

Bibliothèque numérique

medic@

**Desormeaux, A. J.. - Du traitement des
kystes de l'ovaire**

1853.

Paris : Imprimerie Gerdès

Cote : 90975

Faculté de médecine de Paris.

CONCOURS POUR L'AGREGATION. — 1853.

JURÉS DU CONCOURS :

1. CLOQUET, président.

CERDY.

DU TRAITEMENT

NELATON.

ADELON, suppléant.

ALFIEUX.

DES

GOSSELIN.

VOITTEMIER.

AGRÉGÉS :

KYSTES DE L'OVAIRE.

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

CONCURRENCE :

MM. DESORMES, J. MOREL-LAVALLÉE,
FOULIN, RAYOT,
JAMAIN, RICHARD,
MOREAU.

MM. BIOT,
BROCA,
CUSCO,
DEMARQUAY.

PARIS,

IMPRIMERIE GERDES,

27, RUE MONTMARTRE.

1853.

JUGES DU CONCOURS :

PROFESSEURS :

J. CLOQUET, président.

GERDY.

LAUGIER.

MALGAIGNE.

NÉLATON.

ADELON, suppléant.

VELPEAU, id.

AGRÉGÉS :

GOSSELIN.

VOILLEMIER.

CONCURRENTS :

MM. BLOT.

BBOCA.

CUSCO.

DEMARQUAY.

MM. DESORMEAUX.

FOLLIN.

JAMAIN.

MOREAU.

MM. MOREL-LAVALLÉE.

PAJOT.

RICHARD.

5

Faculté de médecine de Paris.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION. -- 1853.

(SECTION DE CHIRURGIE.)

DU TRAITEMENT
DES
KYSTES DE L'OVAIRE.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

PAR

A. J. DESORMEAUX.

CHIRURGIEN DU BUREAU CENTRAL DES HÔPITAUX.


PARIS,

IMPRIMERIE GERDÈS,

42, RUE BONAPARTE.

1853.

0 1 2 3 4 5 (cm)



CONCOURS POUR L'AGREGATION. -- 1853.

(SECTION DE CHIRURGIE.)

A CLOQUET, président.

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉLIER,

ANCIEN PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,

MEMBRE DU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE,

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

AGRÉGÉS :

VOILLEMIER.

THÈSE

Attachement filial,

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

PAR

A. J. DESORMEAUX.

MR. BLOT.

BROCA.

CUSCH.

DEMARQUAY.

MR. J. DESORMEAUX.

CHIRURGIEN DU BUREAU CENTRAL DES HÔPITAUX.

JAMAIN.

MOREAU.

BAJOT.

RICHARD.

PARIS.

IMPRIMERIE GÉRDES.

45, RUE BOYARINE.

1853.

DU TRAITEMENT

DES

KYSTES DE L'OVAIRE.

La thérapeutique des kystes de l'ovaire a été longtemps et est encore généralement dominée par l'idée que cette affection est au-dessus des ressources de l'art; que la médecine est impuissante contre elle, et que la chirurgie ne peut, tout au plus, qu'en retarder dans quelques cas le terme fatal. Boerhaave renferme tout ce qui concerne ces kystes dans ce seul aphorisme : « *Notabilis itidem hydropis species ovarios mulierum sæpe occupat; qui morbus ut plurimum steriles, annosaque mulieres occupat, difficulter cognoscitur, et nisi sine inciso cadavere; curatur vero nunquam, sed transit sæpe in ascitem.* » Van Swieten est, sur ce point, de l'avis de son maître; car, tout en mentionnant l'incision pratiquée avec succès par Houston, et l'ablation de l'ovaire rapportée par de Frankenau, il se contente d'établir que la ponction peut évacuer le liquide aussi bien que dans l'ascite et ajoute : « *Sic saltem vita per plures annos prorogari posset, et molestiæ morbi tolli, licet integra servatio non succederet.* » Mais arrivons au temps actuel et nous lisons dans Boyer : « L'hydropisie de l'ovaire est re-

marquable surtout par la lenteur de sa marche et par sa durée, qui peut être très-longue lorsqu'on n'a point la prétention de la guérir, et surtout lorsqu'on n'a pas l'imprudence de tenter une opération quelconque dans cette intention. » D'après ces principes, le traitement des kystes de l'ovaire se réduit le plus souvent à une véritable expectation ; on prescrit quelques-uns des médicaments employés contre les hydropisies, et l'on se contente de combattre les accidents à mesure qu'ils se montrent, jusqu'à ce que l'augmentation de la tumeur, la compression des organes voisins et surtout l'imminence de la suffocation forcent à pratiquer une ponction ; l'évacuation du liquide, lorsqu'il peut s'écouler, soulage momentanément la malade ; l'on attend, pour appliquer de nouveau ce traitement palliatif, que la vie soit encore menacée, et l'on continue ainsi jusqu'à la terminaison prévue de la maladie. C'est là, en effet, ce qu'il y a de mieux à faire, si l'on commence par admettre l'incurabilité absolue car, lorsque l'on ne peut guérir, du moins ne doit-on pas tuer les malades.

Mais, à côté de la majorité qui se condamne à l'inaction et ne voit qu'une preuve de hardiesse, de témérité chirurgicale dans les opérations de Ledran, de Delaporte et de ceux qui les ont suivis, il se trouve des médecins qui pensent que l'incurabilité n'est que relative à l'imperfection du traitement ; que si l'on ne sait pas guérir, il faut chercher ; qu'enfin il faut combattre avant de s'avouer vaincu, ou plutôt que, dans la lutte de la médecine contre la maladie, il faut toujours combattre et ne jamais accepter la défaite. En même temps, des chirurgiens, prenant pour devise ce mot célèbre : « *Melius anceps quam nullum remedium*, » et soutenant que l'on doit accepter les chances d'une mort plus rapide pour donner aux malades les chances de la guérison, n'ont pas reculé devant une des opérations les plus hardies qui se puissent pratiquer, et, comme nous le verrons, leurs essais, où la prudence n'a peut-être pas toujours eu sa part légitime, ont montré cependant que l'intervention de la chirurgie n'est pas toujours fatale. D'autres ont employé des moyens moins terribles qui

ont parfois réussi dans des cas favorables. Déjà des thèses, soutenues dans cette Faculté, ont constaté l'état de la science dans la thérapeutique des kystes de l'ovaire et fait prévoir des progrès nouveaux. Ces espérances ont commencé à se réaliser. Les principes établis par M. Velpeau, dans ses recherches sur les injections dans les cavités closes, ont été appliqués à l'affection qui nous occupe, et les résultats en ont été assez satisfaisants pour permettre de croire qu'une révolution s'opère dans cette partie de l'art de guérir, et que bientôt il sera admis que les kystes de l'ovaire sont des maladies que l'on doit traiter.

TRAITEMENT PALLIATIF.

Dans les cas où la tumeur ne réclame pas de traitement actif, ou bien dans le cours d'un traitement médical, il se présente souvent des accidents de diverses natures que l'on doit combattre par des moyens que nous réunirons ici sous le titre de *traitement palliatif*.

La tumeur, sans même avoir acquis un volume considérable, cause très-souvent des douleurs, des pesanteurs, des tiraillements; son déplacement dans les mouvements de la malade augmente encore ces souffrances; le repos, la position horizontale, des bains, sont les principaux moyens que l'on emploie en pareil cas. L'usage d'une ceinture serrée qui maintient les parties contenues dans l'abdomen, procure habituellement un grand soulagement. Si la tumeur pesait sur les organes contenus dans le bassin, on pourrait souvent, en la soutenant au moyen de la ceinture hypogastrique, remédier aux incommodités qui en résultent. Lorsqu'elle a considérablement distendu les parois abdominales, la malade se trouve

bien de porter une large ceinture enveloppant tout l'abdomen et soutenue par des bretelles.

Enfin, les kystes hydropiques, par la compression qu'ils exercent sur les organes voisins, finissent par entraver leur action. Le trouble qui en résulte porte principalement sur le canal intestinal, sur la respiration et sur la circulation des membres inférieurs. Les selles deviennent rares ou même se suppriment; les digestions sont difficiles, les matières ingérées sont vomies; M. Bazin a vu même des vomissements de matières stercorales; mais le symptôme le plus alarmant, d'ordinaire, dans les kystes hydropiques, est la dyspnée qui finit par aller jusqu'à la suffocation. Les accidents qui viennent de la compression de l'intestin peuvent être diminués en rendant les selles liquides par des lavements et mieux par des purgatifs et par un régime approprié. Mais il arrive toujours un moment où il faut avoir recours à l'évacuation de tout ou partie du liquide pour prolonger la vie de la malade. Dans la plupart des cas, c'est la ponction simple que l'on doit pratiquer; quelquefois il devient nécessaire d'employer l'incision ou bien quelques moyens accessoires. Nous reviendrons plus tard sur ces opérations en nous occupant du traitement curatif auquel elles appartiennent également, et souvent comme méthodes principales. Nous n'insistons pas plus sur le traitement palliatif des kystes hydropiques qui peut présenter, suivant les cas, des indications que le praticien devra discerner et saura remplir.

TRAITEMENT MÉDICAL.

Les auteurs rapportent des cas de guérison de kystes de l'ovaire par l'emploi de moyens très-différents, antiphlo-

gistiques, évacuants, diurétiques, sudorifiques, toniques, altérants, auxquels il faut ajouter encore quelques moyens accessoires, qui n'ont été mis en usage que pour seconder la médication principale. Chaque auteur cite à l'appui de son traitement quelques cas de guérison, mais le plus souvent ces cas sont trop peu nombreux ou trop peu concluants pour démontrer l'efficacité du traitement proposé. Cependant, et quoique les kystes de l'ovaire présentent peu de chances de guérison par ces moyens, nous devons les mentionner, car il suffit qu'ils aient paru réussir pour qu'on soit autorisé à les essayer de nouveau dans une affection contre laquelle on n'a pas de traitement d'une puissance avérée. D'ailleurs, lorsqu'on entreprend la cure d'une maladie aussi longue et aussi rebelle que celle qui nous occupe, on doit s'attendre à être quelquefois forcé de varier les méthodes, ou de les combiner entre elles suivant les indications. L'art d'adapter les moyens aux circonstances est une partie bien importante de la thérapeutique, mais que l'on ne saurait indiquer d'une manière générale : l'expérience seule et la sagacité du médecin peuvent lui servir de guide ; aussi le talent des grands praticiens brille-t-il surtout dans le traitement des maladies chroniques. Nous allons passer rapidement en revue les principaux moyens qui ont été proposés, en indiquant ceux qui nous paraissent mériter de fixer l'attention.

Quel que soit le traitement employé, et même dans l'expectation pure, on est parfois forcé de recourir aux antiphlogistiques pour combattre des accidents inflammatoires. Les saignées générales, les sangsues, les ventouses scarifiées trouvent alors leur application. Nous n'avons pas besoin de dire quelles seraient leurs indications. Mais ce traitement a été aussi dirigé contre la maladie elle-même ; M. Barlow, qui l'a employé dans huit cas, obtint trois guérisons ; les cinq autres malades moururent. Le traitement fut long, il dura environ trois ans chez deux des malades ; il est inutile de parler de la quantité de sang tiré ; nous ferons observer seulement que

M. Barlow fut peut-être déterminé par une disposition aux accidents inflammatoire bien manifeste chez l'une de ses malades au moins.

Ce traitement ne devrait être tenté que lorsque l'on aurait des raisons de croire que l'inflammation joue un rôle quelconque dans la maladie, et lorsque l'état des forces du sujet permettrait de le continuer longtemps. En un mot, il ne peut être appliqué qu'à des cas exceptionnels, et l'on hésitera beaucoup, sans doute, à soumettre pendant longtemps, à une débilitation continuelle, des femmes dont les forces sont déjà minées par la maladie.

