

kystes pour lesquels la ponction seule est aussi efficace que si l'on y ajoute des injections iodées (Spencer Wells).

L'*ovariotomie abdominale* ou l'ablation du kyste par la laparotomie est la méthode de choix dans le traitement des kystes de l'ovaire. Elle seule peut débarrasser les malades des tumeurs multiloculaires, et ses indications se sont notablement accrues dans ces derniers temps, grâce aux progrès de l'antisepsie chirurgicale.

Cette opération, dont l'idée avait été émise au siècle dernier par Ledran, Delaporte, Houston, John Bell, fut exécutée pour la première fois en Amérique, en décembre 1809, par Mac Dowel du Kentucky. Pratiquée en Angleterre, en Amérique et en Allemagne, depuis cette époque, avec un succès médiocre, condamnée en 1850 en Angleterre par Robert Lee, qui la regardait *comme un meurtre*, et en France, en 1856, par l'Académie de médecine, elle fut faite la première fois dans notre pays, et avec succès, le 29 août 1844, par Woyerkousky, médecin à Quingey (Doubs). Sa période de vulgarisation et de réussite ne commence qu'en 1862, date de la première opération heureuse faite par Kœberlé.

Depuis cette époque, cette opération a été pratiquée des milliers de fois, et on peut presque dire qu'aucune opération n'est aussi fréquemment pratiquée. Avec la méthode antiseptique, les succès sont devenus la règle et la moyenne de mortalité s'est abaissée à 8 à 10 pour 100. Nous ne saurions passer en revue ici le manuel opératoire et les précautions nécessitées par l'ovariotomie; nous ne pouvons que renvoyer aux excellents articles de nos deux dictionnaires et au *Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus* de Spencer Wells, où la question est traitée avec les données les plus récentes. Nous rappelons que l'opération comprend plusieurs temps, qui sont :

1° L'ouverture de l'abdomen par une incision faite sur la ligne blanche au-dessous de l'ombilic, dans une étendue variable suivant les cas, et pouvant aller du pubis jusqu'auprès de l'appendice xiphoïde;

2° La ponction et l'évacuation du kyste avec un gros trocart aspirateur;

3° L'énucléation et l'extraction de toute la masse kystique après détachement et section des adhérences;

4° Le traitement du pédicule. Jusqu'en 1878, celui-ci était fixé dans l'angle inférieur de la plaie, soit avec un serre-nœud ou un

clamp placé au-dessus de deux grosses tiges métalliques rigides, droites et disposées en croix. Là, ce moignon suppurait, était éliminé par sphacèle et contractait avec la cicatrice de la paroi une adhérence solide (*Méthode extra-péritonéale*). Depuis la découverte des ligatures en substance résorbable et antiseptique (catgut, soie phéniquée, etc.), le pédicule est solidement étreint dans une ou plusieurs ligatures, suivant son volume, et rentré dans l'abdomen (*Méthode intra-péritonéale*);

5° La toilette du péritoine. Cette toilette, qui se fait à l'aide d'éponges fines phéniquées montées sur des bâtons ou sur des pinces à pression continue, n'est nécessaire que si des liquides kystiques ou du sang se sont épanchés dans la cavité péritonéale; elle est aussi heureusement réalisée par de grands lavages à l'eau filtrée et bouillie;

6° La suture de la plaie abdominale. En général, aujourd'hui, on pratique une ligne de sutures *profondes* comprenant le péritoine et une ligne de sutures *superficielles* n'intéressant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Un pansement antiseptique et compressif est ensuite appliqué sur l'abdomen.

L'*incision* des kystes de l'ovaire n'est plus guère pratiquée aujourd'hui de parti pris; cette méthode, dans laquelle le kyste plus ou moins largement fendu doit se rétracter après bourgeonnement et suppuration de sa paroi interne, n'a donné que des succès relativement très rares et a été suivie de nombreux revers. Elle n'est applicable qu'aux kystes de l'ovaire suppurés dont l'ablation est impossible par l'ovariotomie.

Plus souvent aujourd'hui, l'ouverture large du kyste est combinée avec une excision plus ou moins grande de ses parois quand la totalité du kyste ne peut être énucléée à cause de ses adhérences aux viscères de l'abdomen ou aux parois du petit bassin. L'opération s'appelle une *ovariotomie incomplète*. Les parois du kyste sont suturées aux lèvres de l'incision abdominale pour prévenir toute effusion de liquide dans la cavité du péritoine et le fond de la poche abandonnée dans l'abdomen est drainé et largement baigné les jours suivants avec des liquides antiseptiques.

