

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 enclenchement, coryza, nau-sées, 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 vinssent 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 Uytterhœven (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.

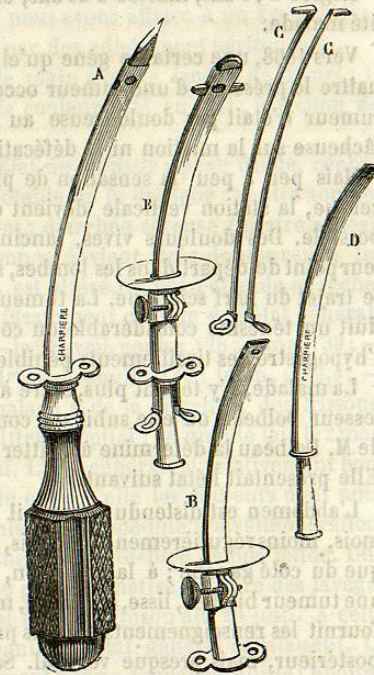


FIG. 202. — Trocart de M. MAISONNEUVE pour la ponction des kystes de l'ovaire avec canule à demeure (*).

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

(1) Uytterhœven, *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^o une sur la partie plate, pour l'évacuation du liquide, est mise en rapport avec celle de la canule D; et 2^o 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'urètre 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. Envies incessantes et presque toujours illusoire 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^{er} 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^e fascicule, 1873, p. 83.

prononcée, de manière à graduer leur effet selon les besoins; un conduit élastique partant de l'ampoule, aboutit à un robinet métallique qui se visse à l'extrémité d'un trocart. L'ampoule n° 1 n'a que 1 millimètre d'épaisseur de paroi; c'est à peine si son aspiration est sensible; elle doit servir à vider lentement la tumeur, afin d'empêcher que par un raptus trop prompt la femme ne soit incommodée. »

L'ampoule n° 2 a 2 millimètres et demi de paroi; elle a une force à peu près double de la précédente; son usage est aussi différent; elle doit, le kyste vidé, en maintenir la vacuité en aspirant chaque goutte de sérosité aussitôt sa formation, et rapprocher les parois. Cependant sa puissance aspiratrice ne pourrait nullement irriter ou enflammer la surface interne de la tumeur; ce rôle est dévolu à l'ampoule n° 3 dont les parois ont 3 millimètres et demi d'épaisseur; celle-ci doit servir à activer le retrait du kyste et à produire une fluxion avec exsudation de lymphé plastique. Je crois, c'est peut-être une présomption, puisque l'expérience ne l'a pas encore prouvé, que le traitement, au moyen de ces ampoules employées selon l'indication, aboutira à la guérison des kystes simples, et cela d'autant plus facilement que, s'il le faut, on peut combiner leur action avec celle de tout autre agent, tel que la teinture d'iode, la teinture de myrrhe, une solution de sulfite alcalin (1), l'eau tiède, etc.

Ce qui doit principalement recommander ce nouveau mode de traitement, c'est que par lui on peut éviter l'action de l'air sur les liquides morbides et extraire facilement ceux-ci, fussent-ils épais comme la substance colloïde. De pareilles ampoules n'étaient point, on le comprend, applicables au mode de trocart connu, elles n'auraient fait qu'ajouter des dangers nouveaux à ceux déjà existants; il a donc fallu recourir à un instrument nouveau qui, tout en étant d'une application et d'une extraction faciles, peut s'immobiliser là où il a pénétré. Cet instrument doit également s'opposer à ce que le kyste vidé ne se retire de lui et ne le laisse plongeant dans la cavité du péritoine. Ai-je rempli cette indication? Je l'espère. La canule de ce nouveau trocart est double et entre les deux parties se cachent quatre ressorts en or, qui, l'instrument plongeant dans le kyste, se dilatent et viennent faire un bourrelet de 3 centimètres de diamètre par lequel le kyste est attiré et maintenu contre les téguments. D'autre part, un manchon à vis fait avancer jusque contre la peau un disque métallique basculant, formé de deux plaques contre lesquelles s'insère une rondelle de baudruche. La paroi du kyste et la paroi abdominale sont ainsi accolées. Pour maintenir le tout parfaitement en place et empêcher que plus tard l'air extérieur ne pénètre sur les côtés du trocart, la ron-

(1) Les prévisions de Buys, relativement à l'utilité d'une solution de sulfite alcalin injectée dans les kystes, ont trouvé une confirmation théorique et pratique dans un travail de Gritti (de Milan), où se trouvent consignés les résultats encourageants de nombreuses expériences cliniques faites par ce chirurgien à l'Hôpital majeur de Milan, relativement à la valeur des applications des sulfites (voyez *Annali universali di medicina*, novembre 1864, p. 275 et suiv.).

