

Pseudo-kystes  
ou tumeurs fan-  
tômes.

**Pseudo-kystes, tumeurs-fantômes.** — Le tympanisme associé à la contraction partielle des muscles abdominaux et à la surcharge graisseuse localisée, donne lieu, surtout chez les femmes hystériques, aux erreurs les plus bizarres et les plus invraisemblables. On a plusieurs fois ouvert le ventre dans ces conditions-là, plus souvent encore on a failli l'ouvrir<sup>1</sup>. Dans un cas de Krukenberg<sup>2</sup>, c'était une lordose qui avait causé l'erreur. Un fait exceptionnel est celui de Reeves Jackson<sup>3</sup> où l'on fit d'abord une ponction, puis la laparotomie, croyant avoir affaire à un kyste, dans un cas d'énorme dilatation de l'estomac : on poussa l'erreur jusqu'à inciser ce viscère. La malade mourut.

La meilleure manière d'éviter l'erreur dans les cas douteux, c'est d'abord d'endormir la malade, puis de pratiquer avec grand soin la palpation et la percussion.

Incision explora-  
trice.

**Incision exploratrice.** — Quand enfin tous les autres moyens de diagnostic sont insuffisants, est-on autorisé à ouvrir le ventre, afin de s'assurer de la nature de la tumeur et de l'opérer, si possible, du même coup? Sur ce point, Lawson Tait<sup>4</sup> est catégorique : il substitue toujours l'incision à la ponction exploratrice; sur 94 incisions exploratrices, il n'a constaté que 2 morts : il les fait très petites, suffisantes seulement pour introduire deux ou trois doigts : de là, sans doute, cette bénignité exceptionnelle de sa pratique. Terrillon<sup>5</sup>, dans le relevé plus étendu qu'il a publié des cas de diverses provenances, a trouvé 21 morts sur 100 cas, chiffre qui me paraît être devenu trop fort, si l'on tient compte des progrès actuels de la technique. Il faut se souvenir, en effet, que sous ce mot d'*incision exploratrice*, employé par euphémisme, on a publié nombre d'opérations, demeurées incomplètes. Or, comme à une époque qui n'est pas encore reculée, l'incision seule du ventre était réputée très grave, quand on l'avait faite, on ne se résignait guère à refermer l'abdomen, avant d'avoir tenté l'extirpation de la tumeur, même dans des conditions devant lesquelles on reculerait aujourd'hui : les statistiques se trouvaient ainsi très assombries. Je suis, pour ma part, partisan résolu de l'incision exploratrice, quand elle paraît seule pouvoir assurer le diagnostic.

Diagnostic  
de la variété du  
kyste.

**Diagnostic de la variété du kyste.** — Les développements qui précèdent peuvent déjà servir à résoudre cette question : je résumerai seulement ici les points principaux.

<sup>1</sup> ATLEE, SPENCER, WELLS OLSHAUSEN, *loc. cit.*

<sup>2</sup> G. KRUKENBERG. *Arch. f. Gyn.*, 1884, t. XXIII, p. 159.

<sup>3</sup> A. REEVES JACKSON. *Detroit Lancet*, janv. 1880 (anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1880, n° 15, p. 368.)

<sup>4</sup> LAWSON TAIT. *Brit. med. journ.*, 1885, t. I, p. 218.

<sup>5</sup> O. TERRILLON. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 168.

Une tumeur très volumineuse et très bosselée, avec inégalité de consistance des bosselures, est un kyste glandulaire. La présence de l'ascite (en l'absence de symptômes de rupture), la sensation de masses irrégulières et papillaires dans le cul-de-sac de Douglas, la bilatéralité, feront croire à un kyste papillaire. La fluctuation très facilement perceptible et superficielle dans toute l'étendue de la tumeur, la marche lente, la conservation presque parfaite de l'état général malgré le volume considérable de la tumeur, les connexions assez étroites de celle-ci avec l'utérus, soit que le kyste paraisse inclus dans le ligament large ou retenu par un court pédicule, sont des caractères de kyste parovarien hyalin. La possibilité de sentir l'ovaire et la trompe, à côté de la tumeur, a été signalée, en pareil cas, comme pathognomonique. Pour les kystes dermoïdes<sup>1</sup>, on a indiqué la possibilité de faire des impressions dans la tumeur remplie de mastic graisseux, ou même de percevoir le froissement des cheveux qui y sont contenus<sup>2</sup>.

