logique peut être graduel, au point de ne révéler son influence qu'à l'occasion d'un trouble fortuit. D'autres fois, ces adhérences se produisent avec un cortège de phénomènes aigus et s'accompagnent surtout des symptômes d'une péritonite partielle aiguë. Les douleurs sont vives, le frisson apparaît, la température monte, le pouls devient fréquent, les vomissements surviennent et la malade tombe dans un collapsus grave. Puis ces manifestations s'amendent progressivement, et il ne reste qu'un point douloureux où l'on perçoit à travers la paroi abdominale le frottement de deux surfaces rugueuses l'une contre l'autre. Ces sortes de phlegmasies circonscrites se reproduisent assez souvent, et finalement, surtout s'il existe des adhérences avec la paroi abdominale antérieure, il peut se former une soudure très intime entre la surface du kyste et cette paroi, de sorte que tout mouvement de la tumeur, tout mouvement du corps démontre nettement l'existence de cette union par la rétraction et le plissement de la peau correspondante. Cela n'arrive pas toujours, parce que cette peau peut être tellement riche en graisse qu'elle ne se laisse aucunement influencer par le travail de soudure qui s'opère dans la profondeur. Elle peut même rester très mobile, alors que l'ouverture du ventre vient démontrer après coup la présence d'adhérences profondes.

Les ***adhérences avec les intestins*** ont quelquefois une étendue excessivement considérable. Les intestins sont superposés à la superficie de la tumeur, et réunis à elle sur une vaste surface et d'une façon très solide; dans certains cas les contractions péristaltiques s'opèrent avec une facilité relative, tandis que dans d'autres les fonctions intestinales sont profondément troublées.

Lorsqu'il existe des ***adhérences avec la vessie***, la miction est incomplète et les malades sont tourmentées par une sensation très pénible de réplétion vésicale.

Lorsque la tumeur est ***soudée à l'utérus***, ce sont les désordres de la menstruation qui dominent le plus souvent la scène. Celle-ci est très abondante et s'accompagne, dans les périodes intercalaires, d'une leucorrhée intense et même de métrorragies irrégulières.

BIBLIOTEKA

Le ***diagnostic de ces adhérences*** est, en général, d'une importance extrême pour l'opération. Mais il est bien des cas où il ne peut être établi d'une façon certaine. Comme on reconnaît facilement les soudures qui réunissent la tumeur au plancher pelvien, celui qui sera sûr d'avance de ne pouvoir venir à bout de ces complications pourra toujours les invoquer comme une contre-indication au traitement opératoire. Au contraire les adhérences intestinales ne sont constatables que dans des cas très rares, lorsque par exemple les anses siègent et sont soudées à la surface antérieure du néoplasme. Mais lorsque ces adhérences sont très étendues et très intimes, elles n'entravent en rien la mobilité de la tumeur et l'on est d'autant plus surpris de les trouver que cette mobilité étonnante permettait de compter sur une intervention simple et aisée.

Les adhérences de la tumeur avec la paroi abdominale sont ordinairement de dissociation facile. Leur trop grande solidité est un fait fâcheux, car alors la dissociation devient pour ainsi dire impossible et l'énucléation de la tumeur ne peut se pratiquer qu'aux dépens de notables pertes de substance du revêtement séreux de la paroi antérieure du ventre. Pour plus de détails concernant le traitement de ces adhérences, voir le chapitre qui traite de l'ovariotomie.

Les ***ruptures du kyste*** ne sont pas rares, soit qu'elles résultent de l'augmentation de pression du contenu néoplasique lors du développement de tumeurs secondaires, soit qu'elles soient consécutives à un traumatisme, par exemple à un coup, à une chute ou à des tentatives maladroites de palpation. Le contenu fait généralement irruption dans la cavité abdominale, sans pour cela produire nécessairement des troubles notables dans l'état général de la femme. Il est vrai que lorsque les tumeurs sont grosses, leur rupture dans la cavité abdominale détermine tout d'abord des phénomènes très intenses de shok. Dans ces cas la diminution de volume du kyste éclairera le diagnostic. Mais ce diagnostic ne pourra être posé, en raison même des manifestations dues à la rupture, que lorsque le péritoine aura déjà résorbé le contenu kystique. Cette résorption peut se faire, ainsi que le démontre l'observation que j'ai relatée plus haut, dans l'espace de

huit à douze heures. Naturellement la mort peut dans certains cas, être le résultat d'une pareille rupture.