Ce procédé de nécessité est loin de donner des résultats aussi satisfaisants que l'ovariotomie complète; un grand nombre de malades succombent soit à la péritonite, soit à la septicémie aiguë ou lente.

KYSTES PARA-OVARIENS OU KYSTES DES LIGAMENTS LARGES.

On décrit sous ce nom des kystes inclus entre les feuillets du ligament large et paraissant s'être développés aux dépens de l'organe de Rosenmüller ou du *parovaire*. On sait que l'organe ou corps de Rosenmüller représente chez l'adulte la portion supérieure ou sexuelle du corps de Wolf atrophié et qu'il est situé dans la partie externe de l'aileron de la trompe, entre les feuillets du ligament large. En tendant cet aileron entre la lumière et l'œil, on peut voir ce corps composé de 15 à 18 canalicules d'un petit calibre dirigés du hile de l'ovaire vers la trompe.

La portion inférieure ou urinaire du corps de Wolf laisse en s'atrophiant un corps analogue au corps de Rosenmüller, situé dans la partie moyenne du ligament large, au niveau du pédicule de l'ovaire, et auquel His a donné le nom de *parovaire*.

Ce parovaire et le corps de Rosenmüller peuvent être le point de départ d'altérations kystiques.

Ces kystes, signalés pour la première fois par Velpeau (1825), sous le nom de *kystes rudimentaires extra-ovariques*, rapportés par Follin (*Th. doctorat*, 1850) à l'accumulation de liquide dans les canalicules du corps de Rosenmüller, ont été dans ces dernières années l'objet d'importants travaux en France et à l'étranger. On en trouve une bonne mention dans la thèse de Castaneda y Triana (Paris, 1882) et dans tous les traités de gynécologie.

Anatomie pathologique. — On peut trouver dans le ligament large diverses productions kystiques; les unes sont de petits kystes, surtout fréquents chez le nouveau-né, pouvant siéger en différents points du ligament large et ayant tendance à disparaître spontanément; les autres sont des tumeurs pouvant atteindre la dimension d'une tête d'adulte et même plus, et se traduisant par des signes physiques facilement appréciables. Ces deux variétés ont été considérées comme développées aux dépens de l'organe de Rosenmüller. Fürster et Bantock auraient suivi le développement de ces kystes depuis la dilatation d'un canalicule de Rosenmüller jusqu'à la formation d'une vésicule close. De Sinéty n'admet pas cette origine exclusive pour les grands kystes, et tend à admettre le même processus de formation que pour les *épithéliomas mucoides* de l'ovaire.

Quelle que soit l'origine de ces kystes, ils ont pour caractéristique d'être inclus entre les feuillets du ligament large, séparés du péritoine par du tissu cellulaire lâche et dans certains endroits par les fibres musculaires des ligaments larges décrites par Rouget. La tumeur peut être énucléée de ce tissu cellulaire lâche.

En général, elle est arrondie dans les kystes volumineux, le plus souvent uniloculaire, quelquefois composée d'une masse plus volumineuse avec un ou plusieurs petits kystes secondaires.

Son volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à dépasser la grandeur d'un utérus au neuvième mois et à contenir 14 et même 25 litres; en général cependant, le kyste ne contient pas plus de 7 à 9 litres.

Souvent la tumeur n'a pas de pédicule, à moins qu'on ne donne ce nom à l'adhérence large par laquelle le kyste adhère plus intimement en une région.

Les gros kystes, en se développant, déplacent l'aileron de l'ovaire et portent cet organe sur un de leurs côtés; la trompe s'allonge, s'hypertrophie et se montre comme une bride en avant et en haut et plus souvent en arrière de la tumeur. L'utérus est refoulé et immobilisé.

La paroi kystique est constituée par les éléments du ligament large, par une couche fibreuse propre, et par un revêtement épithélial composé d'épithélium cylindrique simple ou à cils vibratiles ou d'épithélium caliciforme; ces parois sont le plus souvent assez minces.

Les petits kystes contiennent un liquide séreux ou visqueux tenant en suspension des cellules cylindriques, quelquefois coloré en jaunâtre ou rosé.

Le contenu des grands kystes, les seuls importants au point de vue clinique, est un liquide généralement clair, comparable à l'eau de roche (Nélaton), fluide, non visqueux, ne donnant aucun fil lorsque l'on écarte le pouce et l'index trempés dans ce liquide. Son poids spécifique varie de 1005 à 1007; sa réaction est alcaline.