**Diagnostic des adhérences.** — Pour reconnaître les *adhérences pariétales*, Spencer Wells recherche si les changements de position de la malade ou les mouvements respiratoires entraînent le néoplasme. En déplaçant les parois abdominales devant la tumeur, on voit si l'ombilic glisse sur elle facilement, et on perçoit des frottements, ou un bruit de *cuir neuf*, qui indiquent un certain travail de péritonite adhésive.

Diagnostic  
adhérences.

Une tumeur qui, depuis longtemps, présente un très grand volume, offre de grandes chances d'adhérences à la paroi antérieure ou à l'épiploon, à moins qu'il n'y ait, en même temps un certain degré d'ascite. Les adhérences aux viscères ne peuvent qu'être soupçonnées, s'il y a eu des signes extérieurs d'inflammation péritonéale vive à la suite de ponctions, de torsion du pédicule, ou de rupture.

<sup>1</sup> LEOPOLD. *Soc. obst. et gyn. de Dresde*, 5 nov. 1885 (*Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 50).

<sup>2</sup> KOCHER. *Ein pathognomisches Zeichen zur Diagnose der Dermoïde* (*Centr. f. Chir.*, 1887, p. 44).

### CHAPITRE III

#### TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE.

Traitement médical. — Ponction par la paroi abdominale, par le vagin et par le rectum. — Injection iodée. — Drainage. — Ovariectomie. Aperçu historique. Indications générales. Dégénérescence maligne. Age. Technique opératoire. Instruments. Aides. Divers temps de l'opération. 1<sup>er</sup> temps : ouverture de l'abdomen. 2<sup>e</sup> temps : rupture des adhérences, évacuation. 3<sup>e</sup> temps : extraction du kyste et ligature du pédicule. 4<sup>e</sup> temps : toilette du péritoine et occlusion de l'abdomen. — Énucléation des kystes inclus dans le ligament large et rétro-péritonéaux. — Opérations incomplètes; marsupialisation. — Pansement. Soins consécutifs. — Accidents. Hémorrhagie interne. Paralysie intestinale. Désunion secondaire de la plaie. Emphysème. Abscesses superficiels. Abscesses profonds. Parotidite. Péritonite. Occlusion intestinale. Tétanos. Phlébite. Embolie. Urémie. Shock. — Gravité de l'opération. — Suites. Récidives. Menstruation et fécondité post-opératoire. — Folie post-opératoire. — Kystes compliqués de grossesse; ovariectomie pendant la grossesse.

Traitement médical.

Je ne m'appesantirai point sur le **traitement médical** : il est responsable de la mort de beaucoup de femmes, qu'il a empêché de se faire opérer à temps. Les diurétiques et diaphorétiques, les préparations mercurielles et iodées, l'ergot de seigle, etc. doivent leurs prétendus succès à la méconnaissance des temps d'arrêt que peut subir la maladie. Le seul traitement interne rationnel est le traitement tonique et l'emploi de stomachiques et de laxatifs légers pour maintenir le plus possible les fonctions digestives. L'électrolyse, dont on a fait un tel abus en gynécologie, est ici à la fois inutile et dangereuse. Tout kyste de l'ovaire reconnu doit être, si possible, enlevé.

Ponction par la paroi abdominale.

La **ponction par la paroi abdominale** a été employée aussi, non comme traitement curatif, mais trop fréquemment comme palliatif avant la vulgarisation de l'ovariectomie. Certaines femmes ont ainsi subi un nombre presque invraisemblable d'évacuations de leur kyste. On peut être amené à faire cette opération d'urgence, en cas de phénomènes de compression excessive, ou encore dans le cas de tumeurs inopérables. On enfoncera alors, de préférence, le trocart sur la ligne blanche ou dans la fosse iliaque en un point dont on aura reconnu la matité par la percussion. Ponctionner un kyste, sans nécessité absolue et alors qu'il est possible de l'extirper, est toujours

une mauvaise pratique. On expose la malade à des accidents péritonitiques graves, et on risque, tout au moins, de provoquer des adhérences. On a voulu faire une exception pour la catégorie de kystes du ligament large, uniloculaires, à parois minces et à contenu transparent, les kystes parovariens hyalins<sup>1</sup>. Mais pour quelques guérisons définitives qui ont été constatées, et dont le résultat n'a pas toujours été assez longtemps suivi, on a eu à enregistrer de très nombreuses récurrences. Du reste, la ponction est véritablement dangereuse au point de vue de la généralisation métastatique des kystes papillaires du ligament large, qu'il est à peu près impossible de distinguer sûrement, avant d'opérer, des kystes purement séreux. Si l'on considère, par contre, la grande bénignité de l'ovariectomie dans les cas de cette nature, on n'hésitera pas à lui donner la préférence et à renoncer à une doctrine qui, à part quelques cas heureux, compte de nombreux méfaits.

