

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 atteints 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 1836, 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 1 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 paraissent 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,

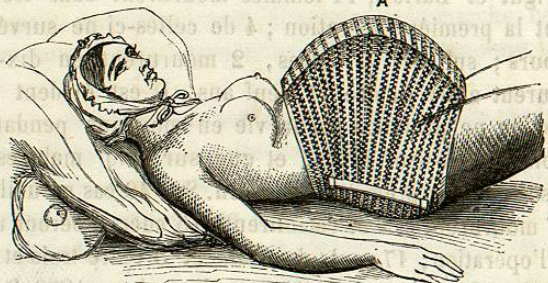


Fig. 197. — Appareil compresseur de caoutchouc de BOURJEAURD.

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.*, 1815, 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).

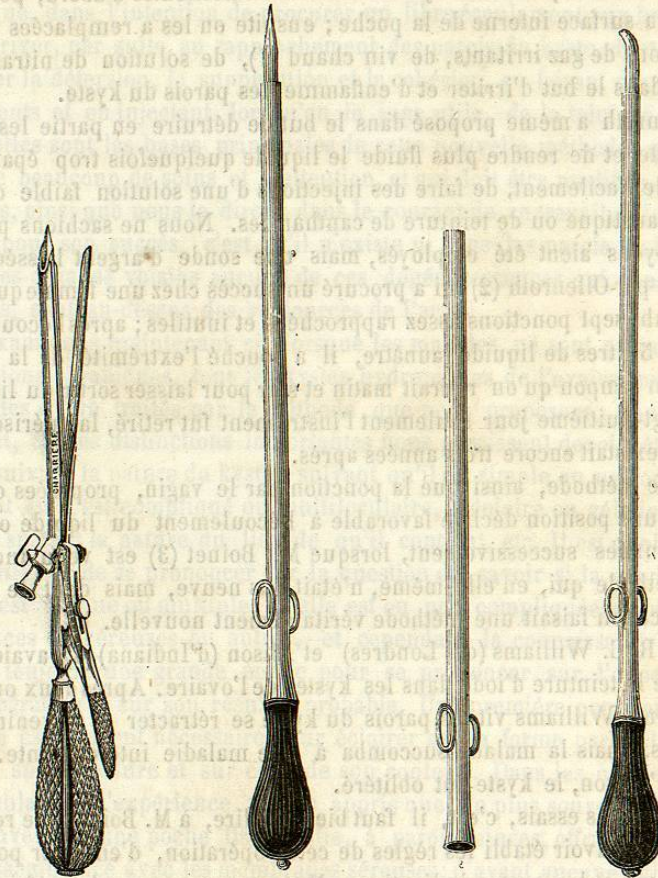


Fig. 198. — Lithotome de M. DEMARQUAY (\*). Fig. 199. — Trocart pour la ponction vaginale des kystes de l'ovaire. Fig. 200. — Canule du trocart. Fig. 201. — Bistouri pour dilater l'ouverture pratiquée.

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 émoullientes 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 cellulaires, 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.