Un accident plus grave encore consiste dans la ***torsion du pédicule.*** Celle-ci s'accompagne de phénomènes de collapsus, de souffrances vives et de symptômes de péritonite. En même temps on remarque une tuméfaction du kyste. — Si le pédicule ne se détord pas, les symptômes consécutifs déjà énumérés atteignent rapidement une intensité telle qu'ils menacent la vie de la femme et occasionnent la plupart du temps la mort.

Depuis longtemps on a fait ressortir la tendance spéciale des kystes ovariques à la ***dégénérescence maligne.*** Comment cette transformation s'opère-t-elle, voilà la question qui n'a pas encore trouvé aujourd'hui de solution s'appliquant à tous les cas. Il est probable que les formes papillaires des tumeurs constituent, ainsi que le prétend *Marchand* (*loc. cit.*), le premier degré de la dégénérescence. Dans d'autres cas celle-ci se développe dans les reliquats de l'ovaire, dans le stroma ou dans l'appareil glandulaire et ne transforme pas seulement la totalité de la tumeur, mais se propage directement au péritoine après rupture de la surface. On pourra démontrer directement cette dégénérescence par la constatation, soit à travers la paroi abdominale, soit à travers le cul-de-sac de Douglas, de petites indurations ou de noyaux verruqueux. D'autres fois l'hypothèse de la transformation maligne se trouve justifiée par les progrès rapides de la cachexie; bientôt d'ailleurs l'épanchement ascitique qui accompagne tous les carcinomes de l'ovaire lèvera tous les doutes. On rencontre toujours, dit-on, dans le liquide évacué par la ponction, lorsqu'il s'agit de tumeur maligne, des débris de cellules néoplasiques et des cristaux de cholestérine (1).

Le ***pronostic*** des néoplasmes de l'ovaire est absolument défavorable. Je suis loin de nier l'authenticité des cas où la tumeur a subi un arrêt dans les premières phases de son développement et n'a produit aucune réaction fâcheuse sur l'état général, où par conséquent elle est restée silencieuse, soit qu'elle fût restée telle

(1) Flaischlen, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn*, VII.

BIBLIOTECA

ou qu'elle fût entrée en régression. Mais la plupart de ces tumeurs sont loin de demeurer aussi inoffensives. Si l'on songe, d'une part, aux dangers auxquels elles exposent; d'autre part, aux résultats favorables d'un traitement radical, l'on ne peut que regarder le pronostic comme tellement sérieux qu'il exige une intervention aussi précoce que possible.

Traitement. — Tant qu'on n'avait à enregistrer que des résultats peu satisfaisants à la suite de l'extirpation des kystes ovariques, le traitement se réduisait nécessairement à l'expectation et aux moyens palliatifs. On a cru longtemps pouvoir mettre un frein au développement de ces tumeurs à l'aide de traitements généraux les plus variés, par des restrictions diététiques, par l'administration du chlorure d'or, des iodiques et des mercuriaux, etc. Mais les résultats furent médiocres et sans durée. Eu égard à l'augmentation de volume des tumeurs par suite de l'hyperhémie menstruelle, on pourra avoir recours, chez les femmes souffrant de kystes de grosseur minime, à des tentatives destinées à diminuer la congestion génitale au moment des règles, par conséquent à des scarifications du col, au repos, au froid. Le succès en sera évidemment fort problématique.

Parmi les moyens palliatifs, il faut citer la dérivation énergique sur le tube intestinal et l'excitation de la diurèse. J'ai vu bien des malades ayant suivi longtemps ce traitement; les accidents n'avaient pas dépassé certaines limites, mais l'influence sur la tumeur elle-même et sur son développement était demeurée nulle. La plupart du temps les tumeurs arrivées à une certaine grosseur s'élèvent spontanément hors du petit bassin, lorsqu'elles n'ont pas contracté d'adhérences avec le voisinage; sinon il faudrait mettre fin artificiellement à cette espèce d'incarcération.

Ce serait une faute grave que de vouloir donner des règles thérapeutiques d'après les résultats obtenus par telle ou telle médication, ou par l'usage de telle ou telle eau minérale iodurée ou bromurée. En faisant miroiter ces succès ou ces pseudo-succès devant les yeux des malades, on tire les choses en longueur; les femmes perdent leurs forces, le nombre et l'étendue des adhérences augmentent, la tumeur devient le siège des alté-

rations indiquées plus haut, et le pronostic de l'opération ne pourra plus être désormais que défavorable (*Boinet* (1), *Peaslee*) (2).