La ponction a généralement été faite à la paroi abdominale : on a aussi pratiqué la **ponction par le vagin** dans les cas où la tumeur, petite, était plus accessible par cette voie. C'est une pratique dangereuse, vu la facilité de l'infection consécutive et de la suppuration grave, surtout s'il s'agit d'un kyste dermoïde. Tavignot n'a pas craint de recommander la **ponction par le rectum** : c'est une détestable opération.

Ponction par le vagin et par le rectum.

L'**injection iodée**, recommandée par Boinet<sup>2</sup> avec un enthousiasme excessif, ne compte plus guère aujourd'hui de partisans; elle n'est plus appliquée encore, par quelques rares chirurgiens, qu'aux kystes uniloculaires à parois minces. Elle est pour eux bien plus grave que l'ovariectomie, et n'a pu rendre de services qu'à une époque où celle-ci était considérée comme une opération téméraire.

Injection iodée.

Le **drainage**, après ponction ou incision<sup>3</sup>, a été, à la même époque, appliqué à des kystes dont l'extirpation complète eût été pourtant facile; pour quelques rares succès, elle compte de nombreuses morts par hécitité et infection. Le drainage ne doit plus être fait actuellement que pour les reliquats de poches qu'on n'a pu entièrement extirper, ainsi que j'aurai à le décrire, ou encore lorsqu'un kyste suppuré inopérable s'est spontanément ouvert à l'extérieur.

Drainage.

**Ovariectomie.** — **Aperçu historique.** — C'est Ephraïm Mac Dowell (du Kentucky), élève de John Bell (d'Édimbourg), qui a fait la première

Ovariectomie. Aperçu historique.

<sup>1</sup> PANAS. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 18 mars 1876.

<sup>2</sup> BOINET. *Bull. de thérap.*, août 1852, t. XLIII, p. 161. — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1852, p. 165. — *Iodothérapie*. 2<sup>e</sup> édit., 1865. — *Discuss. à l'Acad. de Méd.* (*Bull.* 1856, t. XXII, p. 20 et suiv.).

<sup>3</sup> La première incision de kyste ovarique a été faite par Housroo (*Philos. Transact.* 1724, t. XXXIII). — LE DRAN, en 1737, fit la même opération hardie et l'érigea en méthode (*Mém. de l'Acad. de Chir.*, t. III, p. 431).

ovariotomie pour kyste de l'ovaire, en 1809<sup>1</sup>. Le pédicule fut rentré dans l'abdomen; guérison. C'est encore un américain, Nathan Smith (de New-Hawen, Connecticut), qui fut le second ovariomotomiste. Alban Smith vint le troisième. Ses premiers succès datent de 1827<sup>2</sup>.

Mais il n'y avait là encore que des hardiesses isolées et sans écho.

J. L. Atlee<sup>3</sup> avait fait, en 1845, la première ovariotomie double, quand, l'année suivante, Washington L. Atlee<sup>4</sup>, qu'il ne faut pas confondre avec lui, commença la remarquable série de ses opérations, qui se montait à 246 en octobre 1871. L'ovariotomie était tout à fait acclimatée en Amérique dès 1865 (Peaslee).

En Angleterre, Lizars (d'Édimbourg), s'inspirant des cas de Mac Dowell, pratiqua l'ouverture du ventre, en 1824, par suite d'une erreur de diagnostic, et l'année suivante pour des kystes de l'ovaire dont il en guérit 1 sur 5. Granville (de Londres) essaya deux échecs qui le découragèrent, et, jusqu'en 1842, l'opération tomba dans le discrédit. Walsh et Clay l'en relevèrent par une série remarquable de succès. Puis viennent ceux de Bird et de Baker-Brown, enfin ceux de Spencer Wells (1858)<sup>5</sup>.

En Allemagne, Chrysmann fit, en 1820, une tentative malheureuse. Quelques opérateurs isolés, parmi lesquels il convient de mentionner Stilling, s'y hasardèrent ensuite, mais sans que l'opération fût définitivement adoptée<sup>6</sup>.