Les résultats heureux que l'on obtient dans certains cas d'ascite de l'emploi des diurétiques, des purgatifs, des vomitifs, ont sans doute été la principale raison qui a conduit à essayer les mêmes moyens isolés, ou plus souvent combinés entre eux, contre l'hydropisie enkystée des ovaires. Mais peut-être aussi a-t-on été amené à leur emploi, comme le pensent Boivin et Dugés, par l'observation de quelques cas de guérison spontanée, ou de suspension dans la marche de la maladie, coïncidant avec l'apparition d'une diarrhée séreuse, de vomissements abondants ou d'une salivation considérable. Des considérations analogues ont également engagé à provoquer les sueurs. Quelques rares succès, où il y a peut-être eu plutôt coïncidence qu'effet véritable de la médication, ne prouvent pas l'efficacité de ces moyens. L'on peut établir en règle générale que l'augmentation des sécrétions urinaire, intestinale et cutanée, est sans influence sur la marche des kystes. Cela dépend-il de l'absence de vaisseaux lymphatiques dans leurs parois, démontrée par A. T. Thomson? Il serait naturel de l'admettre si ce fait est bien certain. Toujours est-il que les kystes en général, et surtout les kystes de l'ovaire, sont bien plus indépendants des modifications générales de l'organisme que les hydropisies des séreuses naturelles. Du reste, si nous ne croyons pas à l'efficacité des diurétiques,

des sudorifiques et des purgatifs, pour produire la guérison de ces kystes, nous n'en reconnaissons pas moins leur utilité dans tout traitement médical, et même comme auxiliaires de la plupart des traitements chirurgicaux. Nous n'avons pas besoin de rappeler combien il est important, dans les affections chroniques, d'entretenir et même d'exciter les sécrétions naturelles et les fonctions digestives.

Lorsqu'on a cru, par ces moyens, obtenir la guérison des kystes de l'ovaire, on n'a peut-être fait autre chose qu'aider la nature dans un travail spontané, en rétablissant l'intégrité des fonctions. N'est-ce pas bien souvent la conduite la plus habile que puisse tenir le médecin ?

Si l'on retire parfois quelque avantage de l'emploi des agents dont nous venons de nous occuper, surtout au point de vue de la santé générale, c'est encore dans le même but que l'on peut administrer les toniques. On ne comprend pas comment ils auraient sur la maladie une action directe, mais ils seront souvent utiles, soit pour soutenir les forces générales, soit pour réveiller l'action des organes.

Nous ne reconnaissons donc aux moyens dont nous venons de nous occuper, qu'une action indirecte ou accessoire dans le traitement des kystes de l'ovaire. Il était naturel que l'on eût plus de confiance dans les moyens que l'on considère comme altérants quant à leur action générale, et comme fondants lorsqu'ils sont appliqués localement. Aussi sont-ils employés plus fréquemment qu'aucun autre, et les retrouve-t-on souvent dans des traitements complexes, dont les auteurs semblent les regarder comme accessoires, tandis qu'on pourrait peut-être, avec plus de raison, les en considérer comme la partie la plus importante.

Parmi ces agents, ceux qui devaient naturellement attirer avant tout l'attention des médecins, sont, sans contredit, les *mercuriaux* et l'*iode* ou ses composés.

Les *mercuriaux*, dont l'action est si puissante, soit comme fondants, soit comme altérants, ont été souvent employés, mais leur efficacité n'a pas répondu aux espérances que l'on avait conçues. Ce sont cependant des moyens précieux, mais seulement pour combattre les accidents inflammatoires qui se développent, soit spontanément, soit dans le cours d'un traitement ou à la suite d'une opération. Nous ne répéterons pas, après tous les auteurs qui s'en sont occupés, combien ils sont utiles dans le traitement de la péritonite, mais nous dirons que, d'après de nombreuses observations, leur emploi n'est pas moins avantageux pour combattre les inflammations des kystes eux-mêmes; aussi on trouverait peu de cas où l'on n'ait pas administré dans ce but, soit le calomel à l'intérieur, soit l'onguent mercuriel seul ou uni à l'extrait de belladone à l'extérieur. Autant et peut-être plus héroïques que les évacuations sanguines, ils ont en outre, l'avantage de ne pas débilitier les malades. Souvent on les emploie seuls, d'autres fois en même temps que les saignées ou les révulsifs, mais leurs usages contre les phlegmasies sont trop connus pour que nous devions y insister davantage.

Jusqu'ici tous les médicaments que nous avons passés en revue n'avaient qu'une action douteuse sur les kystes, il ne paraît pas en être de même pour l'iode. Employé souvent en Angleterre, et recommandé par plusieurs médecins anglais qui en ont obtenu de bons effets, il est aussi d'un usage fréquent en France, où M. Rayer en a retiré des résultats qui doivent engager à persister dans son emploi. A l'intérieur, on a donné la teinture d'iode à doses variées, quelquefois associée à des préparations de fer, ou bien l'iodure de fer; à l'extérieur, on emploie la pommade d'iodure de potassium, dont M. Rayer fait surtout usage, ou la pommade d'iodure de potassium ioduré. La guérison paraît, dans ces cas, être due à un mouvement inflammatoire, qui parfois doit être combattu par les moyens appropriés et que M. Rayer conseille de maintenir dans des limites telles que la vie de la

malade ne soit pas en danger. Dans trois cas ce savant et habile médecin a obtenu des guérisons complètes ; trente autres malades ont abandonné le traitement. Une fois il a observé une péritonite qui a passé à l'état chronique et persisté après l'affaissement de la tumeur. M. Pilcher a observé également un cas de péritonite, dans le cours d'un traitement par l'iode ; la péritonite fut traitée par le mercure, et la tumeur disparut. Il ne paraît pas que ce médicament ait, en général, une action directe sur la résorption du liquide, mais il agit en amenant l'inflammation de la tumeur. Suivant M. Rayer, *il produit l'atrophie de la tumeur en provoquant un travail qui a toujours été accompagné de symptômes inflammatoires*. Dans certains cas, l'inflammation du kyste a été suivie de son ouverture au dehors, et la guérison en a été le résultat. Tel serait le mode d'action habituel de l'iode d'après MM. Jefferson et Seymour.

Sans doute les cas de guérison ne sont pas nombreux, mais si l'on songe que l'on ne possédait avant l'emploi de l'iode aucun agent thérapeutique vraiment efficace, on devra reconnaître, je pense, que ce moyen de traitement mérite d'être appliqué, malgré les dangers auxquels il peut exposer les malades, et que si après une plus longue expérience le nombre de succès restait d'un contre dix insuccès, ce serait toujours un assez beau résultat, dans une maladie que le découragement des médecins abandonne le plus souvent à sa marche fatale.

Je ne ferai que mentionner le *muriate de chaux*, vanté par Hamilton et quelques autres auteurs ; l'idée de l'employer contre l'hydropisie de l'ovaire est due probablement aux vertus qu'on lui attribue dans le traitement des affections scrofulieuses.

Je rappellerai en dernier lieu que A. Laennec, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nantes, a obtenu par les bains d'eau salée la guérison d'une malade chez laquelle il avait dia-

agnostiqué un kyste hydatique de l'ovaire. Cet essai lui avait été inspiré par les opinions de son cousin, le grand Laennec, touchant l'action du chlorure de sodium sur les vers vésiculaires.

A ces différentes médications dont se compose essentiellement le traitement médical, on ajoute souvent l'emploi d'autres moyens dans le but de hâter le travail qui doit amener la guérison. C'est ainsi qu'on a employé des exutoires, cautères, vésicatoires, sétons, auxquels, en général, on n'accorde pas du reste une grande confiance; il en est de même de la compression considérée comme moyen d'obtenir la résorption du liquide. Enfin nous devons rappeler quelques pratiques, telles que la malaxation de la tumeur et les percussions, pour lesquelles M. Hamilton a inventé un instrument; on a attribué leur efficacité, qui nous semble douteuse, à l'inflammation qu'elles détermineraient dans la membrane interne du kyste. Nous n'accordons pas plus de confiance aux frictions sèches, au moyen desquelles M. Campbell croit pouvoir enrayer les progrès de la maladie.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Les moyens chirurgicaux employés contre les kystes de l'ovaire sont : la ponction, l'incision, l'injection et l'ovariotomie.

PONCTION.

La ponction des kystes de l'ovaire est employée le plus souvent dans le but unique d'évacuer le liquide qu'ils contiennent.

nent pour faire cesser la compression des organes voisins ; elle fait alors partie du traitement palliatif, bien que, dans quelques cas, elle ait procuré la cure radicale. D'autres fois, pour arriver à connaître la nature du contenu des kystes, on y fait une ponction exploratrice. Dubreuil de Montpellier conseillait de la pratiquer avec un trocart fin, dans le lieu choisi pour la ponction, afin de s'assurer s'il n'y existait pas, quelque vaisseau dont la lésion pût fournir une hémorragie, qu'il redoutait beaucoup, à l'exemple de Delpech. Enfin, on pratique la ponction dans le but d'ouvrir une voie permanente à l'écoulement du liquide, ou bien elle n'est que le premier temps d'une opération composée.

Cette opération se fait, soit à travers la paroi abdominale, soit à travers la paroi du vagin.

1° Ponction abdominale.

C'est à ce procédé qu'on a recours, à moins d'indications spéciales, pour pratiquer la ponction palliative. Dans ce cas, on se conforme généralement au précepte de Boyer, qui conseille de n'opérer que quand le volume du ventre est devenu si considérable qu'il rend la respiration impossible, ou qu'il donne lieu à des accidents qu'on ne peut dissiper par les moyens ordinaires. On a bien quelquefois essayé d'arrêter la maladie dans sa marche en vidant la tumeur lorsqu'elle ne présente encore qu'un volume médiocre ; mais l'observation a démontré qu'alors le liquide se reproduit rapidement, que l'on est forcé de répéter les ponctions à des intervalles de plus en plus rapprochés, et que l'épuisement de la malade fait des progrès plus rapides que si l'on avait laissé l'affection suivre sa marche naturelle. Les chirurgiens possèdent pour la cure radicale des méthodes beaucoup plus sûres, et qui ne présentent peut être pas plus de danger.

Nous ne parlerons pas de la position à donner à la malade et des moyens de comprimer le ventre pendant l'opération; ces détails n'ont rien de particulier au cas qui nous occupe et appartiennent aussi bien à la paracenthèse de l'ascite.

Le trocart doit être d'un fort diamètre pour permettre plus facilement l'écoulement du liquide, souvent visqueux, qui s'échappe des kystes. Récamier a conseillé de se servir d'un trocart courbe qui échappe moins facilement de l'intérieur du kyste, et qui permet mieux qu'un instrument droit de chercher et d'attaquer les loges voisines, dans le cas où on en reconnaîtrait.

Le choix du lieu où l'on doit ponctionner n'a peut-être pas assez occupé les chirurgiens. Pour les kystes multiloculaires, c'est le plus souvent un lieu de nécessité, on ponctionne dans le point où l'examen de la tumeur, et surtout la fluctuation, indique un kyste considérable, dont l'évacuation produira plus de soulagement, et dont le contenu, par sa liquidité, paraît devoir s'échapper plus facilement. Mais pour les kystes uniloculaires, on préfère généralement le lieu d'élection déterminé, comme dans l'ascite. Il nous semble cependant qu'il y a ici une indication spéciale; le but qu'on doit se proposer étant de vider le kyste aussi complètement que possible et de favoriser le retrait de ses parois, il conviendrait d'introduire le trocart le plus près qu'on peut du lieu où il doit se retirer. Lorsqu'il n'y a pas d'adhérences accidentelles, ce qu'on peut admettre pour une première ponction, et quand il n'y a pas eu d'accidents inflammatoires, le kyste, en revenant sur lui-même, se rapproche de son point de départ ou du siège de l'ovaire affecté. On devra donc pénétrer le plus près possible de ce point, c'est-à-dire dans le voisinage de la fosse iliaque, et, lorsque la disposition de la tumeur le permettra dans un espace limité, en bas, par le ligament de Fallope, en haut, par une ligne horizontale partant de l'épine iliaque antéro-supérieure, et en dedans par la direction connue de l'artère épigastrique. Si des ponctions antérieures ont été déjà

faites, comme elles ont dû déterminer des adhérences, la tumeur aura de la tendance à se porter vers le point qu'elles occupent; on pourra donc ponctionner dans les cicatrices des anciennes opérations, comme Delpech le conseillait, dans le but d'éviter l'hémorragie. Cependant, dans ce cas encore, il vaudrait peut-être mieux se rapprocher de la partie inférieure de l'abdomen, où, dans les cas de guérison, on trouve habituellement la tumeur formée par les restes du kyste, notwithstanding les cicatrices de paracenthèses pratiquées dans un lieu plus élevé.

