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.

tion et de la suppuration de leur contenu ou d'hémorragies intra-kystiques, elles n'augmentent de dimensions pour atteindre le volume de kystes même très développés. Leur paroi est constituée par plusieurs couches de tissu conjonctif qui offrent à la face interne du kyste tous les caractères de la peau, épithélium pavimenteux épais et corné avec, au-dessous, des cellules rondes et plates à noyau. La couche épidermique ou plutôt la couche la plus superficielle présente en certains endroits des papilles très nettes, mais qui ne sont pas groupées régulièrement comme sur le tégument externe. Au-dessous l'on trouve une espèce de pannicule adipeux qui relie la couche cutiforme à l'enveloppe connective. La couche cutiforme renferme des follicules pileux et des glandes sébacées, quelquefois aussi des glandes sudoripares. *Friedländer* (1) a démontré que les glandes sébacées et sudoripares peuvent donner lieu à des kystes secondaires, véritables cavités de rétention. On peut y rencontrer également des kystes assez volumineux à contenu séro-muqueux et à revêtement d'épithélium vibratile. Les ***poils*** peuvent avoir une longueur et une résistance considérables. Ils tirent généralement sur le roux, on en voit cependant des noirs ou des gris. Dans les kystes anciens ils forment une masse compacte qui remplit toute la cavité de la tumeur. Ils sont séparés par de la graisse tantôt liquide, tantôt solide. On trouverait encore dans ces kystes de l'acide oxalique, de la tyrosine, de la leucine, de l'urée et de la xanthine. Le tissu adipeux est le résultat de la destruction des cellules épidermiques et de la sécrétion des follicules sébacés. Lorsque le kyste suppure, tous ces éléments se fusionnent en un mélange épais et d'odeur fétide. Dans d'autres cas les masses graisseuses nagent comme du gruau au milieu d'un contenu plutôt liquide.

Ce qu'il y a de plus particulier, ce sont les dents et les ***éléments osseux*** qu'on trouve dans ces kystes. La structure des dents est le plus souvent rudimentaire ; cependant il y a des cas où l'on voit des maxillaires entiers garnis de leurs dents. Le nombre des dents peut dépasser la centaine. A en juger par une préparation

(1) *Virchow's Archiv*. LVI, p. 365. Voyez pour la bibliographie antérieure. Pauly, Beitr. der Gessellsch. f. Geburtsh. 1875, IV. — Cousin, Th. de Paris, 1877.

BIBLIOTECA

de *Rokitansky* où une dent de lait fut trouvée cariée depuis la racine jusqu'à la couronne et refoulée par une dent permanente, l'on s'explique comment la génération dentaire nouvelle peut déchausser les dents anciennes de leurs alvéoles et les faire tomber dans la cavité kystique.

Dans certains cas on observe à la paroi interne des kystes dermoïdes de la ***substance grise cérébrale*** et des ***fibres musculaires striées.***

Les kystes dermoïdes sont assez souvent doubles. Ils ont généralement une base large et sont reliés intimement au voisinage. On n'en voit que rarement qui aient un pédicule et qui soient libres dans leur sphère. Il est évident qu'à côté de ces kystes dermoïdes, il peut exister également des kystes simples. On possède un grand nombre d'observations de ce genre de combinaison (*Flaischlen*, *loc. cit.*).

Le ***diagnostic*** de kyste dermoïde ne pourra être posé avec certitude que si l'on constate la présence dans la tumeur de dents ou d'autres éléments caractéristiques. La valeur des portions osseuses n'a rien de pathognomonique, en raison de l'analogie avec les grossesses extra-utérines.

Un grand nombre de ces tumeurs dermoïdes demeurent silencieuses. On ne s'aperçoit de leur existence que d'une façon tout à fait fortuite ou même seulement à l'autopsie. Cependant, par ***les altérations de leur contenu***, elles peuvent déterminer des accidents assez sérieux. S'il se produit une fonte de ce contenu, leur prédisposition à la rupture dans les organes voisins égale celle des kystes simples. Le diagnostic n'offre plus de doute si cette rupture se réalise, et si la bouillie kystique avec ses dents et ses poils va se déverser dans la vessie, dans l'intestin, dans l'utérus, dans le vagin ou se frayer une voie à travers la paroi abdominale.