En France, Woyerskowsky (1844) aurait fait la première ovariotomie. En 1856, l'opération y était condamnée par l'Académie, avec l'unique protestation de Cazeaux. En 1862, Nélaton alla voir Spencer Wells, et, à son retour, pratiqua l'ovariotomie sans succès. Mais Kœberlé, en 1864, publia 9 guérisons sur 12 cas; puis Péan montra

<sup>1</sup> C'est à tort qu'on a attribué la première ovariotomie à ABRAHAM CYPRIANUS. Ce chirurgien a simplement ouvert un kyste foetal suppuré, provenant d'une grossesse extra-utérine. On trouvera le récit de ce fait dans AB. CYPRIANUS. *Lettre rapportant l'histoire d'un fœtus humain de 21 mois*, etc. Amsterdam, 1707. — Ce qui paraît avoir causé l'erreur de LADOUCE (*Contribution à l'étude du sarcome de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1890), qui a pris cette observation pour le premier cas publié d'ovariotomie, c'est l'allusion dont elle est l'objet, à propos des kystes de l'ovaire et des adhérences qu'ils peuvent contracter, par J.-B. MORGAGNI, *De sedibus et causis morborum*, etc. 1761. XVIII<sup>e</sup> lettre. (Trad. franç. par DESORMEAUX et DESTOUET, Paris, 1820-1824, t. VI, p. 195).

<sup>2</sup> E. MAC DOWELL. *Eclectic Repository and analyt. Review*. Philadelphie, avril 1817, p. 242. — NATHAN SMITH. *Amer. med. Record.*, juin 1822, t. V, p. 124. — ALBAN SMITH. *North Amer. med. surg. Journ.*, janv. 1826, t. I, p. 50.

<sup>3</sup> J. L. ATLEE. *Amer. Journ. of med. sciences*, 1844, t. VII, p. 48.

<sup>4</sup> W.-L. ATLEE. *Amer. Journ. of med. sciences*, 1855, t. XXIX, p. 587.

<sup>5</sup> LIZARS. *Observ. on the extraction of diseased ovaria*. Edimbourg, 1825. — CH. CLAY. *Med. Times*, 1845, t. VII, p. 43, etc. — SP. WELLS. *History and progress of ovariotomy in Great Britain*. (*Med. chir. Transact.*, 1865, t. XLVI, p. 53.)

<sup>6</sup> PAUL GRESSER. *Die Ovariotomy in Deutschland, historisch und kritisch dargestellt*. Leipzig, 1870.

d'une manière éclatante que l'opération pouvait réussir à Paris. C'est à ces deux auteurs que l'ovariotomie doit sa vulgarisation dans notre pays<sup>1</sup>.

A ce moment, l'apparition de la méthode antiseptique fit entrer l'opération dans une nouvelle phase, et la fit passer des mains de quelques spécialistes éminents dans celles de tous les chirurgiens.

En résumé, l'ovariotomie a traversé trois phases successives : 1<sup>o</sup> Une phase de tâtonnements, qui prend fin d'abord en Amérique avec W. L. Atlee, en Angleterre, avec Baker Brown et Spencer Wells, en France avec Kœberlé et Péan. 2<sup>o</sup> Une phase très courte de spécialisation excessive, à laquelle se rattachent surtout les noms des initiateurs que je viens de citer. 3<sup>o</sup> Une phase de vulgarisation, sous l'impulsion puissante de l'antiseptie.

**Indications générales.** — On peut aujourd'hui considérablement abrégé ce chapitre, car bien des points, encore récemment contestés<sup>2</sup>, sont aujourd'hui résolus. Quelques chirurgiens, se fondant sur la possibilité de guérison des kystes parovariens hyalins, après une simple ponction, guérison qui d'après les relevés, peut-être un peu optimistes, de Terrillon<sup>3</sup>, s'observait 1 fois sur 5, conseillent, en pareil cas, d'essayer d'abord la ponction, et de ne faire l'ablation qu'en cas de récurrence. Assurément, cette conduite serait sage si l'on était absolument certain de ne jamais confondre un kyste hyalin avec un kyste papillaire. Mais, comme cette distinction, avant la ponction, est parfois impossible, et que la ponction est très dangereuse dans le second cas, il est, me semble-t-il, préférable de faire toujours d'emblée l'ovariotomie, qui, on ne saurait trop le répéter, est, dans ces cas simples, une opération bénigne.