Il est inutile d'insister sur la nécessité d'éviter le trajet de l'artère épigastrique et des veines sous-cutanées qui sont souvent dilatées par suite de la circulation supplémentaire résultant de la compression de la veine cave inférieure. Les intestins sont peu exposés à être blessés, parce que, dans l'hydropisie de l'ovaire, ils sont repoussés du côté opposé à la tumeur. La vessie, dilatée par l'urine, pourrait se trouver sur le passage de l'instrument; on devra donc s'assurer qu'elle est vide, et il serait même prudent de pratiquer le cathétérisme. On recommande encore de reconnaître la position de l'utérus, qui, d'après M. Simpson, serait repoussé du côté opposé à la tumeur; M. Boinet, dans un Mémoire qu'il a présenté à l'Académie de médecine, assure qu'il est attiré du côté malade dans le mouvement d'élévation de la tumeur, ce qu'on peut reconnaître à la position du col, qui serait constamment dirigé du côté sain. Enfin, l'on doit éviter les parties indurées qui, dans les kystes anciens, sont le résultat d'altérations de leurs tuniques, parce qu'elles pourraient résister au trocart ou conserver une ouverture béante qui permettrait l'épanchement après l'opération. M. Simpson rapporte un cas où la trompe de Fallope indurée et contournée sur la tumeur, s'est laissée refouler par la pointe de l'instrument, et l'a empêchée de pénétrer dans le kyste.

Une fois la canule introduite, on favorise l'écoulement du

liquide par une pression continue; on a proposé dans ce but différentes ceintures destinées à être resserrées à mesure que le ventre revient sur lui-même, et qui pourraient être utiles si l'on était forcé d'opérer la malade assise; mais dans la position couchée, que l'on choisit d'ordinaire avec raison, les mains des aides sont le meilleur moyen de compression. Autrement, par crainte des accidents que pourrait produire une déplétion trop rapide, on conseillait de n'évacuer qu'une partie du liquide, si la collection était considérable; aujourd'hui l'on ne redoute plus ces accidents et l'on s'accorde à vider le kyste le plus complètement possible. Assez souvent l'écoulement est difficile, à cause de la viscosité du liquide ou des flocons gélatineux qu'il contient, il faut alors augmenter un peu la pression ou déboucher la canule, en y enfonçant le trocart, ou bien enfin exercer une aspiration à l'aide d'une seringue; quelquefois encore une injection remplit le même but et permet de terminer l'opération; mais il arrive aussi que l'on est forcé d'y renoncer pour ne pas trop fatiguer la malade.

Après l'évacuation du liquide, surtout s'il était abondant, on doit remplacer la pression exercée par les aides au moyen d'une compression permanente faite à l'aide d'une ceinture ou d'un bandage de corps, afin d'éviter la syncope, à laquelle la malade est exposée. On a encore exercé cette compression dans le but de s'opposer à la reproduction de l'épanchement et d'obtenir une guérison complète. On observe, en effet, quelques cas où le liquide ne se reproduit pas après la ponction simple et où les malades se trouvent définitivement délivrées de leur maladie, mais, malheureusement ces cas, sont si rares, que l'on ne peut pas en tenir compte. Habituellement le kyste se reproduit bientôt, il faut faire une nouvelle ponction suivie encore de récidive, et la nécessité des ponctions se rapproche de plus en plus. Après une ou plusieurs opérations, le liquide, s'il était d'abord limpide, s'altère, par suite de l'inflammation de la poche devient trouble, épais, visqueux; il présente alors

toutes les variétés de coloration et de consistance que peut produire le mélange du sang dans un épanchement, ou qui résultent de sa décomposition putride, et les malades succombent tantôt à l'épuisement, tantôt à l'infection putride et tantôt à l'accroissement de la tumeur, dont le liquide trop épais ne peut plus être évacué. Aussi tous les auteurs sont ils unanimes sur ce point, que la ponction hâte les progrès du mal; nous ne disons pas qu'elle hâte la mort, car dans la pratique la plus suivie, on n'y a recours, suivant le conseil de Boyer, qu'à la dernière extrémité; dans de telles conditions, on ne peut accuser l'opération de la mort de l'opérée, à qui elle a procuré un soulagement momentané. On cite cependant des cas où la ponction souvent répétée a prolongé la vie pendant des années. Le fait le plus remarquable assurément, sous ce rapport, est ce lui de Bezard, cité par M. Cazeaux, qui pratiqua six cent soixante-cinq fois la paracenthèse en treize ans, et retira une quantité de liquide qui, évaluée d'après la moyenne de ces ponctions, s'élevait à dix mille deux cent soixante et quinze pintes.

Outre la syncope, qui ne nous offre ici rien de particulier, il est des accidents qui tiennent à la nature même de la maladie. Pendant l'opération la canule peut quitter le kyste, si l'on n'a pas soin de suivre le mouvement de retrait des parois abdominales; l'emploi du trocart courbe est utile, comme nous l'avons déjà dit, pour éviter cet accident. L'introduction de l'air, dont on a peut-être un peu exagéré le danger, résultant du défaut de pression intérieure; le meilleur moyen de l'empêcher, est d'exercer une compression exacte pendant l'opération. On a proposé dans ce but d'adapter à la canule une pièce munie d'une soupape en baudruche; un moyen plus simple, que Récamier mettait quelquefois en usage, consiste à faire prolonger l'extrémité de la canule courbe dans un verre que le liquide évacué remplit avant de déborder dans le vase qui doit le recevoir. On redoute en général beaucoup l'épan-

chement dans la cavité du péritoine d'une portion de la matière contenue dans le kyste, mais, comme le fait observer M. Cazeaux, cet accident est prévenu par le resserrement de l'ouverture autour de la canule et le rapprochement de ses bords après l'opération, et de plus cet épanchement, dans la plupart des cas, serait facilement résorbé comme on l'a observé après l'ouverture spontanée. Le meilleur moyen de l'éviter est de vider promptement et complètement la tumeur. Nous avons déjà dit combien Delpech craignait l'hémorragie par suite de la ponction, et ces craintes sembleraient justifiées par le nombre et le calibre des vaisseaux du kyste dont la description a été donnée par Dubreuil; cependant, comme l'avoue ce savant professeur, ces hémorragies sont peu communes ou du moins peu connues, et l'on a beaucoup de chances de les éviter en choisissant le point le plus saillant de la tumeur, où rarement on trouve des vaisseaux importants. Si, du reste, cet accident arrivait, il faudrait élargir la plaie avec le bistouri, pour aller lier l'artère ouverte.

Les deux accidents les plus à craindre sont la péritonite, plus fréquente ici qu'après la ponction pratiquée pour l'ascite, et l'inflammation du kyste. La première de ces maladies peut être causée par l'épanchement, surtout, lorsque le liquide est de mauvaise nature, mais il faut convenir que le plus souvent ses causes sont inappréciables, de même que celles de l'inflammation du kyste, qui cependant peuvent être quelquefois attribuées à des manœuvres imprudentes ou à l'entrée de l'air. Nous ne reviendrons pas sur le traitement de ces accidents dont nous avons déjà parlé à propos du traitement médical.

Ponction vaginale.

Callisen est le premier qui ait fait la ponction par le vagin pour un kyste de l'ovaire; après lui cette opération fut

encore proposée ou pratiquée à de longs intervalles par quelques auteurs. Delpech dit qu'A. Dubois l'avait pratiquée avec succès; mais c'est Récamier qui l'a fait entrer dans la pratique chirurgicale, du moins en France.

Cette opération ne peut être admise que comme méthode exceptionnelle, et la ponction à travers les parois abdominales restera toujours la méthode générale. Pour que l'on se décide à pratiquer la ponction par le vagin, il faut que la tumeur déprime assez les parois de ce canal pour que le doigt puisse y sentir la fluctuation, et que l'examen démontre qu'il n'existe entre elle et la paroi vaginale aucun organe important. On la pratique dans le point où la tumeur fait saillie, soit en avant, soit en arrière du col de l'utérus. L'instrument peut être porté soit du vagin dans le kyste, soit du kyste dans le vagin.

Dans le cas d'urgence on peut se servir d'un bistouri entouré de linge jusqu'àuprès de sa pointe, mais il est préférable d'employer un trocart courbe comme dans la paracenthèse par la paroi abdominale, ou les trocarts plats et courbes de Récamier. C'est dans cette méthode surtout qu'il importe de bien reconnaître la position du corps de l'utérus et de la vessie, et que l'on doit recourir dans ce but au cathétérisme. La malade étant placée comme pour l'exploration du vagin, le chirurgien fait déprimer l'abdomen par un aide pour repousser la tumeur dans le petit bassin, puis, après avoir reconnu la fluctuation, il laisse son doigt en place pour diriger le trocart, dont la convexité doit regarder vers l'organe qu'il faut éviter. Dès que l'instrument est arrivé sur la tumeur, on le fait pénétrer assez avant pour que l'extrémité de la canule n'abandonne pas le kyste s'il vient à s'élever dans son mouvement de retrait. Quant aux précautions à prendre pendant le reste de l'opération, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons déjà dit à propos de la ponction abdominale.

Dans le but d'éviter les difficultés qui se présentent souvent pour pénétrer dans le kyste, Récamier a imaginé un procédé qui consiste à percer la paroi de l'intérieur du kyste vers le vagin; pour y parvenir, après avoir pratiqué la ponction abdominale avec un trocart courbe et laissé écouler une partie du liquide, on pousse la canule vers le fond de la poche jusqu'à ce qu'elle soit sentie par deux doigts placés dans le vagin. Alors la canule est confiée à un aide, le mandrin est introduit, et le chirurgien en le poussant vivement le fait facilement pénétrer entre les deux doigts. Il ne reste plus alors qu'à adapter au bout de l'instrument une canule ou une sonde élastique que l'on attire avec lui jusque dans l'intérieur du kyste.

M. Ricord a employé un autre procédé, mais dans un but spécial dont nous nous occuperons plus tard.

La paracenthèse vaginale n'a pas encore été employée assez généralement pour qu'on puisse établir un parallèle exact entre elle et l'autre méthode; suivant M. Maisonneuve, on aurait plus de raisons pour craindre un engorgement dans le péritoine. Mais aussi elle a l'avantage d'attaquer le kyste le plus près possible du siège normal de l'ovaire, et de favoriser l'écoulement continu si l'on veut l'entretenir. S'il existait des adhérences entre le kyste et les organes contenus dans le bassin, comme on le voit dans une des observations de M. Bourdon, ce serait une raison de plus pour choisir cette méthode.

Ponction rectale.

La ponction par le rectum a été proposée par M. Taignot; cette opération, qui n'a pas encore été pratiquée, ne serait applicable, comme le dit M. Cazeaux, qu'au cas d'une tumeur qui se trouverait derrière l'intestin.

INCISION.

Jusqu'à présent nous n'avons indiqué que des modes de traitement pouvant être considérés comme simplement palliatifs, quoique dans certains cas ils aient été suivis d'une guérison inespérée. Nous allons maintenant entrer dans l'exposition d'une série de moyens où le chirurgien se propose *a priori* d'obtenir la cure radicale de l'affection.

Ledran, le premier, se souvenant peut-être d'un procédé opératoire des anciens pour débarrasser la cavité abdominale du liquide qui la distend dans l'hydropisie, et cherchant à prolonger le soulagement qu'éprouvent toujours les malades après l'évacuation, pensa qu'il pourrait peut-être obtenir ce résultat et même arriver jusqu'à produire une guérison solide en empêchant une nouvelle accumulation du liquide. C'est dans ce but qu'il proposa et pratiqua l'incision des parois du sac.