Le temps n'est pas éloigné de nous où la ***ponction*** était au premier rang des méthodes de traitement des tumeurs de l'ovaire. Dans la première édition de ce livre, elle est désignée comme le moyen employé le plus fréquemment pour combattre ces tumeurs. J'ai parlé plus haut de la ponction exploratrice comme élément de diagnostic; comme procédé thérapeutique elle ne peut être aujourd'hui recommandée sérieusement.

Certes on relate un assez grand nombre de cas d'hydropisie de follicules de Graaf, où une ponction unique a amené la guérison; il en est de même pour les kystes si rares du ligament large. Mais qu'est-ce que cela en comparaison de l'énorme quantité de tumeurs ovariques? Qu'est-ce que cela surtout si l'on réfléchit aux conséquences fâcheuses possibles de cette ponction? N'hésitera-t-on pas, tout bien pesé, à accorder à ce mode de traitement une place quelque peu large dans la thérapeutique?

La ***ponction*** se pratique facilement sans anesthésie, la femme occupant une chaise, une table ou le lit. On se sert d'un trocart muni, comme celui de *Thompson*, d'un mécanisme de fermeture, de façon à ce que la pointe une fois retirée, la canule soit préservée de l'introduction de l'air; ou bien on clot l'ouverture avec une mince feuille d'or, comme on fait pour les trocarts destinés à la thoracentèse, avant l'opération. On applique autour du ventre de la femme un rouleau de mouchoirs enroulés sur eux-mêmes et cousus ensemble suivant la longueur. On en fait une espèce de bande roulée à deux chefs et on entoure l'abdomen en faisant des tours en croix. Deux aides maintiennent les deux extrémités du bandage, afin d'exercer une compression régulièrement répartie sur l'abdomen. Puis on choisit l'endroit où la fluctuation est la plus nette. La région la plus favorable me paraît être la ligne blanche, immédiatement au-dessus de la symphyse. On ponctionne, aussitôt après avoir vidé la vessie, avec un trocart désinfecté et enfoncé avec une certaine vigueur. On n'a généralement pas besoin

(1) *Mal. des ovaires*, p. 114.
(2) *Loc. cit.*, p. 189.

d'avoir recours au chloroforme; il faut même éviter autant que possible de l'employer, en raison de la tendance à la syncope qui se produit souvent au cours de l'évacuation. Jamais il ne faut évacuer d'un seul coup de grandes quantités de liquide. On fera bien de mettre des intervalles dans l'opération, intervalles pendant lesquels on administrera à la malade des cordiaux. Lorsque l'évacuation est complète ou à peu près, on retire la canule, on ferme la plaie avec un morceau de diachylon, on applique par-dessus le bandage de corps et on transporte la femme dans son lit.

Le soulagement momentané disparaît au bout de peu de temps par le fait d'une nouvelle accumulation de liquide. Cette nouvelle accumulation, qui fait rarement défaut, peut s'opérer suivant des types très divers; tantôt on ne la constate qu'après des mois, tantôt elle se révèle au bout de quelques jours déjà.

Je n'insiste pas sur les autres dangers de la ponction, dont j'ai parlé longuement plus haut. En tous cas la quantité de liquide est bientôt telle qu'il faut procéder à une seconde évacuation. Il y a des femmes qui ont été ponctionnées plus de cent fois et qui ont été enlevées, malgré cela, par les progrès de la cachexie.

En présence des résultats incomplets obtenus par la ponction, on a cherché depuis longtemps déjà à provoquer l'atrophie de la tumeur en y ***injectant des liquides irritants***. On a enregistré quelques succès consécutifs à ces injections. Dans les cas de ce genre que j'ai observés à la clinique de mon père, j'ai vu la réaction être extrêmement violente. La poche se trouvait promptement distendue par une exsudation séreuse, dont l'évacuation était suivie d'une sorte de rétraction, malheureusement toujours passagère. D'autres fois il survenait des phénomènes très accentués d'intoxication iodique; dans un cas même la suppuration rapide du kyste et la mort pour ainsi dire foudroyante suivirent une injection unique de teinture d'iode. Je ne saurais être partisan de cette manière de faire, car si, dans quelques cas, la ponction simple ne met pas obstacle au traitement ultérieur, à l'ovariotomie, le pronostic de l'opération radicale me semble singulièrement assombri par la phlegmasie du kyste créée par les injections iodées. (Je ne partage pas complètement l'avis de *Knowsley Thornton* qui

subordonne le pronostic au nombre de ponctions ayant précédé l'opération. (Congrès de Copenhague, 1884.)