Actuellement donc, on ne peut plus dire qu'il ne faut faire la laparotomie que lorsque le kyste est devenu, par son volume, un motif de gêne excessive pour les malades, ou une cause imminente de danger pour la vie. Dès qu'une tumeur commençante de l'ovaire est reconnue, il faut l'enlever : d'abord, parce que l'opération en elle-même est alors beaucoup moins grave, puisqu'il suffit de faire une petite incision sans avoir à déchirer d'adhérences notables; en second lieu, parce qu'on évite à la malade les dangers ultérieurs de l'inflammation, de la rupture ou de la torsion du pédicule; enfin et surtout,

<sup>1</sup> OLSHAUSEN. *Loc. cit.* — KÖBERLÉ. *Gaz. hebdomadaire*, 15 juil., 1866, p. 456. — PÉAN. *L'ovariotomie peut-elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès?* (*Union méd.*, 1868, n<sup>o</sup> 125-145, et *Bull. Acad. de Méd.*, 1868, t. XXXIII, p. 413.)

<sup>2</sup> S. DUPLAY. *Des indications et des contre-indications de l'ovariotomie* (*Annal. de Gyn.*, 1879, t. XI, p. 208). — Il est intéressant, pour se rendre compte des progrès si rapidement accomplis, de comparer les conclusions de ce mémoire avec celles exposées par CHAZAN à la *Soc. gyn. de Dresde* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 454).

<sup>3</sup> O. TERRILLON. *Annal. de Gyn.*, 1885, p. 426.

parce que tout kyste de l'ovaire est, si l'on peut ainsi dire, un néoplasme en équilibre instable entre la bénignité et la malignité. Cohn<sup>1</sup>, sur 658 kystes enlevés par Schröder, en a trouvé 100 dégénérés en tumeur maligne, soit 15,1 pour 100. Leopold<sup>2</sup> en a compté 26 sur 116 (soit 22,4 pour 100). Schultze<sup>3</sup>, sur une petite série de 33 cas, a trouvé 9 cas malins, soit 21 pour 100. Cette proportion est peut-être un peu élevée, parce que ces grands opérateurs ont surtout vu venir à eux les cas graves et difficiles. Cependant, on ne saurait douter qu'elle ne soit un signe de fréquence de la **dégénérescence maligne** des kystes. Le travail de Poupinel<sup>4</sup> conclut dans le même sens. Or, opérer un kyste déjà dégénéré, c'est faire une opération beaucoup plus grave (Cohn) et ne donner à la malade qu'un répit, au lieu d'une guérison.

Dégénérescence  
maligne.

On devra toujours se méfier de cette transformation néoplasique lorsque la tumeur, longtemps stationnaire, aura subi un accroissement rapide et inattendu en quelques mois. Mais, alors même qu'on aurait pu en faire le diagnostic, il ne faudrait pas s'abstenir. Cohn a trouvé que sur 86 malades opérées dans ces conditions, 19,5 pour 100 étaient encore guéries au bout d'un an, et dans 5 cas la guérison s'était maintenue de 5 à 4 ans 1/2. Ces résultats ne permettent pas d'hésitation. Freund<sup>5</sup> est arrivé aux mêmes conclusions. Une observation des plus remarquables de métastase péritonéale, dans un cas de kyste glandulaire, suivie de guérison par la laparotomie, a été publiée par Runge<sup>6</sup>. La femme avait 40 ans, la tumeur s'était développée en 5 mois, la cavité péritonéale contenait, partout répandues, des masses gélatineuses qui remplissaient aussi la poche. La guérison de cette tumeur, évidemment maligne, s'était pourtant maintenue depuis six mois.

Toutefois, il faut savoir que de cruels mécomptes peuvent attendre le chirurgien et une récidive à marche galopante emporter l'opérée en quelques jours. Hofmeier<sup>7</sup> cite deux cas observés par lui où les opérées succombèrent ainsi, l'une 17 jours, l'autre 25 jours après l'ovariotomie. Dans le premier fait, on n'avait trouvé dans le péritoine, au moment de l'opération, aucune trace de généralisation, et cependant à l'autopsie la totalité de la séreuse était revêtue d'une

<sup>1</sup> E. COHN. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1886, Bd. XII, Heft 1, p. 14.

<sup>2</sup> LEOPOLD. *Deutsche med. Woch.*, 1887, n° 4, p. 62.