Ce fut en 1737 que, pour la première fois, il tenta cette opération, et la malade vécut encore quatre ans sans que la tumeur reparût, mais jusqu'à la mort elle conserva une fistule. Une seconde fois, il eut recours au même moyen avec un résultat encore plus heureux, car la malade qui, depuis deux ans, conservait une fistule, ayant, par négligence, laissé sortir la canule, la plaie se cicatrisa très-promptement et le kyste ne se reforma point.

A peu près à la même époque, Delaporte, plus tard Laflize (1777), puis Portal, Bonnemain, Rey, enfin, dans ces derniers temps, Mussey, professeur d'anatomie à New-York (1838), Récamier, Bainbridge (1848), ont eu recours au même moyen et ont publié en sa faveur des exemples de guérison.

Ce procédé constitue donc la première méthode de cure radicale.

L'incision du sac peut se pratiquer à travers les parois abdominales comme l'a fait Ledran, ou bien à travers les parois vaginales, comme Récamier le recommandait naguère encore. De là deux divisions à cette méthode : 1° *l'incision abdominale* ; 2° *l'incision vaginale*.

Incision abdominale.

Le point de l'abdomen où devra se pratiquer cette incision pourra varier suivant les caractères que présentera la tumeur. Il est certain que l'on devra de préférence s'arrêter au point où la fluctuation sera bien manifeste, car l'on pourra supposer qu'il y existe des adhérences de la poche avec le péritoine qui tapisse la paroi abdominale correspondante.

Ledran et Delaporte, après une ponction, pratiquèrent leur incision à partir du point ponctionné, le premier en se dirigeant longitudinalement vers le pubis, le second en remontant obliquement le long des muscles du bas-ventre, tous deux dans une étendue de quatre pouces. Bainbridge trouve beaucoup plus simple de faire au-dessous de l'ombilic une incision d'un pouce et demi de longueur, sans ponction préalable ; il ouvre ensuite le kyste et le retient en le fixant aux lèvres de l'incision au moyen de deux pointes de suture. Dans tous les cas, au lieu d'inciser de dedans en dehors il vaudrait mieux procéder couche par couche.

Nous ne voulons pas parler ici des énormes incisions abdominales mises à la mode dans ces derniers temps par les chirurgiens anglais et américains, pratiquées dans le but de permettre une extirpation complète de la tumeur. Quand elles ne sont suivies que de la simple ouverture du kyste,

c'est que l'extirpation a été reconnue impossible à cause des adhérences trop nombreuses et trop solides.

Avant de pratiquer cette opération, il est bon de se mettre à l'abri d'un épanchement dans la cavité abdominale, en déterminant artificiellement des points d'adhérence entre les parties contiguës du sac et du péritoine abdominal.

Plusieurs moyens ont été proposés et mis en usage pour arriver à ce résultat, non-seulement pour préparer l'ouverture du sac par l'incision, mais même dans le cas de simple ponction. — Disons tout de suite que lorsqu'il s'agit d'une ponction palliative, on est généralement d'accord de ne point y avoir recours.

Le procédé le plus unanimement et le plus généralement admis consiste dans l'application des caustiques; mais, comme ce moyen est assez douloureux et demande un certain nombre de jours pour produire son effet, on a cherché autre chose. Graves a proposé l'incision abdominale poussée par couche jusqu'au péritoine exclusivement. Un pansement avec de la charpie sèche devrait ensuite déterminer une inflammation adhésive. M. Bégin veut que l'on incise les parois abdominales, y compris le péritoine, de manière à ce que les tumeurs viennent se montrer dans l'écartement des lèvres de l'incision. Bientôt après, au moyen du repos, aidé d'une longue compression, il se forme des adhérences solides.

M. Trousseau par l'*acupuncture*, M. Maisonneuve par la *suture*, M. Rambau à l'aide d'un instrument qui tout en permettant l'évacuation du kyste, maintient celui-ci fixé contre la paroi abdominale, ont cherché à remplacer les caustiques et l'incision; mais ces procédés ont été trop peu employés pour qu'on puisse juger leur valeur. D'ailleurs, par la suture et l'*acupuncture* on s'expose à voir se vider en grande partie dans la cavité péritonéale le liquide du kyste ovarique.

Au lieu d'avoir recours à l'un de ces procédés, qui toujours font perdre du temps, on pourrait imiter la manière de Bainbrige, ce qui me paraît beaucoup plus simple et surtout plus prompt.

Quoi qu'il en soit de ces divers procédés, quand on croira avoir obtenu les adhérences nécessaires, il faudra pratiquer l'incision en dehors et parallèlement à la direction de l'artère épigastrique dans une étendue de un pouce et demi à quatre pouces. Avec une semblable ouverture, on comprend que le liquide, quelle que soit sa consistance, pourra être facilement évacué, ainsi que les parties solides qui peuvent s'y trouver mêlées.

Incision vaginale.

L'incision pratiquée par le vagin a été la conséquence naturelle de la ponction vaginale; aussi la plupart des auteurs la confondent-ils dans une seule et même description. Cependant nous pensons qu'elle mérite une mention particulière; de même que l'incision abdominale, elle permet l'évacuation complète du kyste, expose aux mêmes accidents, guérit de la même manière; elle n'en diffère que par le procédé opératoire et par l'avantage de donner issue au liquide par le point le plus déclive de la tumeur.

La portion du vagin où l'incision devra être pratiquée sera le point où la fluctuation sera le plus manifeste. En parlant de la ponction vaginale, nous avons déjà indiqué toutes les précautions à prendre pour pénétrer sûrement dans la tumeur.

On peut faire une incision directe avec un bistouri droit dont la lame est recouverte de linge jusqu'à deux centimètres de la pointe, ou mieux avec un des instruments proposés

par Récamier pour cette opération. Il serait plus prudent d'inciser couche par couche la cloison vaginale et de pénétrer ensuite franchement dans la tumeur ; de cette manière on ne s'expose point à faire à la paroi kystique une ouverture plus grande que celle du vagin, et par conséquent on court moins le risque de voir le liquide s'épancher dans la cavité abdominale. Enfin, on peut, après une ponction abdominale préalable avec le trocart courbe, pénétrer dans le vagin de haut en bas et engager dans l'ouverture de la ponction un bistouri simple caché, pointu ou boutonné, au moyen duquel on pratique l'incision.

Lorsqu'au moyen de l'incision abdominale ou vaginale le kyste est vidé, on empêche la plaie de se refermer par l'introduction de mèches ou tentes remplacées plus tard par des canules. On fait dans la poche des injections détersives, soit avec de l'eau tiède, soit avec des solutions astringentes, aromatiques ; l'inflammation s'empare de la surface interne du sac, il y a production de pus, expulsion de lambeaux membraneux, enfin ce que l'on a appelé l'exfoliation du kyste. Bientôt la suppuration est moins abondante, la poche revient sur elle-même ; mais il est rare qu'elle s'oblitére entièrement. Le plus souvent il reste une fistule, quelquefois cependant il y a eu guérison complète.

A présent que nous avons décrit les diverses manières de donner issue au liquide, soit par la ponction, soit par l'incision, nous sommes naturellement amené à parler d'une autre méthode qui n'est que le complément de ces opérations, et que nous nommerons l'*évacuation continue*.

Ce mode de traitement, ainsi que le nom l'indique, consiste à mettre la tumeur dans de telles conditions, qu'elle ne puisse dorénavant conserver le liquide qu'elle sécrète. Ce résultat s'obtient au moyen d'une ouverture permanente fistuleuse. Que cette ouverture, plus ou moins grande, soit la suite d'une

ponction ou d'une incision, le fait principal c'est la possibilité donnée au liquide de s'échapper à mesure qu'il se forme.

Une fois la poche vidée, la première indication à remplir est d'empêcher l'ouverture de se refermer. On a successivement proposé et mis en usage dans ce but la sonde d'argent, de gomme élastique dans le cas de ponction, les mèches et les tentes dans le cas d'incision. Je ne cite que pour mémoire l'instrument de Rambaud, et cet autre d'un chirurgien américain dont parle M. Maisonneuve dans sa thèse, instruments encore peu connus et que l'expérience pratique n'a pas suffisamment éprouvés. Que l'on se serve de canules, de sondes ou de mèches, il faut les fixer avec grand soin au moyen d'un bandage convenable, afin d'empêcher leur sortie spontanée. Plusieurs fois cet accident déterminait la réapparition du liquide et il fallut recommencer l'opération.

La sonde en gomme élastique, à cause de sa flexibilité, est ce qu'il y a de plus commode à employer; mais il faut avoir soin de la changer tous les huit ou dix jours, car elle s'obstrue, sa surface s'écaille, et même elle pourrait se briser au niveau de l'ouverture et tomber dans le sac. Les mèches ou tentes doivent être renouvelées tous les jours, et de temps en temps il est bon, ainsi que le conseille M. Nonat, d'introduire dans la plaie un crayon de nitrate d'argent, pour s'opposer à la cicatrisation.

SÉTON.

Quelques chirurgiens, pour être plus sûrs de maintenir l'ouverture fistuleuse, ont eu l'idée d'établir un séton, soit en pratiquant deux ouvertures à la paroi abdominale, comme nous en voyons un exemple dans le cas observé par M. Del-

pech à l'hôpital Necker en 1843, cas suivi de guérison, soit, comme l'a fait M. Ricord, en pratiquant la seconde ouverture dans le vagin. Dans cette opération qui rappelle une des méthodes de M. Récamier, après avoir fait une ponction abdominale, M. Ricord introduisait dans la plaie un instrument semblable à la sonde à dard, mais dont la lame portait près de sa pointe un crochet analogue au crochet à broder. L'extrémité de la sonde étant sentie à travers les parois du vagin, il fit saillir la pointe, dont il se servit ensuite à entraîner un fil qui traversa ainsi le kyste et dont un bout sortit par la plaie abdominale, tandis que l'autre, laissé dans le vagin, permit d'introduire des mèches dont on augmentait chaque jour le volume. La première malade opérée ainsi mourut dans le marasme trois semaines après qu'on eut retiré le seton; elle avait conservé une fistule. C'est cette malade dont le kyste avait été une première fois injecté avec la solution iodée. Chez une seconde malade la cicatrisation eut lieu après qu'on eut retiré le seton; il n'y eut pas de récurrence, mais elle mourut bientôt après épuisée par la fièvre hectique.

Malheureusement, ce dernier procédé, quelque ingénieux qu'il soit, n'a encore été expérimenté qu'une fois, et n'a pas donné de résultat bien satisfaisant.

Comme nous l'avons déjà dit, trois ou quatre jours après l'établissement de l'ouverture permanente, il se développe dans le kyste des symptômes d'inflammation, la suppuration s'établit plus ou moins franchement, le sac s'exfolie; alors il est important de surveiller la marche de la suppuration, de s'opposer aux symptômes d'infection puerile qui peuvent survenir, ou mieux de les prévenir, s'il est possible. De là l'indication, non-seulement de vider exactement chaque jour ou même deux fois par jour, si cela est nécessaire, partie ou tout du liquide sécrété, et, pour arriver plus sûrement à ce résultat, il faut avoir recours à des lotions ou injections déter-

sives d'eau tiède, des solutions chlorurées, astringentes ou aromatiques.

Mais ici, nous touchons à un autre procédé tout moderne dont l'auteur des injections dans les cavités closes peut à bien juste titre revendiquer la paternité.

Si la guérison peut être obtenue par l'évacuation continue de l'intérieur à l'extérieur, elle peut encore arriver par un écoulement lent, mais continu, du liquide dans la cavité abdominale, où il se résorbe sans donner naissance à des accidents inflammatoires. Au reste, la science possède des exemples rares, il est vrai, de ruptures de kystes dans le péritoine, suivies de guérison.

Déjà M. Maisonneuve, en cherchant à produire l'adhérence du sac avec la paroi abdominale par le procédé qu'il décrit dans sa thèse, sous le titre de *Suture*, avait remarqué que la tumeur s'était vidée petit à petit dans l'abdomen, et que le liquide s'étant résorbé, il y avait eu une guérison temporaire de trois mois. S'autorisant de ce fait, ce chirurgien, sur une autre malade, se servit d'une aiguille à cataracte pour pratiquer l'acupuncture du sac. Le kyste se vida lentement, le liquide fut résorbé au fur et à mesure; il n'y eut pas d'accidents et la malade sortit guérie; mais, six mois après, il y eut récurrence : la tumeur reparut.