delle de baudruche est adaptée à la peau au moyen de collodion élastique. L'instrument est complété par un robinet placé près de son ouverture, de manière à ne permettre la sortie du liquide que lorsque le robinet de l'ampoule a été vissé sur lui. Enfin, un bandage de corps doit, au

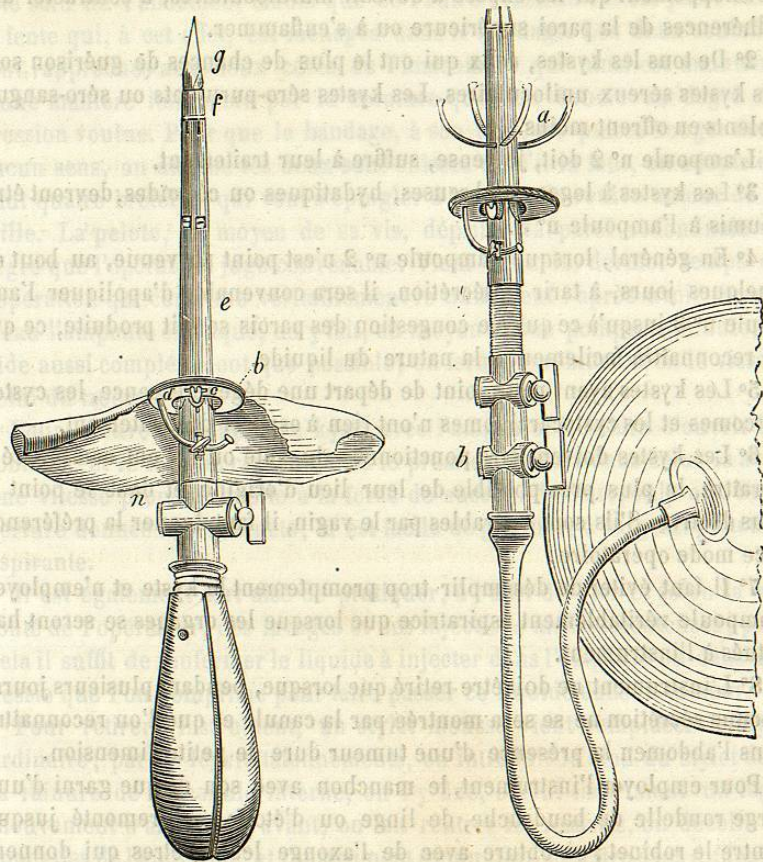


FIG. 203. — Trocart à couronne et à disque complètement armé (demi-grandeur) (*). FIG. 204. — Le même trocart après que le stylet porté en arrière a dilaté les ressorts (**).

moyen d'un compresseur à vis, déprimer la paroi abdominale du côté opposé à celui où siège la tumeur et aider de cette façon à l'action des aspirateurs.

Les figures 203 et 204 feront comprendre la forme de l'instrument mieux que ne le ferait la description la plus détaillée.

Avant de donner le mode d'emploi de l'instrument aspirateur, je résum-

(*) a, manchon; b, double disque pouvant basculer sur le manchon avec rondelle de baudruche et boutons servant à serrer la rondelle de baudruche entre les deux disques; d, arc de cercle à vis compressive servant à immobiliser les disques dans la position voulue; c, canule externe; f, canule interne; g, stylet.

(**) a, ressorts; b, ampoule avec robinet.

merai en peu de mots les indications du traitement des kystes par le nouveau procédé en me servant des idées émises par les auteurs et qui me paraissent applicables à ce procédé :

1° Il faut opérer les kystes de bonne heure et avant qu'ils aient acquis un développement qui les expose à devenir multiloculaires, à contracter des adhérences de la paroi supérieure ou à s'enflammer.

2° De tous les kystes, ceux qui ont le plus de chances de guérison sont les kystes séreux uniloculaires. Les kystes séro-purulents ou séro-sanguinolents en offrent moins.

L'ampoule n° 2 doit, je pense, suffire à leur traitement.

3° Les kystes à loges nombreuses, hydatiques ou colloïdes, devront être soumis à l'ampoule n° 3.

4° En général, lorsque l'ampoule n° 2 n'est point parvenue, au bout de quelques jours, à tarir la sécrétion, il sera convenable d'appliquer l'ampoule n° 3 jusqu'à ce qu'une congestion des parois se soit produite, ce qui se reconnaîtra facilement à la nature du liquide.

5° Les kystes ayant pour point de départ une dégénérescence, les cystosarcomes et les cystocarcinomes n'ont rien à espérer du traitement.

6° Les kystes doivent être ponctionnés du côté où ils ont commencé à paraître, le plus près possible de leur lieu d'origine et dans le point le plus déclive. S'ils sont opérables par le vagin, il faut donner la préférence à ce mode opératoire.

