives pour motiver cette opération destinée à les soulager. L'effet produit à ce point de vue varie naturellement avec les différentes variétés de kystes. L'évacuation des kystes uniloculaires peut faire disparaître pour longtemps les symptômes, tandis que si l'on a affaire à des kystes multiloculaires, les poches volumineuses peuvent seules être évacuées, de sorte qu'il reste toujours une tumeur après la ponction. Néanmoins cette dernière constituait autrefois un moyen palliatif très précieux, et elle l'est encore aujourd'hui lorsque, momentanément ou d'une manière générale, l'extirpation se trouve contre-indiquée. C'est dans ces cas précisément que la ponction peut souvent être pratiquée un grand nombre de fois dans le cours de plusieurs années, et soulager considérablement la malade. Le procédé opératoire ne diffère en aucun point de celui que nous avons décrit pour la ponction de l'ascite. En général, on se sert de trocarts d'un assez fort calibre, et l'on fait couler le liquide dans un vase par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc adapté à la canule dès que le stylet a été retiré, en ayant soin que l'orifice de ce tube soit plongé dans le liquide du vase, de façon qu'aucune trace d'air ne puisse pénétrer dans le kyste.

Le **trocart de Thompson**, remplit cette condition d'une façon encore plus complète, en ce sens que le tube en caoutchouc est adapté à la canule latéralement, et que, par conséquent, on peut en poussant l'aiguille du trocart, rendre à la canule sa perméabilité pour le cas où elle viendrait à être obstruée. Cette aiguille qui est mobile dans le manche de l'instrument, est enduite de graisse et s'adapte hermétiquement à la canule; on la retire, avant de faire la ponction, jusqu'en arrière de l'orifice d'écoulement situé latéralement; on plonge le tube en caoutchouc dans de l'eau, que l'on aspire par l'extrémité de la canule de façon à remplir cette dernière, puis on fait rentrer complètement l'aiguille dans sa gaine. Comme celle-ci ferme hermétiquement la canule, le tube en caoutchouc reste rempli d'eau, et l'instrument est prêt pour la ponction.

Ici encore on choisit pour la ponction la ligne blanche, ou quelque autre point, pourvu qu'il soit nettement fluctuant et libre de vaisseaux, et que l'on use des précautions nécessaires pour ne pas blesser l'intestin. On pourra toujours par la percussion ou la palpation s'assurer si le kyste est recouvert par une portion de l'intestin, lequel donne au doigt la sen-

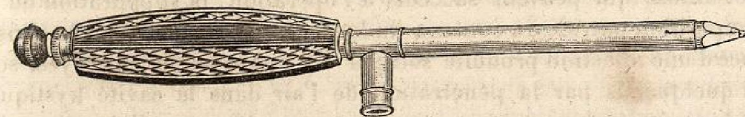


Fig. 17. — Trocart de Thompson.

sation d'un corps large et aplati en forme de ruban. Quant aux règles à suivre pour l'écoulement du liquide et l'application du pansement, elles sont les mêmes que celles que nous avons formulées à propos de la paracentèse dans l'ascite. Si l'on n'obtient pas un écoulement suffisant du liquide par la première ponction, on en fait une seconde sur un autre point. Quelquefois aussi il suffit d'enfoncer le trocart plus profondément pour pénétrer dans une seconde cavité kystique et donner issue à une plus grande quantité de liquide. Outre les parois abdominales, le vagin peut être aussi utilisé pour la ponction, lorsque des kystes se sont développés surtout du côté de la cavité de Douglas. Cependant, d'une manière générale, il ne convient guère d'utiliser le vagin pour les ponctions simples, et encore moins le rectum, car, dans ces conditions l'infection putride de la plaie et du kyste se produit plus facilement que lorsque la ponction est pratiquée à travers la paroi abdominale.

La ponction des kystes de l'ovaire, lorsqu'elle est pratiquée avec les mêmes précautions antiseptiques que celles qui sont de rigueur dans la paracentèse (§ 32), ne constitue nullement une opération dangereuse. Le danger qu'elle présente est celui de l'hémorragie, qui se produit surtout à la suite de l'évacuation rapide du kyste, lorsqu'on n'a pas eu soin

d'exercer sur le ventre une compression suffisante, hémorragie qui reconnaît comme cause une diminution de la pression qu'exerce le contenu du kyste sur les vaisseaux de ses parois. Cet accident a été déjà plusieurs fois une cause de mort rapide, tandis que dans d'autres cas on a vu la malade succomber promptement aux symptômes du shock sans que l'on ait pu trouver d'autre altération anatomique qu'une forte réplétion des vaisseaux de la région hypogastrique. On réussit le plus souvent à prévenir l'hémorragie en appliquant sur l'abdomen, après la ponction, un pansement modérément compressif au moyen d'une large bande de flanelle.