L'évacuation interne continue ne peut donc rigoureusement être considérée que comme un moyen palliatif, d'autant plus qu'elle ne permet pas d'agir sur la face interne du kyste, et qu'elle ne peut donner issue à un liquide un peu épais, encore moins à des parties solides.

INJECTIONS.

Après la ponction et l'incision, on a généralement eu recours à des injections, soit pour laver le kyste et entraîner le liquide qui s'y trouve, soit pour modifier ce liquide, soit enfin dans le but d'agir sur leurs parois, tantôt pour provoquer leur adhésion, tantôt pour produire la mortification de la tunique interne, ou ce qu'on a appelé l'*exfoliation du kyste*. Les liqueurs injectées doivent varier suivant le but que l'on se propose. Si l'on veut laver, on emploie l'eau ou des décoctions émollientes; on y ajoute du chlorure de chaux, si la sécrétion présente une odeur fétide; mais, lorsqu'il s'agit de modifier les parois de la cavité, on emploie des substances irritantes. On a fait usage dans ce cas de vin chaud, de solutions de nitrate d'argent; Ollenroth a préconisé des solutions étendues de potasse caustique ou de teinture de cantharides. On a encore proposé des injections de gaz irritants.

Les injections, lorsqu'on les emploie de la sorte, ne sont que détersives au même titre que celles que l'on pousse dans des foyers de suppuration; mais on les a encore employées dans le but d'obtenir immédiatement l'adhésion des parois, comme par l'injection de l'hydrocèle on obtient l'adhésion de la tunique vaginale. C'est ainsi que M. Jobert a employé une injection alcoolique, Holscher une injection vineuse, Scudamose et Denman des injections de vin d'Oporto. Cette méthode a procuré quelques guérisons; mais les succès sont nombreux. La crainte d'une inflammation intense et presque constamment mortelle l'a toujours empêché de se répandre, et il est probable que les essais n'en auraient été faits que rarement, dans quelques cas regardés comme plus favorables, si l'on n'avait pas trouvé une substance avec laquelle les guérisons sont plus sûres et les dangers beaucoup moins grands.

Ainsi, l'on n'avait à opposer aux kystes de l'ovaire que des moyens à peu près insignifiants, sans être exempts de péril, ou des armes tellement redoutables, que les chirurgiens osaient rarement s'en servir. C'est dans de telles circonstances que parurent les injections iodées. Lorsqu'on vit, contre toute attente, cette substance être introduite sans accidents dans le tissu cellulaire, dans des sacs herniaires, dans les synoviales, dans des kystes et jusque dans le péritoine, on dut naturellement penser qu'on pouvait sans plus de danger l'appliquer au traitement des hydropisies ovariennes; ce qu'on redoutait le plus, n'était-ce pas, après tout, le passage du liquide injecté dans la cavité abdominale? M. Ricord paraît être le premier qui l'ait essayé, vers 1838, dans un cas qui a déjà été publié, sur une femme qu'il avait soignée avec M. A. Béraud et M. Gerdy; l'épanchement reparut bientôt. Mais, comme M. Ricord me l'a fait observer, la proportion de teinture d'iode était extrêmement faible; il n'y en aurait pas eu plus de 16 pour 100 d'eau. A partir de là, l'injection iodée, mieux connue, fut employée à plusieurs reprises et prit une place de plus en plus importante dans la question qui nous occupe.

La composition du liquide à injecter est ordinairement celle qui a été indiquée par M. Guibour, mais quelquefois on augmente la proportion de teinture d'iode, on la porte jusqu'à parties égales d'eau et de teinture, avec addition d'iodure de potassium. Lorsque l'ouverture du kyste est entretenue d'une façon permanente, on dépasse même ces proportions, et M. Boinet est allé, dans quelques cas, jusqu'à injecter la teinture d'iode pure. Quant à la quantité de liquide à introduire dans la tumeur, elle est peu importante, pourvu que, suivant les principes posés par M. Velpeau, et suivis par tous les chirurgiens, on ne cherche pas à distendre le kyste, ce qui serait complètement inutile; en supposant que l'injection produise des accidents, ils seraient en rapport non pas avec la masse totale de l'injection, mais avec l'étendue des parois avec lesquelles elles se trouvent en contact. Le temps pen-

dant lequel on laisse séjourner le liquide dans le kyste varie, en général, de cinq à dix minutes.

Presque toujours, en retirant la canule, on laisse forcément une certaine quantité du liquide injecté, et, dans quelque cas, les opérateurs ont volontairement abandonné, dans l'intérieur de la poche, une proportion notable de la solution qu'ils y avaient introduite.

Si même la douleur est très-vive, M. Monod affirme que c'est toujours un signe que la matière de l'injection est passée dans la cavité péritonéale; aussi conseille-t-il, dans ce cas, de s'arrêter immédiatement et de pousser une certaine quantité d'eau tiède.

Les phénomènes qui suivent immédiatement l'injection sont en général très-simples, plus simples même que dans l'hydrocèle; la douleur, quelquefois nulle, est en général modérée dans les premiers moments, et se borne le plus souvent à un sentiment de chaleur très-supportable. Au bout de quelques heures, les douleurs reviennent; elles se manifestent dans divers points de l'abdomen, surtout dans la région de l'estomac; il peut s'y joindre de la diarrhée ou de la constipation; des vomissements; M. Boinet rapporte un cas où il y eut rétention d'urine.

Si nous ajoutons la céphalalgie, la douleur de gorge, une saveur désagréable dans la bouche et de l'inappétence, nous aurons le tableau complet des phénomènes qui suivent souvent les injections iodées. Ces accidents, qui peuvent manquer complètement, se dissipent ordinairement d'eux-mêmes, ou cèdent au traitement le plus simple. Dans quelques cas, cependant, on a vu se développer des symptômes de péritonite, mais ils n'ont pas acquis une grande gravité, et n'ont jamais, à ma connaissance, déterminé la mort.

Les cas les plus favorables à l'injection iodée sont ceux de tumeurs récentes ou peu anciennes, où la fluctuation est bien manifeste, dont les parois sont souples et reviennent facilement sur elles-mêmes, et qui renferment un liquide limpide, peu coloré, et s'écoulant facilement par la canule. Cependant on a vu guérir des kystes dont les tuniques étaient épaisses, et dont le liquide était visqueux et d'une couleur foncée. La présence même de tumeurs accolées au kyste ne serait pas une raison pour rejeter les injections si ces tumeurs ne présentaient aucun caractère de malignité.

Les indurations de nature diverse que peuvent présenter les parois de la tumeur, en s'opposant à sa rétraction, seraient un obstacle souvent invincible à la guérison, si elles occupaient une surface un peu étendue. Dans les cas de kystes multiloculaires, si les loges étaient considérables et peu nombreuses, on devrait les injecter successivement, comme M. Velpeau le conseille dans les cas d'hydrocèles doubles ; mais si la première ponction ne laissait sortir qu'une médiocre quantité de liquide, il faudrait, suivant M. Boinet, remettre le trocart dans la canule, et tâcher de déchirer les cloisons des loges voisines, comme on a conseillé de le faire pour la simple évacuation, afin que le médicament puisse pénétrer partout, et que l'opération se fasse en une seule séance. Du reste, ce cas est toujours peu favorable, par la crainte où l'on doit être de voir de nouveaux kystes se former à mesure que l'on en a fait disparaître. L'injection nous paraîtrait présenter encore bien moins de chance dans les kystes aréolaires. Du reste, l'injection iodée est un moyen nouveau, surtout dans l'application que nous étudions, et l'on doit encore attendre du temps et de l'expérience la solution de bien des questions qui s'y rattachent.

Afin de fournir quelques éléments du jugement que l'on peut porter sur cette opération, nous allons donner le résumé des observations que nous avons pu nous procurer.

Sur huit opérations rapportées par M. Boinet, dans le mémoire qu'il a présenté à l'Académie de médecine, et dont cinq ont été pratiquées par lui, une par M. Boys de Loury, une par M. Hugier, et une par M. Duplay, il y a sept cas de guérison et un cas de mort après trois injections pratiquées pour un kyste multiloculaire. M. Maisonneuve, dans un cas que je rapporterai tout à l'heure, a obtenu une amélioration considérable qui s'est prolongée après la sortie de la malade. Enfin M. Monod a obtenu quatre guérisons, dans lesquelles il faut compter celle rapportée par M. Duplay. L'une d'elles date déjà de 15 ans. Je reproduirai tout à l'heure la note que je dois à son obligeance, afin de faire voir quelle est son opinion sur les injections iodées.

Je dois ajouter, au sujet des malades de M. Boinet, que j'ai pu constater l'état de plusieurs d'entre elles. Chez une, il cite une fistule aboutissant à une très-petite cavité; elle est encore en traitement, et jouit d'une excellente santé; chez une autre, la guérison ne s'est pas démentie depuis quatre ans, et la tumeur formée par les parois du kyste revenues sur elle-même n'a pris aucun accroissement; une troisième, enfin, est guérie sans fistule, mais depuis quelques mois seulement.

OBSERVATIONS COMMUNIQUÉES PAR M. MAISONNEUVE.

Rosalie Moucen, 37 ans, entrée à Cochin, service de M. Maisonneuve, le 5 février 1853, est accouchée il y a vingt mois de son cinquième enfant. Toutes ses couches se sont passées d'une manière normale, seulement, à la suite de la dernière, le ventre est resté volumineux. Cependant la menstruation se rétablit, légère comme autrefois. Le ventre augmenta peu à peu de volume, mais sans causer aucune espèce de dérangement dans la santé, sans empêcher le travail pénible des champs, auquel cette femme se livrait pour nourrir sa famille.

Vers le 20 juillet elle est prise tout à coup de douleur vive dans la fosse iliaque, elle est obligée de s'aliter. — Symptômes de réaction. — Sangsues sur le point douloureux; — éméto-cathartique; — vésicatoire. — Légère amélioration : elle se décide à entrer à l'hôpital.

Etat à l'entrée. — Décubitus latéral droit douloureux; — ventre très-saillant, présentant une tumeur bien évidemment fluctuante, s'élevant jusqu'à 7 centimètres de l'appendice xiphoïde. Le ventre mesure d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre 42 centimètres, et du pubis au cartilage xiphoïde 42. La tumeur est mobile, indolente, sauf à droite, sans toutefois que la sensibilité soit bien vive en cet endroit.

L'état général est satisfaisant. Point d'infiltration aux membres inférieurs; appétit bon; selles normales.

Le 8, ponction sur la ligne médiane, à cinq centimètres au-dessous de l'ombilic. On retire cinq litres et demi d'un liquide semblable pour la couleur et la consistance à du vin aromatique, au-dessus duquel surnagent de nombreuses paillettes de cholestérine.

On injecte : Eau distillée, 1 litre;

Teinture d'iode, 1/2 litre;

Iodure de potassium, 20 grammes.

La seringue ne s'adaptant pas très-bien à la canule, il pénètre une certaine quantité d'air, qui permet de constater dans la tumeur le tintement métallique.

La canule est inclinée le long des parois, on aspire l'air avec une seringue, le tintement disparaît. On évacue les deux tiers du liquide iodé et on pousse une nouvelle injection faite avec un demi-litre de teinture d'iode pure; la tumeur est ma-

laxée pendant cinq minutes, pour bien mettre le liquide en contact avec tous les points des parois du sac, puis on retire environ la moitié du liquide; la canule est enlevée et le ventre laissé libre sans le moindre bandage.

Aucun accident pendant l'opération, point de douleurs.

Le soir, le ventre est un peu gonflé, le pouls est à 80. Mal de gorge, coryza, amertume très-prononcée de la bouche.

Les jours suivants l'état s'améliore. Le pouls descend rapidement à 65-70; dès le lendemain on donne une portion d'aliments, le ventre est diminué des deux tiers. On constate facilement la présence du liquide, que l'on fait ballotter d'un côté à l'autre, en soulevant un peu vivement la malade.

Le mal de gorge et l'amertume de la bouche sont les seuls symptômes qui aient un peu persisté, encore n'ont-ils duré que trois jours.