<sup>3</sup> B. S. SCHULTZE. *Corresp. des allg. ärztl. Vereins von Thüringen*, 1887, n° 3.

<sup>4</sup> POUPINEL. *De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1886.

<sup>5</sup> H. W. FREUND. *Ueber die Behandlung bösartiger Eierstocksgeschwülste* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1889, Bd. XVII, Heft 1, p. 150).

<sup>6</sup> RUNGE. *Fall von glandulären Ovarialcystomen mit gelatinösem Inhalt und peritonealen Metastasen* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 15, p. 235).

<sup>7</sup> M. HOFMEIER. *Grundriss der gynäk. Operationen*. 1888, p. 285.

couche de carcinome haute d'un travers de doigt, tout l'épiploon était converti en une masse dure et épaisse, si bien qu'il paraissait invraisemblable qu'on eût pu le trouver sain, quelques jours auparavant. Dans le second cas, il y avait déjà un commencement de métastase péritonéale, au moment de l'opération.

Il est impossible, ainsi que je l'ai dit, de séparer des kystes papillaires de l'ovaire les tumeurs solides, appelées à tort papillomes et qui ne sont le plus souvent que des kystes papillaires rompus dans le péritoine. Dans cette dernière phase de leur évolution, les kystes papillaires, réduits à leur partie solide, compliqués d'ascite provoquée par l'irritation du péritoine où ils déversent leur épithélium caduc, semant autour d'eux des débris qui se greffent au hasard sur la séreuse, ont véritablement accaparé le péritoine pour en faire une cavité kystique. Même à cette période, la laparotomie peut amener la guérison durable de ces tumeurs que les ovariologistes considéraient, naguère encore, comme de véritables *noli me tangere*; on pourrait établir un rapprochement entre ces effets inespérés et ceux qu'a donnés la laparotomie pour certaines péritonites tuberculeuses. Knowsley Thornton<sup>1</sup> a cité une guérison de ce genre, datant de 9 ans; Leopold<sup>2</sup>, de 2 ans; Cohn<sup>3</sup>, un cas de Schröder datant de 2 ans 1/2. Freund<sup>4</sup> a aussi observé des guérisons durables. Lomer<sup>5</sup> a rapporté un fait excessivement remarquable; il existait de petites excroissances papillomateuses sur l'épiploon, d'où l'on put les enlever, sur l'intestin et sur le péritoine pariétal, d'où on ne put les extraire; la guérison s'était maintenue, cinq ans après l'opération. J'ai moi-même<sup>6</sup> opéré un cas tout à fait analogue avec l'assistance de Terrier, il y a douze ans, et la malade est actuellement en parfaite santé. Il ne faut donc pas considérer ces lésions-là comme au-dessus des ressources de la chirurgie, bien que leur pronostic déjoue toute prévision, et soit sous la dépendance de facteurs jusqu'à ce jour inconnus.

L'âge du sujet ne saurait être une contre-indication. On a opéré avec succès des enfants très jeunes; Røhmer<sup>7</sup> a extirpé un kyste

Age.

<sup>1</sup> KNOWSLEY THORNTON. *Trans. obstet. Soc. of London*, 1886 (*Schmidt's Jahrb.* 1887, Bd. CCXV, p. 257).

<sup>2</sup> LEOPOLD. *Loc. cit.*, p. 61.

<sup>3</sup> E. COHN. *Loc. cit.*, p. 14.

<sup>4</sup> W. FREUND. *Loc. cit.*

<sup>5</sup> LOMER. *Doppelseitiges Papillom des Ovarium mit Ascites und ausgedehnter Infection des Peritoneum: dauernde Heilung durch Laparotomie* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 52, p. 906).

<sup>6</sup> S. POZZI. *Quatre ovariectomies, etc.* (*Gaz. méd. de Paris*, 1879, p. 150).