Il contient une forte proportion de chlorure de sodium, jusqu'à 8 et 16 grammes par litre, ne renferme que des traces d'albumine et, dans l'immense majorité des cas, ne contient pas de paralbumine.

Quelquefois, des hémorragies colorent le liquide en jaune, rosé,

rouge ou brun et, dans ce cas, l'analyse y démontre des quantités considérables d'albumine.

Étiologie. — Les kystes du ligament large sont beaucoup moins fréquents que ceux de l'ovaire, dans la proportion de 4 à 7 pour 100 (Lesævre, Thèse de Paris, 1879); Castaneda y Triana n'a pu recueillir dans sa thèse (1882) que 82 cas traités par l'extirpation. Ils se développent de préférence chez des femmes jeunes, sans que l'on connaisse la cause de leur développement.

Symptômes. — Diagnostic. — Les symptômes ont la plus grande analogie avec ceux fournis par les kystes de l'ovaire.

La tumeur n'acquérant jamais des proportions considérables, les phénomènes de compression sont d'ordinaire peu marqués; la santé générale reste bonne.

Le ventre est surtout développé dans un des flancs et n'a pas l'aspect conique donné par les kystes ovariens; la tumeur est arrondie, régulière, sans bosselures, mate, et en général nettement fluctuante.

Le toucher vaginal démontre, dans la plupart des cas, l'immobilité de l'utérus; ce signe aurait une grande importance, et, d'après Spencer Wells, un kyste uniloculaire qu'on sent très bas dans le bassin, immobilisant l'utérus, est plutôt para-ovarien qu'ovarien. Un des culs-de-sac peut être occupé par la tumeur.

Le signe le plus caractéristique du kyste du ligament large est fourni par la ponction qui ramène un liquide clair comme de l'eau de roche, très fluide et présentant à l'analyse les caractères chimiques que nous lui avons assignés plus haut.

Cependant les caractères du liquide peuvent quelquefois induire en erreur: certains kystes du ligament large présentent un contenu identique à celui des kystes ovariens. Il est permis de supposer dans ces cas rares qu'il s'agit de kystes produits dans les ovaires supplémentaires décrits par Beigel et Winckel et situés dans les ligaments larges près de l'ovaire normal.

Marche. — Terminaisons. — Ces kystes ont une marche analogue aux kystes de l'ovaire; ils peuvent rester longtemps stationnaires et, à un moment donné, l'accroissement se fait d'une manière rapide et nécessite une intervention.

Abandonnés à eux-mêmes, ils n'ont pas la gravité des kystes ovariens; ils n'ont jamais produit la mort ni par suppuration, ni par compression des organes thoraciques, ni par marasme.

La minceur des parois prédispose la tumeur à une rupture: celle-ci peut être suivie d'une mort subite; le plus souvent, elle n'est accompagnée d'aucun inconvénient et peut être suivie de la guérison par résorption du liquide épanché dans l'abdomen.

Dans un certain nombre de cas, moins nombreux qu'on ne le pensait (Terrillon), la guérison est restée définitive après la soustraction du liquide par une simple ponction évacuatrice.

Traitement. — L'expérience ayant démontré qu'un certain nombre de kystes du ligament large étaient restés définitivement guéris après une seule ou plusieurs ponctions, c'est à ce mode de traitement simple que l'on devra d'abord avoir recours.

Terrillon a démontré récemment (*Soc. de Chirurgie*, 1885) qu'il y avait souvent récurrence après un temps plus ou moins long et qu'il ne fallait pas compter d'une manière absolue sur le succès de la ponction: les malades doivent donc être suivies longtemps pour que l'on puisse assurer l'efficacité de ce mode de traitement. En tout cas, il est le premier à mettre en œuvre, et même la ponction pourra être répétée plusieurs fois avec avantage à plusieurs mois ou à plusieurs années d'intervalle.

Après une ou plusieurs ponctions suivies d'insuccès, le kyste sera enlevé par l'ovariotomie comme le kyste ovarien ordinaire. Actuellement même, la tendance des chirurgiens est d'opérer ces tumeurs quand une ou deux ponctions simples sont restées inefficaces.

Cette ablation peut offrir de grandes difficultés; le kyste inclus entre les deux feuillets du ligament large et non pédiculé, peut présenter des adhérences multiples qu'il est fort difficile de détacher, et, dans un certain nombre de cas, l'opération a dû rester incomplète et se terminer par l'excision d'une partie de la poche kystique avec suture à la paroi abdominale et drainage de la partie restante.