Le 21 février, le ventre n'est pas diminué davantage; l'état général est fort bon, la malade veut s'en aller, on signe son *exeat*.

NOTE COMMUNIQUÉE PAR M. MONOD.

D'après les quatre faits que j'ai eu l'occasion d'observer, les injections iodées dans les kystes simples de l'ovaire sont non-seulement sans danger, mais elles mettent les malades à l'abri des conséquences de l'inflammation consécutive parfois à la ponction et réussissent souvent à empêcher le retour de l'eau.

J'emploie la formule de Guibourt.

Il ne doit se manifester aucune douleur notable, et les cho-

sés se passent plus simplement que pour l'hydrocèle. La manifestation d'une douleur vive est pour moi l'indice que le liquide a passé dans le péritoine. Cela m'est arrivé une fois; je n'avais poussé encore que 150 grammes du liquide : j'introduisis immédiatement 300 grammes d'eau tiède, le tout resta dans le ventre. Il y eut quelques accidents de péritonite qui se calmèrent au bout de quarante-huit heures.

L'observation rapportée par M. Duplay dans les Archives date déjà d'un an, et la guérison paraît solide.

Dans le cas où m'arriva l'accident dont j'ai parlé plus haut, il s'agissait d'une femme de 40 ans, à kyste simple, rempli d'un liquide épais.

Un troisième fait consistait dans un petit kyste proéminent du côté du vagin; ponction et injection vaginale au moyen d'un trocart courbe. Guérison complète datant déjà de quinze ans.

Enfin chez une femme jeune existait dans le flanc droit un kyste probablement hydatique, d'où sortit un litre environ d'un liquide incolore et ténu. — Injection du liquide de Guibourt; — pas d'accidents — guérison solide.

Tel est le résumé fidèle de quelques faits que ma mémoire me retrace en ce moment.

Nous avons vu par le relevé précédent que, dans quelques cas où une première injection iodée n'avait pas amené la guérison, on l'a obtenue par une seconde ou une troisième injection. Peut-être, si la tumeur, après avoir repris son volume, cessait de faire des progrès, serait-il prudent d'attendre avant de l'opérer de nouveau, car il se pourrait bien qu'alors la récurrence ne fût qu'apparente et que la résorption du liquide se fit tardivement; il est du moins permis de le penser, puisque M. Velpeau a montré que les choses se passent sou-

vent ainsi pour l'hydrocèle. Mais si l'on voit enfin qu'il faut renoncer à l'espoir d'une adhésion primitive, il reste la ressource d'établir une ouverture permanente, par laquelle on pourra répéter les injections. Allison mit ce procédé en usage de prime abord, en ouvrant la tumeur par une large ponction qu'il entretenait béante au moyen d'une tente. C'est la seule observation où j'aie trouvé cette méthode employée, si je puis m'exprimer ainsi, par première intention, et c'est avec raison qu'au lieu de suivre cet exemple, on s'accorde à tenter d'abord une guérison plus rapide et plus exempte de dangers.

L'ouverture du kyste sera entretenue au moyen d'une canule, ou d'une sonde élastique que l'on pourra, à volonté, laisser constamment ouverte ou déboucher de temps en temps pour vider le kyste. Dans la première introduction, il pourrait arriver que la sonde fit fausse route et allât s'égarer dans la cavité abdominale; on évitera sûrement cet accident, en introduisant la sonde à travers la canule avant de retirer celle-ci. Plus tard les adhérences mettent à l'abri de ce danger. Il serait utile de faire de fréquentes injections d'eau tiède afin de laver le kyste, et les injections iodées seront répétées à des intervalles variables, suivant la marche de la guérison, la nature du liquide qui s'écoulera, et surtout la tendance à la putridité que l'on doit combattre avec le plus grand soin. Nous ferons encore remarquer ici, que, du moment qu'une sonde est laissée à demeure dans la plaie, le kyste n'est plus une cavité close, mais qu'il se trouve dans les conditions d'un foyer fistuleux; il pourrait alors être bon quelquefois de varier la nature de l'injection suivant les indications; mais pendant la plus grande partie de la cure, au moins, c'est l'iode qui paraît convenir le mieux, soit comme irritant, soit comme antiputride. Cette dernière propriété surtout est très-marquée; une seule injection enlève habituellement l'odeur fétide d'un kyste, et M. Robert, qui a examiné soigneusement cette question, m'a déclaré que c'est à ses yeux le meilleur des antipu-

trides. C'est pour cela qu'avec l'injection iodée on n'a pas beaucoup à craindre l'entrée de l'air dans le kyste.

Par suite de ce traitement on voit bientôt le kyste revenir sur lui-même, et se réduire aux dimensions d'une petite cavité fistuleuse qui peut se fermer plus tard; cependant, parmi les malades qui ont été opérées, il en est quelques-unes dont les fistules restent stationnaires, et nous ne pouvons pas dire encore si dans quelques cas ces fistules ne seront pas incurables, ou n'exigeront pas l'emploi de quelque opération.

Voici le résultat de neuf observations que nous avons pu réunir.

Dans les trois cas rapportés par M. Boinet (Loc. cit.), il y a deux guérisons, dont une avec fistule, et un cas de mort par épuisement sept semaines après la première injection.

Dans le cas d'Allison, il y eut guérison.

Dans l'observation de M. Pidoux que nous rapporterons plus loin, mort. Dans un fait appartenant à M. Maisonneuve, mort au bout de six mois.

M. Thomas a publié trois observations tirées du service de M. Robert, et suivies de guérisons; nous ferons observer que dans les trois cas il était resté des fistules et que M. Robert nous a dit, en nous priant de profiter de l'occasion pour rétablir les faits dans toute leur vérité, que deux des malades ont succombé depuis leur sortie de l'hôpital, l'une au marasme et l'autre à une péritonite déterminée par des écarts de régime et un refroidissement.

De sorte que nous avons en définitive cinq morts sur neuf.

La gravité de l'opération paraît donc beaucoup plus grande que dans les cas où le kyste conserve les qualités des cavités

closes; mais toute comparaison entre ces deux modes d'opération est inutile ici, puisque la canule ne doit être laissée à demeure que dans les cas où l'autre méthode aurait échoué.

Si nous cherchons maintenant par quelles causes les morts ont été produites, nous trouvons qu'en général elles ont été le résultat d'un épuisement qui a continué après l'opération. Dans un seul cas de M. Robert, une péritonite, développée sous l'influence de causes accidentelles, vint mettre fin aux jours de la malade. Enfin le fait suivant, que nous devons à M. Pidoux, offre un exemple d'un accident rare et regardé jusqu'alors comme impossible. Il serait difficile du reste de dire quelle part l'intoxication iodique a pu avoir sur la terminaison fâcheuse de la maladie, quoique M. Pidoux pense qu'elle en a été la cause principale.

OBSERVATION COMMUNIQUÉE PAR M. PIDOUX.

Madame Ch..., 54 ans, portait depuis trois ou quatre ans un kyste très-volumineux de l'ovaire. Plusieurs ponctions avaient été pratiquées, et leur nécessité se rapprochait tellement, que je déclarai à la famille qu'il me paraissait impossible que la malade résistât plus de deux ou trois mois à l'épuisement qui résultait de la cachexie hydropique. J'avais jusqu'alors refusé le secours des injections iodées dans le kyste à cause d'une fièvre intermittente à accès quelquefois pernicieux qui se reproduisait de temps en temps chez la malade, et qui, se liant à la présence de la lésion organique, me semblait avoir une analogie frappante avec les accidents de ce genre qui accompagnent souvent les infections putrides.

Cependant, la rapidité avec laquelle se régénérât le liquide après les ponctions que j'étais obligé de pratiquer à la fin tous les dix à quinze jours, l'imminence d'une dissolution

inévitables, l'importunité des amis et connaissances, me firent (février 1853) accepter une consultation dans laquelle j'exposai toutes mes défiances, toutes mes craintes, toute mon incrédulité à l'égard du succès des injections iodées dans le cas actuel. J'ajoutai à tous les considérants de l'état cachectique, de l'amplitude du kyste, etc., celui de l'iodisme que je redoutais en raison de l'irritabilité extrême de la malade et de sa susceptibilité excessive relativement à l'action physiologique des médicaments, ainsi que de sa résistance à leurs effets thérapeutiques, deux dispositions qui sont très-souvent en raison directe l'une de l'autre. L'honorable et habile confrère qui m'assistait de son expérience et de ses conseils me répondit qu'il était sûr de ne pas aggraver l'état général de la malade; loin de là, que, sans répondre d'une guérison, il croyait pouvoir assurer qu'il obtiendrait une amélioration et un ralentissement notables, que quant à l'iodisme, il ne l'avait jamais observé dans ce cas. Je n'eus qu'à m'incliner.

Ponction, — évacuation de vingt litres environ d'un liquide assez louable, — sérum fort albumineux, — injection iodée, — évacuation du liquide injecté, — opération très-bien supportée, — pas de fièvre.

Le lendemain, fièvre très-intense, prurit féroce de toute la peau, érythème de la face avec œdème aigu des paupières et tuméfaction considérable, ophthalmie muqueuse sèche, coryza violent, enrouement, angine, toux, céphalalgie, abattement, malaise inexprimable, soif inextinguible, anxiété, rien aux poumons.

Un peu de liquide se reproduit; on l'évacue par une sonde laissée à demeure. Il exhale une odeur très-prononcée d'iode : le même fait se représente pendant plusieurs jours.

Des bulles d'air nombreuses sortaient à chaque évacuation avec le liquide.

Dès lors se prononcèrent un amaigrissement rapide, la sécheresse terreuse de la peau, les frissons irréguliers, puis une dysenterie horrible, le refroidissement cholériforme et tous les accidents qui se déclarent dans les infections putrides et qui amenèrent en huit à dix jours la mort de la malade.

L'iodisme et surtout l'infection putride, comme dans les cas de vastes foyers où l'air a pénétré, se sont unis pour abrégé la vie. La première ponction avait été pratiquée un an auparavant et renouvelée sept ou huit fois. Le kyste avait mis trois ans environ pour arriver au degré de distension où la première ponction ne put plus être ajournée. Dans cet intervalle s'étaient manifestés plusieurs fois les accès pernicieux qui m'avaient toujours fait redouter toute autre opération que la simple ponction. Ces accès étaient un diminutif, sous forme intermittente, des accidents terribles qui ont amené si rapidement la mort.

En résumé, l'on peut voir que l'injection iodée appliquée aux kystes de l'ovaire produit des résultats bien moins favorables, sans doute, que dans la cure de l'hydrocèle, mais il ne faut pas oublier que cette méthode est journellement employée dans des affections où elle ne réussit pas aussi constamment que dans l'hydropisie de la tunique vaginale.

Nous avons déjà vu les accidents qui en sont la suite, peut-être en examinant avec attention pourra-t-on y trouver quelques symptômes qui se rapportent à l'iodisme signalé par M. Pidoux.

Quoi qu'il en soit, nous pensons pouvoir, dès aujourd'hui, constater un nouveau service rendu par les injections iodées, car il est bien évident qu'au point de vue des chances de succès ou des dangers de l'opération, cette méthode ne saurait être assimilée à aucune de celles qui avaient été propo-

sées antérieurement, et peut-être est-il permis d'espérer qu'après une étude plus longue et plus approfondie, on pourra en venir à cette opinion, que professent déjà quelques chirurgiens, que l'injection iodée, bien loin d'augmenter le danger de la ponction, en rend les suites moins graves, et que toute ponction évacuatrice devrait être suivie de l'emploi de ce moyen.

Nous avons déjà fait pressentir comment, dans les kystes multiloculaires à loges très-nombreuses, lors même que l'on obtient l'oblitération de plusieurs des cavités, les malades finissent cependant par succomber au développement continu des cavités voisines non atteintes par l'injection.

A l'appui de cette assertion nous croyons pouvoir publier la note suivante, bien que le liquide injecté fût simplement une solution astringente.