<sup>7</sup> RØHMER (de Berlin). *Ovariectomie bei einem 1 Jahr 8 Monate alten Kinde. Heilung* (*Deutsche med. Woch.*, 1883, n° 52, p. 762). — CHIENE (*Edinb. med. journ.*, 1883, t. XXIX, p. 1152) paraît avoir opéré une enfant de 5 mois, avec succès. Il semble que dans ce cas il s'agissait bien plutôt d'une *hernie de l'ovaire* que d'une tumeur ovarique.

dermoïde à un enfant de 20 mois, Schwartz<sup>1</sup> à une petite fille de 4 ans. Mears et Barker<sup>2</sup> ont opéré pour des tumeurs de l'ovaire des enfants de 6 ans et 6 ans et demi, Thornton, Lucas, Hamaker<sup>3</sup>, Cupples, Chenoweth<sup>4</sup>, des enfants de 7 ans et 7 ans et demi. Spencer Wells, Mackenzie et Duchamp<sup>5</sup> ont pratiqué l'ovariotomie chez des petites filles de 8 ans et 8 ans et demi, Polotebnoff chez une jeune fille de 9 ans et Wagner<sup>6</sup> chez une autre de 10 ans. Les opérées de Barlow et Marsh<sup>7</sup>, de Jouon<sup>8</sup>, de Heinrichius<sup>9</sup> et de Mac-Graw<sup>10</sup> étaient âgées de 12 ans, celles de Bolling, de Carafy, de Bell et de Cameron<sup>11</sup> de 15 ans. Bryant<sup>12</sup>, il y a déjà longtemps, a publié un fait d'ovariotomie chez une jeune fille de 14 ans.

D'autre part, on a pu guérir, par l'opération, des femmes très âgées; il faut, toutefois, se mettre alors en garde contre les fâcheux effets du décubitus prolongé (congestion pulmonaire hypostatique, eschares au sacrum), en faisant lever les malades et les maintenant assises de très bonne heure, selon le conseil de F. Barnes. Johnson<sup>13</sup> a guéri une opérée de 64 ans. Davis<sup>14</sup> a publié un succès obtenu à l'âge de 65 ans, Pinnock<sup>15</sup> à 67 ans, Sp. Wells<sup>16</sup> à 73 ans, Josephson<sup>17</sup> à 76 ans,

<sup>1</sup> SCHWARTZ. *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 475.

<sup>2</sup> J. E. MEARS. *Philad. med. Times*, 1871, t. II, p. 44. — W. B. BARKER, cité par CHENOWETH. *Amer. Journ. of Obstet.*, 1882, t. XV, p. 628.

<sup>3</sup> J. K. THORNTON. *Brit. med. Journ.*, 1881, t. II, p. 955. — R. C. LUCAS. *Med. Press. and Circ.*, 2 mai 1888, t. XCVI, p. 459. — W. D. HAMAKER. *A case of ovarian tumor in a girl seven years old; ovariectomy, recovery* (*New-York med. Journ.*, 14 sept. 1889, p. 288.)

<sup>4</sup> G. CUPPLES. *Excision of an ovarian cyst from a child seven and half years old* (*Richmond and Louisville med. Journ.*, 1874, p. 658). — W. J. CHENOWETH, *loc. cit.*, p. 625.

<sup>5</sup> SP. WELLS. *Ovariectomy successful in a girl eight years old* (*Brit. med. Journ.*, 1874, t. I, p. 452). — W. G. MACKENZIE, *Dublin Journ. of med. Science*, oct. 1888, t. LXXXVI, p. 502. (Il s'agissait, dans ce cas, d'un kyste dermoïde de l'ovaire). — V. DUCHAMP. *Ovariectomie chez une enfant de 8 ans et demi: guérison* (*Arch. de Toccol.*, 1884, t. XI, p. 25).

<sup>6</sup> S. M. POLOTEBSOFF. *Ejened klin. Gaz.*, Saint-Petersbourg, 1887, p. 209. — P. WAGNER. *Arch. f. klin. Chir.*, 1884, t. XXX, p. 506.

<sup>7</sup> T. BARLOW et H. MARSH. *A case of ovariectomy in a child aged 12 years.* (*Brit. med. Journ.*, 1878, p. 775).

<sup>8</sup> JOUON, de Nantes (cité in *Dict. encycl. art. Ovariectomie*, p. 504).

<sup>9</sup> G. HEINRICIUS. *Finska läk. sällsk. Handl.*, Helsingfors, 1888, t. XXX, p. 492. — Il s'agissait d'un kyste à contenu colloïde.

<sup>10</sup> T. A. MAC-GRAW, cité par CHENOWETH, *loc. cit.*, p. 627.

<sup>11</sup> BOLLING. *Hygiea*, 1887, t. XLIX, p. 788. — CARAFY. *Lancet*, 1886, t. I, p. 920. — BELL. *Unilocular ovarian cyst in a girl aged thirteen; ovariectomy* (*ibid.*, 1887, t. I, p. 418). — CAMERON. *Glasgow med. Journ.*, 1888, t. XXXI, p. 1.