Quand la tumeur a été énucléée du ligament large dédoublé, il reste entre les feuillets de celui-ci une grande cavité qu'il est important de réduire par des sutures en capiton, pour prévenir l'accumulation et la décomposition des liquides exhalés dans ces espaces morts.

En résumé, l'ovariotomie peut, dans ce cas particulier, présenter des difficultés et nécessiter des manœuvres opératoires sur lesquelles récemment Terrillon, Terrier, Lucas-Championnière et autres ont attiré l'attention (*Soc. de Chirurgie*, 1884).

TUMEURS SOLIDES DES OVAIRES.

Nous ne décrirons sous ce titre que les tumeurs *bénignes* de l'ovaire, les tumeurs *malignes* faisant partie du groupe des *cancers* de l'ovaire.

Ces tumeurs solides ont été l'objet d'un intéressant travail de Ziem-bicki (Thèse de Paris, 1875) et de Patenkow (*Archiv. f. Gyn.*, 1880). Elles sont relativement rares, puisqu'en réunissant les tumeurs solides, bénignes et malignes, on ne les observe guère que dans la proportion de 1 à 2 pour 100.

Anatomie pathologique. — Les véritables tumeurs solides de l'ovaire, pouvant donner lieu à des phénomènes cliniques appréciables, sont des *fibromes*. Les concrétions calcaires ou ossiformes rencontrées quelquefois dans ces organes ne sont que des curiosités d'anatomie pathologique.

Les fibromes n'occupent le plus souvent qu'un seul ovaire; ils varient du volume d'une noix ou d'un œuf à celui d'une tête de fœtus et même plus; leur consistance est dure et élastique, leur surface unie ou mamelonnée.

Ces tumeurs se développent dans le stroma ovarien par hyperplasie de ses éléments, et ne tardent pas à atrophier les éléments spéciaux de l'ovaire et à les faire disparaître devant eux. D'après Patenkow, elles seraient dues à une sclérose de l'endothélium folliculaire.

Elles peuvent présenter des variétés d'aspect et de structure, être creusées de kystes comme les fibromes utérins, offrir un développement vasculaire considérable, qui les font ressembler en certains points à un tissu caverneux, ou s'incruster de sels calcaires.

Le plus souvent, ces tumeurs ont une structure surtout fibreuse; elles ne contiennent que rarement et en petite quantité des fibres musculaires lisses. On a signalé un cas de myome pur de l'ovaire (Sangalli).

Il est difficile, dans quelques cas, de classer histologiquement certaines de ces tumeurs solides dans lesquelles on constate entre les éléments fibreux un développement cellulaire qui rapproche ces productions des fibro-sarcomes ou des sarcomes fasciculés.

Symptômes et diagnostic. — Pendant un certain temps ces

tumeurs peuvent rester latentes ou ne se manifester que par des symptômes qu'il est impossible de rattacher à leur véritable cause.

Assez souvent, elles se révèlent par la présence d'une ascite qui fait ordinairement défaut dans les kystes simples de l'ovaire.

Les troubles fonctionnels n'ont rien de caractéristique; on peut observer des phénomènes de compression portant sur les divers organes du petit bassin et sur les nerfs de la région.

Les signes fournis par les divers modes d'exploration sont les mêmes que dans les cas de kyste uniloculaire de l'ovaire, avec cette différence que la fluctuation est remplacée par une sensation de dureté, de résistance qui donne l'idée d'un corps solide.

Quelquefois la tumeur est franchement mobile dans l'abdomen et peut être déplacée par la pression ou par un simple changement de position de la malade.

Le diagnostic présente toujours une grande incertitude, la tumeur pouvant être confondue avec un kyste à parois épaisses, avec un kyste dermoïde ou une tumeur du ligament large.

Le petit volume et la lenteur du développement de la tumeur, sa résistance, sa régularité, sont des signes de probabilité en faveur d'un fibrome.

Le siège, primitivement latéral du néoplasme, son indépendance par rapport à l'utérus, l'absence de métrorrhagies, feront exclure le fibrome utérin.

Le pronostic de ces tumeurs est généralement bénin; la lenteur de leur développement et leur transformation calcaire sont des circonstances favorables.