NOTE COMMUNIQUÉE PAR M. LE DOCTEUR GIRAULT DE

RAMBOUILLET :

Madame de ***, âgée de 23 ans, avait depuis deux ans, dans l'abdomen, une tumeur assez volumineuse pour laquelle elle consulta un jeune médecin anglais, qui lui ordonna une alimentation animale copieuse; viandes noires, gibier, vin de Madère, une bouteille par jour, vin de quinquina, les amers.

Chaque fois qu'il constatait la présence d'un liquide, il pratiquait une ponction qu'il faisait suivre d'une injection avec des décoctions astringentes.

Après ce traitement, madame de *** a pris de l'embon-

point, des forces, a pu monter à cheval et est devenue enceinte; mais au cinquième mois de sa grossesse une nouvelle tumeur s'est développée et a causé l'avortement. Le même traitement a été mis en usage, mais après quatre mois de ponctions répétées, le liquide du kyste s'est altéré, la diarrhée s'est déclarée et la malade est morte.

A l'autopsie, on a trouvé un kyste occupant presque tout un hypocondre; plusieurs kystes qui avaient été vidés étaient guéris. On pouvait constater les cicatrices des ponctions, puis une quantité considérable de kystes de tout volume depuis l'état rudimentaire jusqu'à la grosseur d'un œuf de poule, de sorte que cette malheureuse était nécessairement condamnée à périr de cette affection.

EXTIRPATION DES OVAIRES.

On regarde généralement Delaporte comme ayant le premier proposé l'extirpation de l'ovaire dans le traitement des kystes de cet organe; mais l'idée de cette opération doit être beaucoup plus ancienne, comme on peut le présumer d'après la communication suivante que je dois à l'obligeance de M. le docteur Chéreau : « Dès l'année 1685, Th. Schorkopff » disait dans sa thèse, après avoir rapporté l'observation d'une » hydropisie de l'ovaire : *Majorem afferet medelam ipsius* » *ovarum per sectionem extirpatio, nisi crudelis et majori cum peri-* » *culo conjuncta videretur.* A coup sûr, cet auteur n'émet pas » une idée qui lui soit propre; il ne fait que mentionner, à » l'occasion du traitement de l'hydropisie de l'ovaire, une » opération conseillée déjà avant lui. »

Mais il ne paraît pas que cette opération ait été pratiquée avant Laumonier de Rouen, qui la fit en 1782. Malgré le suc-

cès obtenu par ce chirurgien, son exemple fut peu suivi jusqu'au moment où Lizars, en 1823, attira l'attention sur cette méthode. A partir de ce moment elle fut employée un certain nombre de fois; mais probablement par suite d'insuccès, elle fut presque abandonnée pendant six années, pour être remise en honneur dans ces derniers temps, où elle excita chez certains chirurgiens anglais et américains un enthousiasme qui ne fut pas partagé en France.

Il est positif qu'aucune opération ne peut attaquer la maladie d'une manière plus radicale, et que dans bien des cas l'art ne peut fournir d'autres ressources; mais aussi elle exige pour être praticable des conditions qui manquent souvent, comme le prouveraient au besoin les nombreuses opérations que les chirurgiens ont été contraints de laisser inachevées. M. Velpeau établit ainsi ces conditions indispensables pour la réussite : « L'opération n'est par elle-même ni délicate ni » difficile. Les occasions de la pratiquer ne sont que trop fréquentes : les maladies qui la réclament, abandonnées aux » ressources de l'organisme, entraînent presque constamment » la mort. Mais aussi, pour qu'elle offre des chances de succès, il faut que la tumeur soit mobile, n'adhère pas aux » intestins, puisse être facilement séparée des organes abdominaux, ait une racine ou un pédicule peu volumineux, » et n'expose pas à la blessure de trop de vaisseaux; il faut » en outre qu'elle puisse être reconnue et distinguée de » toute autre maladie, ce qui est loin d'être toujours facile. » (Velpeau, *Dict. de méd.*, T. XXII, p. 594.)

Remarquons en effet que le diagnostic est souvent si difficile que plus d'une fois, après l'ouverture du ventre, l'on a pu reconnaître que l'on avait été trompé par une affection d'une tout autre nature, ou même qu'il n'existait aucune lésion.

Bien qu'il y ait un grand nombre de nuances dans les dif-

férents procédés qui ont été mis à exécution jusqu'à ce jour, on peut cependant les ramener tous à deux grandes méthodes, selon que l'on pratique l'extirpation *en masse* de la tumeur ovarique, ou bien au contraire que l'on combine la ponction avec l'extirpation.

Examinons successivement ces deux méthodes dont la première peut être appelée *extirpation proprement dite*, la seconde, *méthode mixte*.

1^{re} méthode. — EXTIRPATION SANS ÉVACUATION DU LIQUIDE.

L'opération s'exécute en trois temps.

1^{er} temps. Incision de la paroi abdominale.

La malade est couchée sur le dos; les membres inférieurs fléchis sur le tronc et maintenus écartés par des aides. Une incision longue de quatre, six, huit pouces, est pratiquée sur la paroi abdominale antérieure, parallèlement à l'axe du corps. Cette incision intéresse couche par couche les divers plans musculaires et aponévrotiques de la paroi abdominale. Le péritoine est ensuite ouvert avec toutes les précautions nécessaires pour ne pas léser le paquet intestinal; un bistouri boulonné convient très-bien pour opérer cette section.

2^e temps. Tumeur attirée au dehors.

Cette manœuvre s'exécute soit en saisissant la tumeur avec la main, soit en la faisant soulever au moyen d'ériges.

Lorsque la tumeur est unie aux parties voisines par des adhérences faciles à faire disparaître, on détruit ces adhérences soit à l'aide d'une sorte d'énucléation de la portion adhérente de la tumeur, soit à l'aide d'une dissection. Mais, lorsque les adhérences sont nombreuses et solides, il vaut mieux renoncer à terminer l'opération que de s'exposer à blesser des organes importants.

3^e temps. Séparation du pédicule de la tumeur.

Cette séparation du pédicule s'exécute par l'un des deux procédés suivants. Ou bien on applique sur le pédicule une forte ligature, et on en pratique la section à l'aide de forts ciseaux ou du bistouri. Ou bien lorsque le pédicule est très-volumineux, on traverse la partie centrale avec un double fil et l'on pratique deux ligatures qui embrassent les deux moitiés de la circonférence ; la section du pédicule est pratiquée ensuite de la même manière que précédemment.

Ou peut encore, et ce procédé a été conseillé et mis à exécution une fois par M. Maisonneuve, tordre le pédicule sans laisser de fil autour, en l'embrassant à l'aide de fortes pincettes et en faisant décrire à la tumeur une série de mouvements de rotation autour de son axe jusqu'au moment où le pédicule est rompu.

2^e méthode. — Méthode mixte. — Extirpation de la tumeur après l'évacuation partielle ou totale du kyste.

Le but que se propose le chirurgien au moyen de cette méthode est de diminuer le volume du kyste avant de l'enlever, afin de pouvoir pratiquer sur la paroi abdominale une incision d'une étendue moins considérable que dans la première méthode. Bien que cette méthode soit au fond la même, quant aux différents temps qui la constituent, dans les divers procédés qui ont été exécutés, on peut cependant, en ayant égard surtout à l'étendue que l'on donne à l'incision de la paroi abdominale, distinguer deux procédés.

Premier procédé. Incision de la paroi abdominale d'environ cinq à six pouces d'étendue, de manière à permettre l'introduction de la main dans la cavité abdominale.

L'opération comprend trois temps.

Premier temps. Il s'exécute absolument de la même manière que dans la première méthode. Il n'en diffère que par l'étendue de l'incision qui, au lieu d'avoir six à huit pouces, en comprend de quatre à six.

Deuxième temps. Ponction de la tumeur.

Un trocart ou un bistouri sont plongés dans le kyste; pendant que le liquide s'en écoule, on s'oppose à sa pénétration dans la cavité péritonéale.

Troisième temps. Le kyste est retiré de l'abdomen par l'ouverture de la paroi abdominale. On fait la section de la ligature, ou la torsion du pédicule.

Deuxième procédé. Il diffère du précédent en ce qu'au lieu de faire une incision de cinq à six pouces à la paroi abdominale, on ne lui donne qu'une étendue de deux pouces à deux pouces et demi.

L'incision de la paroi abdominale faite, on saisit le kyste avec des érignes; on pratique la ponction avec un trocart ou un bistouri. Le kyste est ensuite attiré peu à peu au dehors et on le sépare de son pédicule.

Il importe [de faire remarquer ici que le procédé que nous venons de décrire peut s'accomplir facilement, lorsque le kyste est uniloculaire, qu'il est libre d'adhérences, qu'il ne présente pas d'induration squirrheuse des parois ou de concrétions calcaires. Lorsqu'au contraire la tumeur présente réunies une ou plusieurs de ces conditions, il devient impossible de l'amener au dehors. C'est dans ces cas que M. Morel Lavallée a conseillé d'exciser tout ce que l'on peut attirer au dehors et de fixer le reste du kyste aux lèvres de la plaie par quelques points de suture.

Lorsqu'il s'agit d'un kyste multiloculaire, la ponction sim-

ple ne donne passage qu'à une partie des liquides. On peut couper les cloisons du kyste, mais si ce moyen est insuffisant, mieux vaut agrandir l'incision de la paroi abdominale, afin de pénétrer librement jusqu'à la tumeur et faire un nombre suffisant de ponctions pour en évacuer tout le liquide.

Lorsque le kyste renferme une tumeur solide, que les adhérences qui l'unissent aux parties voisines sont étendues, il faut également agrandir l'incision extérieure, pour dégager la tumeur et en détruire les liens qui l'unissent aux organes environnants.

Quelle que soit la méthode que l'on mette à exécution, il est un accident contre lequel il faut toujours se prémunir, c'est la sortie d'une portion trop considérable du paquet intestinal; il faut donc, durant le cours même de l'opération, faire repousser l'intestin à mesure qu'il fait hernie.

Après l'opération, les mêmes précautions doivent être mises en pratique; le meilleur mode de réunion des lèvres de la plaie est la suture dite *enchevillée*.

Si nous jetons à présent un coup d'œil sur la valeur des diverses méthodes et des divers procédés que nous venons de décrire, nous reconnaissons dans chacun d'eux des inconvénients et des avantages, mais il est difficile de motiver un choix applicable à tous les cas.

Ainsi dans la première méthode, l'extirpation en masse, on a surtout à craindre l'issue d'une grande portion du paquet intestinal par la longue incision de la paroi abdominale; les intestins sont nécessairement exposés pendant plus ou moins longtemps au contact de l'air, ils sont froissés, contus. Après l'opération, on a une plaie énorme, conséquemment on a à redouter la péritonite, des phlegmons, des érysipèles de la paroi abdominale. Si la malade échappe aux accidents, elle

conserve de toute nécessité un affaiblissement de la ceinture musculaire du ventre et on a à craindre des éventrations consécutives.

Par contre, cette méthode permet d'arriver à disséquer plus facilement les adhérences de la tumeur.

La seconde méthode ne présente pas des inconvénients aussi marqués que la précédente. Ici l'incision de la paroi abdominale a moins d'étendue. Le second procédé surtout expose beaucoup moins à la péritonite; mais il est applicable aux kystes uniloculaires seulement. Le premier procédé doit au contraire être mis à exécution lorsque la tumeur a des adhérences avec les parties voisines; mais par cela seul que l'incision de la paroi abdominale a plus d'étendue, tous les inconvénients énumérés à propos de la première méthode se représentent, quoiqu'ils soient moins marqués.

Du reste, quelle que soit la différence entre les deux méthodes, il est des dangers auxquels les opérées seront toujours plus ou moins exposées. D'après un relevé de Thomas Lee, les causes de la mort sont d'abord et dans le plus grand nombre des cas, l'hémorragie immédiate et la péritonite, puis viennent la gangrène des intestins, la gangrène du péritoine, la phlébite, la sidération et l'épuisement par suite de l'opération.

Si l'on réfléchit à tous ces dangers qui pourraient être prévus *a priori*, l'on a bien de la peine à admettre que cette opération ne soit pas du nombre de celles qui offrent une gravité exceptionnelle.