<sup>12</sup> TH. BRYANT. *A case of ovarian disease in a child* (*Guy's Hosp. Reports*, 1869, t. XIV, p. 216).

<sup>13</sup> JOHNSON, *Virginia med. Monthly.*, Richmond, 1888, t. XV, p. 644. — La tumeur pesait 65 livres.

<sup>14</sup> DAVIS. *Brit. med. Journ.*, 1887, t. II, p. 1050.

<sup>15</sup> PINNOCK. *Austral. med. Gaz.*, Sydney, 1887, t. VII, p. 158.

<sup>16</sup> SP. WELLS, *Traité des tumeurs de l'ovaire*, trad. franç., 1888, p. 267.

<sup>17</sup> JOSEPHSON. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 47, p. 824.

Terrier<sup>1</sup> à 77 ans, Owen<sup>2</sup> à 80 ans, et Homans<sup>3</sup> à 82 ans et 4 mois.

**Technique opératoire de l'ovariotomie. — Kystes pédiculés. —** Je renvoie, pour les précautions préliminaires, à l'exposé que j'ai présenté (p. 21 et suiv.)<sup>4</sup>.

Beaucoup de chirurgiens ne procèdent à une ovariectomie qu'entourés d'un arsenal considérable : pinces de toutes formes et de toutes grandeurs, bistouris, ciseaux, écarteurs, porte-aiguilles, etc. Il y a intérêt, je crois, à réduire au strict nécessaire le nombre des instruments employés, pour éviter le plus possible les chances d'infection. Il suffira d'avoir de bons bistouris, des pinces à disséquer, une sonde de femme, une sonde d'homme et une sonde cannelée, des ciseaux, dont une paire courbée sur les bords, quelques pinces hémostatiques ordinaires, des pinces longues, à adhérences, droites et courbes, 2 pinces à kyste de Nélaton, 1 pince de Museux, 1 trocart, 1 paire de pinces porte-aiguilles, des aiguilles et 1 aiguille montée mousse; enfin de la soie, du catgut et des compresses-éponges. Tous ces instruments doivent être exclusivement réservés aux laparotomies, et avoir été, comme je l'ai dit, chauffés pendant une heure à l'étuve, à 140°. Ils seront placés près de l'opérateur à portée de sa main dans une cuvette plate remplie d'eau phéniquée à 2 pour 100. Il sera bon, toutefois, de conserver sur une table voisine un supplément d'instruments de rechange, pinces, bistouris, etc. pour les besoins imprévus (fig. 360).

Les chirurgiens qui se servent d'éponges conseillent de les compter avant et après l'opération, à cause de la facilité avec laquelle une petite éponge, même montée sur des pinces, peut, si cette dernière vient à lâcher, être oubliée dans le ventre. Pour ma part, j'ai complètement renoncé aux éponges, et je ne crois pas que pareil accident soit à redouter avec les compresses que j'emploie et dont l'extrémité dépasse toujours la plaie abdominale. On doit, du reste, placer sur elles pour plus de sûreté une pince indicatrice, à branches dorées de préférence. La précaution de compter les pinces a pu rendre des services, et l'on cite toujours le cas de Spencer Wells qui, grâce à elle, rouvrit le ventre et retira l'instrument oublié. Mais,

<sup>1</sup> F. TERRIER. *Progrès méd.*, 1888, n° 24, p. 466; il s'agissait, dans ce cas-là, non de kystes, mais de fibromes des ovaires.

<sup>2</sup> E. M. OWEN. *Brit. gyn. Journ.* Londres, 1888, t. IV, p. 58.

<sup>3</sup> J. HOMANS. *Med. Record*. New-York, 5 mai 1888, t. XXXIII, p. 496. — La tumeur était un kyste multiloculaire avec végétations papillaires; poids du liquide, 15 livres; poids des parties solides, 1 livre 3/4. L'opération avait été indiquée par de grandes douleurs.

<sup>4</sup> L'antisepsie du tube digestif, sur laquelle TERRIER a beaucoup insisté, me paraît être suffisamment assurée avant et après l'opération par l'emploi de laxatifs fréquents; ce n'est que dans des cas exceptionnels, en particulier quand il y a eu évacuation d'une collection purulente par le rectum, que j'administre du naphthol β et du salicylate de bismuth pour désinfecter énergiquement l'intestin.

Technique opératoire.

Instruments.