Traitement. — Le traitement est purement chirurgical; si la tumeur s'accroît ou si elle détermine des accidents de compression, elle sera enlevée par l'ovariotomie comme les kystes de l'ovaire. En général, dans ce cas, l'opération est rendue simple par le volume relativement peu considérable de ces productions.

CANCER DE L'OVAIRE.

L'histoire anatomique du cancer de l'ovaire est encore bien obscure; on a décrit sous ce nom beaucoup de tumeurs qui n'étaient que des kystes végétants et auxquels on appliquait la désignation de

carcinomes papillaires ou de *cancers colloïdes*, suivant l'aspect de la dégénérescence.

D'après de Sinéty, il semble impossible aujourd'hui de tracer une ligne de démarcation précise entre les kystes et le cancer de l'ovaire. Toutes les productions néoplasiques de cet organe ont tendance à provoquer le développement de kystes.

Néanmoins la coïncidence de tumeurs de même nature que la néoplasie ovarienne dans des organes plus ou moins éloignés et dans les ganglions correspondants ne permet pas de méconnaître la nature franchement cancéreuse de certaines tumeurs de l'ovaire.

On a observé plusieurs espèces de cancers qui peuvent toutes se rapporter au *carcinome* et au *sarcome* avec leurs diverses variétés d'aspect.

Gaillard Thomas distingue des *kysto-carcinomes* et des *kysto-sarcomes*, et il admet, ou que ce sont des kystes développés dans une tumeur cancéreuse, squirrheuse ou médullaire, ou qu'il s'agit de kystes simples dans lesquels la dégénérescence cancéreuse pousse et se développe. D'autres fois la tumeur paraît encore plus complexe et elle semble avoir débuté par un adénome, puis s'être transformée sur place en une nouvelle variété, l'*adéno-kysto-sarcome* (G. Thomas, Lücke).

Quoi qu'il en soit, la production néoplasique infiltre ordinairement tout le tissu ovarien et donne lieu à de grosses tumeurs atteignant le volume d'une tête d'adulte. Celles-ci sont, comme les kystes composés, bosselées, inégales, irrégulières, souvent adhérentes aux parties voisines, et en particulier à l'intestin. Elles se composent de masses solides plus ou moins fermes, renfermant quelquefois de la substance mélanique, et de kystes dont le contenu est un liquide sanguinolent, ou une sérosité trouble, de la matière cancéreuse ramollie, du pus, ou de la matière gélatineuse.

Souvent les organes voisins sont envahis; les ganglions lombaires et iliaques sont en dégénérescence cancéreuse; le péritoine peut être affecté de carcinose généralisée; l'utérus peut être envahi et l'on a observé la généralisation cancéreuse du côté de l'estomac, du foie, de l'intestin, des poumons, de la plèvre.

Parfois les deux ovaires sont atteints en même temps, sans qu'il paraisse y avoir eu transmission directe de l'une à l'autre glande.

Symptômes. Diagnostic. — Le cancer de l'ovaire n'a guère

d'autre signe que la rapidité de son développement et l'apparition précoce de l'ascite. Le cancer kystique atteint souvent en quelques mois le volume que le sarcome ou une simple tumeur kystique n'atteindrait que dans l'espace de plusieurs années (G. Thomas).

La production de douleurs spontanées assez intenses dans la tumeur, l'œdème précoce des membres inférieurs en dehors de phénomènes de compression du côté des vaisseaux iliaques, la cachexie rapide malgré le faible volume de la tumeur ovarique, appartiennent bien souvent à la tumeur maligne.

Le développement rapide d'une ascite plus ou moins considérable coïncidant avec une tumeur de l'ovaire, a été considéré comme caractéristique de la malignité de celle-ci. Mais, l'épanchement intrapéritonéal peut se trouver avec les mêmes caractères quand le kyste de l'ovaire présente à sa face externe des productions papillaires bourgeonnantes ou quand ses parois épaissies, ossiformes ou cartilagineuses sont dépouillées par places de leur revêtement péritonéal. L'ascite ne peut donc que faire soupçonner la malignité de la tumeur, sans la caractériser d'une manière certaine.

On a signalé aussi dans le cancer de l'ovaire l'immobilité précoce de la tumeur, par infiltration et induration rapides des tissus ambiants.

Le pronostic est fatal; la mort survient dans le marasme, ou par péritonite ou embolie pulmonaire, ou consécutivement à des généralisations dans des organes importants.

Le traitement ne peut être que palliatif; il consistera surtout en ponctions plus ou moins répétées pour vider les liquides du kyste ou de l'ascite.