Traitement. — Eu égard à la fréquence des adhérences on a proposé de vider les kystes dermoïdes par l'ouverture élargie de la ponction. Si la chose est possible par la voie vaginale ou à travers la paroi abdominale, le procédé est certainement d'un simplicité très grande. Dans certains cas cependant, il vaut mieux mettre la tumeur à découvert, en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques nécessaires, dissocier les différentes soudures et en-

lever la poche elle-même. On emploiera au besoin le procédé sur lequel j'aurai à revenir à propos des adhérences contractées par les kystes ovariques, je veux parler de la suture abdominale de la plaie produite par l'ablation de la tumeur et de son drainage par le vagin. Les tentatives autres de destruction des kystes dermoïdes ne donnent que des résultats médiocres.

J'ai opéré jusqu'à présent neuf tumeurs dermoïdes.

4 — Tumeurs solides de l'ovaire

On réunit sous le nom de tumeurs solides de l'ovaire les ***fibroïdes***, les ***carcinomes*** et les ***sarcomes***, quoique toutes ces formes néoplasiques se trouvent associées à des productions kystiques. Les tumeurs solides (1), comparées aux kystes, sont rares. *Léopold* donne une proportion de 1,5 %. Moi-même j'ai enlevé quatorze tumeurs solides sur un total de deux cent huit néoplasmes. Toutes les formes de tumeurs solides présentent cette particularité qu'elles sont bilatérales bien plus souvent que les kystes. Elles n'atteignent pas habituellement le volume de ceux-ci; elles ont une configuration plus ou moins ovalaire, se rapprochant de celle de l'ovaire lui-même. Leur pédiculisation s'opère le plus souvent d'une façon spéciale : la trompe vient faire partie du pédicule bien plus tard que dans les cas de kystes. Enfin elles offrent peu de tendance à contracter des adhérences, probablement parce qu'elles prédisposent à un degré tout particulier au développement de l'ascite.

A — *Fibrome*

Les fibromes, qui sont très rares, peuvent acquérir un volume énorme. J'ai enlevé en juin 1886 à la même femme deux ovaires ayant subi la dégénérescence myxofibromateuse qui pesaient ensemble deux mille cinq cents grammes (2). Ces tumeurs représentent une hypertrophie uniforme de l'ovaire, dont la forme et les rapports avec le ligament large sont conservés (1). *Virchow* nous y a démontré la présence de quelques fibres musculaires lisses; mais ce fait est rare; les tumeurs ont plutôt le caractère exclusivement fibreux.

(1) Th. S. Lee, *Tumeurs de la matrice*, Berlin, 1848. — Virchow, *Tumeurs* III, 222. — Ingham, *Americ. Journ. of Obst.* VI, p. 106. — Spenger Wells. *Diseases of the Ovaries*, 1870. — Leopold, *Arch. f. Gyn.* VI et XIII. — Coe, *Americ. Journ. of Obst.* 1882, XV, p. 261.

(2) Orthmann, *Ges. f. Geb. u. Gyn.*, 25 juin 1886.

La confusion avec les néoplasmes utérins est facile. *Schroeder* (2) va jusqu'à se demander si les fibromyômes de l'ovaire n'ont pas leur point de départ dans l'utérus et si ce ne sont pas les fibromes vrais seuls qui sont d'origine ovarique. Le cas observé par *Waldeyer* (3) où la tumeur avait une structure absolument ostéoïde et celui décrit par *Kleinwächter* (4) où la masse néoplasique était complètement ossifiée, constituent de rares exceptions. *Rokitansky*, *Klob* et *Jenks* (5) relatent des faits où de petits fibroïdes s'étaient développés dans un corps jaune.

Les fibromes ne donnent pas lieu à des ***symptômes*** propres. En règle générale ils s'accompagnent d'ascite. Dans certains cas très rares, il s'y crée des foyers de fonte ou de suppuration, principalement en connexion avec l'état puerpéral.

L'édification d'un ***diagnostic*** sûr est impossible.

Quant au ***pronostic*** il n'est pas défavorable, parce qu'ordinairement le développement des fibromes est lent et qu'il peut même subir des arrêts.

L'extirpation de la tumeur sera l'unique ressource ***thérapeutique***. La tumeur enlevée, l'ascite disparaît aussi.

B — *Carcinome*

Il faut distinguer les cas de carcinome primitif de ceux où l'ovaire kystique a subi la dégénérescence cancéreuse. Le carcinome primitif de l'ovaire n'est pas lié, comme celui des autres organes génitaux, à l'âge mûr.

On l'observe tantôt sous forme d'infiltration diffuse intersti-

(1) Spiegelberg, *Monatsschr. f. Geb.* XXVIII, p. 415.
(2) Schrœder, *Handb.* 7e édit., p. 436.
(3) Waldeyer, *Arch. f. Gyn.* II, p. 440.
(4) Kleinwæchter, *Ibid.* III, p. 171.
(5) *Americ. Journ. of Obstetr.* VI, p. 107.

BIBLIOTECA