Un troisième procédé est celui qui cherche à obtenir ***la destruction de la tumeur par l'incision et le drainage.*** J'ai obtenu plusieurs guérisons à la suite de ce traitement. Il existait de larges adhérences entre la surface du kyste et la paroi abdominale, dont la dissociation paraissait impraticable. L'un des premiers cas de ce genre se trouvait dans le service de mon père dont j'étais alors l'assistant; je pus l'observer jusqu'au bout à mon aise et aujourd'hui encore, après plus de quatorze ans, je vois de temps en temps la malade. On avait fait dans la tumeur des injections phéniquées de moins en moins concentrées. Un second cas guérit sous l'influence des mêmes moyens. Enfin j'ai observé un troisième cas, encore de la clientèle de mon père, et deux de la mienne propre. Dans le cas de mon père et dans le premier des miens, il se produisit des accidents de septicémie. Ma seconde malade mourut également des progrès de la cachexie; pendant tout le temps que dura le traitement (deux mois) elle ne présenta pas le moindre signe d'infection; elle succomba à la perte des forces et à une diarrhée colliquative. Dans ce dernier cas le kyste avait subi la dégénérescence carcinomateuse. Sur les six femmes il y en eut quatre chez lesquelles on établit le drainage uniquement par l'ouverture abdominale; chez les deux autres on introduisit des drains en même temps par l'incision abdominale et par le cul-de-sac postérieur du vagin.

En tenant compte de ce que j'aurai à dire à propos du pronostic de l'ovariotomie, ***le traitement des kystes de l'ovaire consistera uniquement dans l'extirpation de ces tumeurs. Et n'attendons pas, pour la pratiquer, qu'elles aient atteint un volume notable ou produit une réaction délétère sur la santé générale. Si nous réfléchissons à toutes les éventualités qui peuvent surgir dans le développement des masses néoplasiques, si nous songeons à la facilité avec laquelle ces masses s'altèrent et subissent la dégénérescence maligne, nous trouverons que jamais on ne saurait opérer trop tôt.***

BIBLIOTECA

Le chiffre des ovariotomies, des extirpations d'ovaires sains et des excisions de kystes du ligament large pratiquées par moi se montait, à la fin de janvier 1887, à deux cent huit, dont :

136 kystes;
25 ovarites chroniques;
9 tumeurs dermoïdes;
14 tumeurs solides;
12 kystes du ligament large;
12 extirpations d'ovaires à peu près sains en vue de la castration.

On est en train de collationner les détails de ces deux cent huit observations afin de les publier. Le travail est assez difficile, car il s'agit de rechercher le sort ultérieur des opérées.

Pour ***l'ovariotomie,*** voir plus bas, page 596.

3 — Kystes dermoïdes de l'ovaire

Le kyste dermoïde se distingue du kyste simple par ce fait incontestable que ce ne sont pas seulement les cellules glandulaires des conduits de *Pflüger* qui sont les facteurs de leur développement, mais que comme l'a démontré *His* (1), le feuillet blasto-dermique supérieur y a une grande part. C'est de ce dernier que dérivent les éléments du tégument externe, tels qu'on les rencontre dans les tumeurs dermoïdes, tandis que le feuillet moyen donne naissance au tissu graisseux, aux os, aux dents, etc. Le cas observé par *Flaischlen* (2) est resté, autant que je sache, unique jusqu'à présent. Il prétend, d'après l'examen d'un petit kyste ovarique, que les cellules épithéliales pavimenteuses des tumeurs dermoïdes et tous leurs dérivés tirent leur origine des cellules glandulaires des canaux de *Pflüger*. Telle n'est pas l'opinion de *His*, ainsi que nous venons de le voir.

Les ***kystes dermoïdes***, qui doivent être considérés comme des tumeurs congénitales dans le véritable sens du mot, n'acquièrent que rarement un gros volume, à moins que, par suite de la destruc-

(1) *Arch. f. microskop. Anat.* 1865, I.
(2) *Zeitschr. f. geb. u Gyn.* VI, p. 127.