7° Il faut éviter de désemplir trop promptement le kyste et n'employer l'ampoule véritablement aspiratrice que lorsque les organes se seront habitués à l'instrument.

8° L'instrument ne doit être retiré que lorsque, pendant plusieurs jours, aucune sécrétion ne se sera montrée par la canule et que l'on reconnaîtra dans l'abdomen la présence d'une tumeur dure de petite dimension.

Pour employer l'instrument, le manchon avec son disque garni d'une large rondelle de baudruche, de linge ou d'étoffe, est remonté jusque contre le robinet; on obture avec de l'axonge les fenêtres qui donnent passage aux ressorts, après s'être assuré que le jeu de ceux-ci se fait librement. La ponction se pratique comme avec un trocart ordinaire, seulement il faut avoir la précaution de le faire pénétrer aussi profondément que possible, pour qu'au moment où l'on porte le stylet en arrière, pour dilater la couronne de ressorts, ceux-ci puissent se développer librement dans l'intérieur du kyste. On retire alors doucement l'instrument jusqu'à ce que l'on sente que la couronne fait obstacle et que le kyste est venu s'accoler aux parois de l'abdomen. Le manchon avec son disque incliné à l'angle voulu, est à son tour rapproché de la peau de manière à l'affleurer sans la comprimer. Au moyen de collodion élastique, la rondelle de baudruche ou d'étoffe est fixée sur la peau tout autour du disque et principalement à son centre au pourtour de la piqûre. Il reste alors à retirer le stylet, ce qui se fait en lui imprimant d'abord un petit mouvement de rotation

sur lui-même de gauche à droite pour le dégager, puis en le tirant directement en arrière, le point blanc du manche placé en haut. On laisse s'écouler le quart ou la moitié du liquide contenu dans la poche, on ferme le robinet, et l'on place la ceinture à pelote compressive, celle-ci située du côté sain de l'abdomen, tandis que de l'autre l'instrument est passé dans la fente qui, à cet effet, est ménagée dans le bandage. Les deux coulants sont rapprochés aux deux côtés de l'instrument qui ainsi est maintenu d'une manière immuable par la ceinture que l'on boucle au degré de pression voulue. Pour que le bandage, à son tour, ne puisse bouger dans aucun sens, on attache les deux sous-cuisses et, s'il le faut, on adapte en haut quatre bretelles qui vont s'épingler à une bande roulée autour de la taille. La pelote, au moyen de sa vis, déprime la paroi abdominale au degré que l'opérateur juge convenable. Vient enfin le dernier temps de l'opération qui constitue véritablement le traitement : après avoir rempli d'eau l'ampoule élastique, on y fait, au moyen d'une pompe aspirante, le vide aussi complètement que possible; on ferme le robinet et on le visse à celui du trocart.

Pour mettre en rapport le kyste avec l'ampoule, il suffira d'ouvrir les robinets, et le liquide contenu dans le premier passera dans celui-là avec une vitesse proportionnelle à la force de succion de l'ampoule et à l'ouverture donnée aux robinets; il est facile de graduer, à sa guise, l'action aspirante.

Il est également fort aisé de pratiquer, à l'abri de l'air et selon la volonté de l'opérateur, des lavages et des injections médicamenteuses; pour cela il suffit de renfermer le liquide à injecter dans l'ampoule ou dans une vessie que l'on comprime pour faire passer ce liquide dans la tumeur.

Pour retirer l'instrument, un stylet mousse vient remplacer le stylet ordinaire; par de légers tâtonnements, on introduit le clou du stylet dans la rainure de la canule interne, on l'y fixe, et, lui imprimant un léger mouvement d'arrière en avant, on fait rentrer les ressorts, on décolle les rondelles de baudruche, et l'instrument rendu libre se retire sans difficulté. Ce mode de traitement que nous préconisons ici pour les kystes de l'ovaire est applicable au traitement d'une foule d'autres affections, telles que : hydrothorax, pyothorax, abcès par congestion, abcès enkystés de l'abdomen, hygroma, etc. Nous croyons que le principe de l'aspiration à l'abri de l'air peut être appelé à jouer un rôle dans le traitement de toute affection caractérisée par la présence d'un liquide morbide sécrété dans une cavité close. Quant à l'instrument, qui n'est ici que l'accessoire obligé, il variera évidemment avec l'organe sur lequel il doit agir. Nous comptons, à cet effet, faire fabriquer trois trocarts différents.

Buys croit qu'il mettra ainsi les malades à l'abri des accidents que déterminent les altérations septiques auxquelles donne lieu le contact de l'air avec les liquides renfermés dans des cavités closes. Il ajoute encore que, comme le kyste ne peut guérir que par le rapprochement et l'adhé-