Et cependant Lizars, se fondant sur des données statistiques, dit :

« Il n'y a que peu de dangers à redouter en ouvrant la cavité abdominale, et l'on devrait toujours avoir recours à la gastrotomie dans les cas d'affection de l'ovaire, les concep-

» tions extra-utérines, les conceptions avec difformité du bas-
» sin, les anévrysmes des artères iliaques primitives ou inter-
» nes, ou de l'aorte, dans le volvulus, la hernie interne, le
» cancer de l'utérus et les corps étrangers dans l'estomac fai-
» sant craindre la mort. »

Une pareille opinion se conçoit quand on voit les tableaux statistiques qui ont été publiés. D'après un relevé de cent soixante-deux cas recueillis dans la Grande-Bretagne par Robert Lee, la mortalité aurait été de trois sur cinq ; d'après un autre relevé du même auteur, elle ne serait que d'un peu plus du quart. Seulement, si l'on compare les résultats de cette opération avec ceux des grandes opérations que l'on pratique journellement, on serait tenté de lui reconnaître une assez faible gravité.

Cependant les chirurgiens français ne se sont pas, en général, laissé entraîner à suivre l'exemple qui leur était donné. Ils se posaient sans doute la même question que Robert Lee, à qui Philips et Bird ont répondu en avouant *qu'ils n'ont pas publié plusieurs cas d'insuccès.*

M. Maisonneuve, qui avant 1850 avait déjà fait cette opération, l'a pratiquée une seconde fois depuis, d'après le procédé de M. Morel Lavallée, et il nous a déclaré, avec une loyauté qu'on aimerait à retrouver chez tous les opérateurs, que ses deux malades étaient mortes.

Devrions-nous donc, malgré les succès annoncés, dire avec Bright :

« Quant au traitement, je n'en connais point au kyste de
» fâcheux caractère, à moins de pratiquer l'ablation de la
» tumeur ; mais l'opération est si chanceuse, si difficile, et si
» dangereuse, que j'en regarderais le succès comme un coup
» d'audace et un hasard, en sorte que je ne saurais en faire
» une loi. »

Nous aimons mieux nous ranger à l'avis de S. Geaffreson :

« L'ablation est une opération des plus graves. — On ne
» devra y avoir recours que lorsque le volume de la tumeur
» donnera lieu à beaucoup d'incommodités, ou lorsqu'elle
» aura apporté dans la constitution des troubles assez considé-
» rables pour faire craindre une terminaison funeste.

» Ne jamais opérer quand on a le moindre soupçon de dé-
» généréscence cancéreuse, ou lorsque le développement de la
» tumeur a coïncidé avec une altération scrofuleuse des autres
» organes. »

Maintenant que nous connaissons les différents moyens que la médecine et la chirurgie mettent à notre disposition, nous pouvons jeter un coup d'œil général sur l'ensemble du traitement.

Nous avons vu que le seul traitement médical qui paraisse offrir une véritable efficacité, l'emploi des préparations iodées n'amène la guérison qu'en produisant l'inflammation du kyste, et que parfois cette inflammation s'est transmise au péritoine, ou bien a produit la suppuration. C'est donc un traitement qui offre des dangers aussi grands peut-être que la méthode chirurgicale qui paraît aujourd'hui devoir être employée dans la plupart des cas.

Il faut convenir, en effet, que c'est un terrible élément de thérapeutique que l'inflammation d'un kyste de l'ovaire, et

que peu de médecins pourraient se flatter d'avoir assez de sagacité et d'expérience pour le manier à leur gré et le maintenir dans de justes limites, surtout si l'on songe qu'il suffira d'une disposition particulière du sujet ou de quelque circonstance accidentelle pour exaspérer le travail phlegmatique et amener des accidents dont on ne pourra pas toujours se rendre maître. D'ailleurs la longueur de ce traitement, qui dure pendant des mois, expose trop longtemps la malade aux éventualités que nous avons signalées. Si M. Rayer est parvenu à conduire jusqu'au bout cette médication avec bonheur, d'autres n'ont obtenu la guérison qu'après la formation d'abcès qui constituent une des complications les plus graves des kystes de l'ovaire.

Nous n'entendons pas dire qu'il faille abandonner ce traitement. Il se trouve des cas, sans doute, où l'on sera heureux de l'avoir à sa disposition, mais, le plus souvent, il sera préférable d'aborder de suite des moyens plus sûrs et peut-être moins dangereux parfois.

En parcourant les différentes méthodes opératoires, nous avons pu remarquer que, dans le traitement des kystes de l'ovaire, les chirurgiens ont été généralement dirigés dans leurs tentatives par l'idée d'appliquer à ces tumeurs les procédés institués en vue de l'hydrocèle et des dégénérescences de la tunique vaginale. L'évacuation du liquide par la ponction ne conduit de part et d'autre qu'à une cure palliative, et le liquide ne tarde pas à reparaitre. On cherche donc à empêcher une accumulation du liquide en entretenant l'ouverture, en même temps que l'on agit sur la surface de la cavité pour la modifier par différents moyens; puis on arrive à un moyen curatif par excellence, à l'extirpation de l'ovaire malade, à l'excision de la tunique vaginale, qui détruit infailliblement la maladie, en faisant disparaître l'organe qui en est le siège. Enfin, l'injection vient se poser comme méthode générale, et les autres sont réservées pour

les cas où elle est inapplicable. La simple ponction reste comme traitement palliatif; l'ouverture permanente et l'irritation par les moyens mécaniques sont réservées aux cas où l'injection ne peut convenir, et l'extirpation est la dernière ressource pour les cas où les autres moyens ne peuvent être employés.

Mais de grandes différences se présentent quant au danger et aux chances de succès, par suite de la situation des kystes de l'ovaire, de leurs rapports et de la variété infinie qu'ils présentent, soit dans la structure de leurs tuniques, soit dans la nature de leur contenu. Enfin, une tumeur d'une nature particulière présente ici des indications spéciales, le kyste pileux, dont on trouverait cependant quelques exemples dans le scrotum.

Mais laissons de côté cette comparaison, pour examiner l'emploi des différentes méthodes dans les kystes de l'ovaire.

La ponction, abandonnée pour la cure radicale qu'elle n'a produite que bien rarement, restera toujours comme dernier moyen de soulager la malade prête à succomber aux accidents de compression, lorsque l'état des forces ne permettra pas d'employer d'autres procédés. Elle sera préférée dans les cas de grossesse, où elle a plusieurs fois réussi, lorsque les autres moyens eussent presque inévitablement amené l'avortement. Bird, qui, en pareil cas, pratiqua l'extirpation, ne trouvera sans doute pas d'imitateurs, bien que sa tentative téméraire ait été suivie de la guérison de la femme après avortement. On aura encore recours à la ponction pendant l'accouchement pour faire disparaître l'obstacle apporté au passage de l'enfant par un kyste de l'ovaire tombé dans l'excavation du bassin, et, dans ce cas, on n'hésitera pas à pratiquer l'incision, si elle est nécessaire, pour évacuer la tumeur.

L'insuffisance de la ponction a conduit à employer l'incision et les différents procédés destinés à entretenir l'écoulement continu du liquide. L'incision sera la seule ressource pour les cas où le liquide, trop dense, ne peut s'écouler par la canule, à moins qu'on ne parvienne à trouver un moyen de fluidifier le contenu gélatineux des kystes. Elle sera la seule méthode à employer contre les kystes pileux contenant des os, des dents, des poils qui ne pourront être entraînés à travers la canule, dans le seul cas où l'on doit attaquer ces tumeurs, c'est-à-dire lorsqu'elles déterminent des accidents qui menacent la vie de la malade; alors, le plus souvent, la marche de la nature indique la voie à suivre, et le chirurgien ne fait que l'aider dans l'expulsion des matières contenues dans le kyste. Quelquefois des complications rendent plus difficile et plus grave la cure de ces tumeurs, comme dans l'observation si curieuse de M. Larrey, et on est forcé de puiser, comme ce chirurgien, les indications opératoires dans les particularités de la maladie. Alors même qu'une sécrétion séreuse dans la cavité d'un kyste pileux l'aurait transformé en kyste hydropique, la présence de corps résistants qui joueraient, après l'évacuation du liquide, le rôle de corps étrangers, indiquerait l'incision qui seule permettrait de les extraire. Les dangers de l'incision, qui expose à la péritonite par la lésion du péritoine, par l'épanchement du liquide, s'il n'y a pas d'adhérences, et par l'extension de l'inflammation du sac, pourront faire recourir quelquefois à d'autres moyens d'évacuation continue, tels que le seton, qui sont moins dangereux peut-être, mais aussi moins efficaces.

Mais l'incision même ne peut réussir lorsque dans les kystes aréolaires, multiloculaires, elle est impuissante à vider la tumeur; quelquefois elle entraînerait une suppuration abondante qui bientôt épuiserait la malade et l'exposerait au danger de l'infection putride; d'autres fois les parois dégénérées du kyste ne sont pas susceptibles de revenir sur elles-mêmes, ou bien la tumeur présente des portions solides qui

s'opposeraient à la guérison ; la multiplicité des kystes, enfin, pourrait rendre inutile toute tentative destinée à en obtenir l'adhésion. C'est pour des cas semblables, suivant moi, qu'un chirurgien prudent pourrait réserver la ressource suprême de l'extirpation lorsqu'elle s'offrirait avec les conditions que nous avons déjà exposées.

Nous devons cependant rappeler un cas où l'extirpation est indiquée d'une manière spéciale. Lorsque l'ovaire affecté de kystes se trouve dans une hernie, ce que l'on n'a reconnu jusqu'ici qu'après avoir découvert la tumeur pour remédier à un étranglement, il n'y a pas autre chose à faire que d'imiter l'exemple de Deneux et de Bérard, qui incisèrent l'organe affecté.

Encouragés par les résultats de l'injection dans l'hydrocèle, les chirurgiens ont appliqué cette méthode aux kystes de l'ovaire ; mais ici les accidents, bien plus fréquents et bien plus graves, la réussite douteuse, n'ont pas encouragé leurs essais, jusqu'au moment où l'iode est venu fournir un moyen dont les résultats paraissent jusqu'ici devoir faire la méthode générale. Cependant n'oublions pas que, dans bon nombre de cas, les dispositions du kyste ne permettent pas l'injection.

Nous avons déjà étudié les injections iodées, nous nous contenterons d'ajouter quelques mots sur leurs indications. Elles auront d'autant plus de chances de succès, que le kyste se rapprochera plus des conditions de l'hydrocèle. Elles réussissent en général dans les kystes uniloculaires à parois minces, lorsque le contenu limpide s'écoule avec facilité. Dans les kystes multiloculaires, dans ceux dont le liquide est visqueux, épais, hématique, elles réussissent encore, mais plus difficilement. Lorsqu'il existe des obstacles au retrait du sac, soit par suite de l'état de ses parois, soit par suite de leur adhérence aux parties voisines, l'injection échoue souvent ; cependant l'obstacle n'est pas absolu et il peut arriver que plusieurs injections successives déterminent le rapprochement des mem-

branes. D'après ce que nous venons de dire sur les conditions de réussite de l'injection iodée, on voit combien il est important de la pratiquer le plus tôt possible, lorsque le kyste est peu volumineux, lorsque ses parois et son contenu n'ont pas encore subi les altérations qui pourraient souvent se rencontrer plus tard ; lorsqu'enfin l'absence d'accidents inflammatoires et de ponctions antérieures permet d'espérer qu'il n'existe pas d'adhérence. La simplicité des suites de l'opération en pareille circonstance engagera sans doute les chirurgiens à ne pas attendre, comme on devait le faire, lorsqu'on ne disposait que de moyens qui tous offraient un grand danger.

Enfin, bien que des cas trop nombreux échappent à l'application de cette méthode, cas dont le nombre diminuera peut-être plus tard, nous pouvons constater qu'un nouveau progrès est encore venu justifier cette prédiction de M. Velpeau : « Toujours est-il que la méthode des injections deviendra un bon moyen de guérir une infinité de collections séreuses, synoviales, hématiques, d'hydropisies, contrairement à ce que l'on croyait avant moi, et qu'on devra les appliquer à une foule de régions d'où on les avait proscrites. »