Souvent il se produit, à la suite de la ponction, de légères adhérences entre le kyste et le péritoine pariétal, adhérences qu'il n'est pas rare de voir disparaître ensuite complètement. Elles sont, du reste, en général, trop peu étendues pour exercer une influence notable sur le pronostic de l'ovariotomie ultérieure (SPENCER-WELLS). Cependant, à la suite d'un grand nombre de ponctions, on voit survenir un épaissement progressif du péritoine accompagné d'une inflammation chronique de cette membrane. Bien plus importants sont les phénomènes de péritonite aiguë et diffuse qui peuvent succéder à l'opération: la suppuration ou la décomposition putride du contenu du kyste sont généralement la conséquence d'une infection produite soit par les instruments employés, soit aussi quelquefois par la pénétration de l'air dans la cavité kystique. Dans la majorité des cas, c'est, sans doute, par l'intermédiaire d'une canule ou d'une aiguille de trocart malpropre que les agents de putréfaction pénètrent dans l'intérieur du kyste. Assez souvent aussi c'est l'écoulement du contenu du kyste dans la cavité abdominale par l'ouverture de la ponction qui est la cause de la péritonite ?

Les deux accidents que nous venons de signaler font courir de grands dangers à la malade. On a ici le choix entre le traitement symptomatique habituel et l'opération radicale qui cherche à obtenir la guérison par l'extirpation du kyste, siège des phénomènes de décomposition putride. Dans ce dernier cas il sera possible aussi, parfois, d'arriver à un heureux résultat par une large incision du kyste et le drainage de sa cavité, que l'on soumettra à des irrigations avec des liquides désinfectants.

§ 44. — Comme on avait obtenu parfois la guérison de kystes à la suite de la simple ponction, on chercha à arriver au même but encore plus sûrement par l'injection de teinture d'iode, après évacuation de leur contenu. Il est évident que ce procédé ne peut être utilisé que dans les cas où l'on a affaire à des kystes simples, et surtout à des kystes ayant un contenu aqueux. Cependant il fut un temps, surtout en France (VELPEAU, BOINET), mais aussi en Allemagne et en Angleterre, où la ponction suivie d'injection iodée fut souvent appliquée même aux kystes multiloculaires et préconisée, à tort, par des auteurs qui certainement se basaient sur des faits imparfaitement observés. C'est BOI-

NET qui obtint les meilleurs résultats en réservant pour les kystes simples l'emploi des injections iodées (presque 90 0/0 de guérisons).

Les résultats obtenus par les gynécologues allemands (SCANZONI, VEIT, etc.) furent loin d'être aussi favorables. Aussi est-il permis de se demander si BOINET ne se serait pas trop hâté de consigner ses succès. Après avoir évacué le kyste, on injecte dans sa cavité une quantité de solution iodée variable suivant le volume de la tumeur. BOINET se sert d'une solution de parties égales de teinture d'iode et d'eau; à 200 grammes de ce mélange il ajoute pour faire la solution, 4 grammes d'iodure de potassium, et, en outre, de 2 à 4 grammes de tannin. SCHUH et SIMPSON se servent de teinture d'iode diluée avec des quantités variables d'eau. La solution peut être injectée par la canule ou par le tube en caoutchouc auquel on aura adapté un petit entonnoir (HEGAR). Par ce dernier procédé on peut facilement faire précéder l'injection iodée d'une irrigation de la cavité kystique avec de l'eau. La solution iodée doit être amenée au contact des parois du kyste, ce que l'on obtient par le massage de ce dernier. Au bout de 8 à 10 minutes on laisse de nouveau le liquide s'écouler.

Bien que l'on doive admettre qu'un certain nombre de malades aient guéri par l'injection de teinture d'iode, il n'en est pas moins vrai que le danger que l'on fait courir à l'opérée n'est point en rapport avec l'incertitude du résultat. Abstraction faite des accidents graves que ce procédé partage avec la ponction simple, les quantités d'iode introduites ainsi dans l'organisme sont si considérables que l'on a vu survenir des symptômes inquiétants d'intoxication. En outre, dans un nombre de cas relativement considérable, la ponction est suivie de la suppuration du sac, et, d'autre part, les chances de développement d'une péritonite sont accrues par le fait de la possibilité de l'écoulement de la teinture d'iode ou du contenu du kyste dans la cavité abdominale. D'ailleurs la statistique est venue prouver par des chiffres que **les injections iodées sont plus dangereuses que l'ovariotomie**. Il ne saurait dès lors être question de ce procédé que dans les cas où l'ovariotomie n'est point praticable.

Dans les cas de suppuration ou de décomposition putride du kyste, il faut avoir recours à un procédé qui permette de donner à son contenu un écoulement aussi libre que possible, et de faire un nettoyage complet de sa cavité. Généralement on se sert aujourd'hui du drainage dans le but de remplir cette indication, et non dans l'intention d'obtenir une guérison radicale des kystes encore exempts de ces altérations (SCANZONI). Si l'on a la liberté du choix, c'est par le vagin, le point le plus déclive et le plus favorable à l'écoulement du liquide, que l'on pratiquera l'incision du kyste et le drainage de sa cavité. KIWISCH et SGANZONI ont publiés un certain nombre de cas où la ponction et le drainage par le vagin ont donné de bons résultats. Ces opérateurs ne traitent par la ponction que les kystes uniloculaires. SCANZONI a même imaginé un bistouri particulier destiné à être introduit par la canule et à dilater l'orifice de la ponction dans les cas où le contenu du kyste trop épais ne peut s'écouler. Après avoir retiré l'aiguille du trocart on laisse la canule à demeure. OLSHAUSEN a rassemblé les observations de ponction par le vagin et a trouvé que sur 53 cas dans lesquels cette opération a été pratiquée, 34 ont donné un bon résultat.

Que l'opération soit pratiquée par le vagin ou par la paroi antérieure de l'abdomen, on fera d'abord une simple ponction et on laissera à demeure la