

ne convient qu'aux kystes inopérables et prédispose malgré les injections antiseptiques à des accidents septicémiques graves.

3° *L'incision simple* ou par la méthode de Récamier est à peu près abandonnée en raison des dangers considérables auxquels elle expose, même dans les kystes très adhérents et multiloculaires. Sur trente-trois (33) incisions abdominales avec drainage, G. THOMAS relève vingt et une (21) guérisons et douze (12) morts.

4° *Injections*. — Ce traitement consiste à ponctionner le kyste et à y injecter diverses substances. Boinet a beaucoup préconisé les injections iodées (eau distillée, 100; teinture d'iode 100; iodure de potassium 4; acide tannique 2); le liquide est ensuite retiré. Le discrédit dans lequel est tombée l'injection semble un peu exagéré à divers auteurs, mais on ne doit jamais y recourir dans les cas opérables. Elle échoue dans les kystes multiloculaires et plus nombreux et dans les formes végétantes.

5° *Ovariectomie* ou *extirpation du kyste*. — Entrevue à la fin du siècle dernier, l'ovariectomie paraît avoir été pratiquée pour la première fois par l'Américain Mac Dowell en 1809.

Jusqu'en 1840 la nouvelle opération ne fut guère vulgarisée, mais à partir de cette époque elle a été rapidement adoptée en Angleterre. Elle n'est réellement entrée dans la chirurgie française que vers 1860. Depuis quinze ans l'ovariectomie beaucoup mieux réglée, perfectionnée, devenue moins dangereuse grâce à l'antisepsie, donne des résultats surprenants. En France Kœberlé et Péan firent les premiers l'ovariectomie. Ils ont été suivis dans cette voie par Terrier, Terrillon, Monod, Pozzi, Demons, etc.

L'opération consiste à extirper les kystes après les avoir vidés et à les séparer de leur pédicule. Nous renvoyons pour les détails du manuel opératoire aux traités spéciaux; les moindres précautions ont une importance si grande qu'il faut suivre fidèlement tous les temps. Aujourd'hui les chirurgiens ne craignent plus d'opérer les kystes dans un hôpital; Terrier, Terrillon, etc., ont obtenu de brillants résultats à la Salpêtrière et à l'hospice Bichat.

Indications et contre-indications de l'ovariectomie. — Nous résumerons sous forme de propositions, un certain nombre de règles susceptibles de servir de guide au praticien.

Indications. — D'après Coblenz, les indications des opérations hâtives sont les suivantes:

- 1° Les hémorragies intenses à l'intérieur du kyste, suites de traumatisme, de torsion du pédicule;
- 2° Les troubles graves de la circulation générale résultant de la compression du kyste, paralysie du cœur, œdème pulmonaire, anasarque très marqué;
- 3° La suppuration aiguë de la tumeur;
- 4° La rupture ou perforation des tumeurs papillaires;
- 5° Les accidents d'étranglement intestinal;
- 6° La pression sur les uretères avec accumulation de l'urine dans les bassinets;
- 7° La grossesse en cas de rétroflexion;
- 8° L'affaiblissement croissant par suite du trouble des fonctions abdominales et thoraciques;

9° Les excitations réflexes des centres nerveux par le fait de la compression de filets nerveux dans l'abdomen.

Contre-indications. — 1° Il ne faut pratiquer l'ovariectomie que dans les cas où le kyste a déjà acquis un volume suffisant pour compromettre les fonctions. Si les deux ovaires sont malades, on pourra les enlever.

2° Toute altération grave des reins, du foie, du poumon, toute affection fébrile constitue une contre-indication formelle.

3° En général la grossesse est une contre-indication; cependant s'il y avait menace d'asphyxie l'opération deviendrait urgente; la ponction rendra alors de grands services. Olshausen conseille de ne pas opérer avant la sixième semaine; sur quatorze (14) ovariectomies pendant la grossesse, il y a eu quatre (4) avortements. Sur vingt-huit (28) opérées, trois (3) seulement moururent.

4° S'il existe des fibromes utérins en même temps que le kyste ovarien, il sera préférable de les respecter; tel est l'avis de Duplay, Terrier.

5° Heger et Kaltenbach considèrent que le développement du kyste dans les ligaments larges constitue une contre-indication.

6° Lorsque les kystes font partie d'une tumeur maligne, adhérente aux parois du bassin, immobile, propagée aux ganglions ou à d'autres organes, mieux vaut s'abstenir.

Temps de l'opération. — Quelque temps avant l'opération la malade sera placée dans les meilleures conditions hygiéniques et morales. Plusieurs jours auparavant on administre un léger purgatif; il faut choisir de préférence une époque inter-menstruelle. L'opération comprend huit temps qui sont: 1° l'incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche (6 à 10 centimètres entre le pubis et l'ombilic) et ouverture du péritoine; 2° examen et rupture des adhérences; 3° ponction avec un gros trocart aspirateur spécial; 4° ablation du sac; 5° constriction du pédicule; 6° nettoyage du péritoine; 7° établissement du drainage; 8° suture et pansement antiseptiques.

Jusqu'à ces dernières années le pédicule fortement maintenu par un fil métallique était fixé à l'incision abdominale. Aujourd'hui on tend à abandonner le pédicule convenablement lié dans le péritoine, comme l'avait fait N. Smith en 1821. Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, le repos est absolument nécessaire; la malade sera sondée deux ou trois fois par jour et l'on se bornera à administrer un peu de vin de Champagne et de glace, des opiacés. Les avis des opérateurs sont partagés sur l'époque à laquelle il convient d'enlever les sutures; en général on les retire du septième au douzième jour.

Dangers de l'opération. — Les accidents qui peuvent survenir pendant l'opération sont: 1° le shock ou la syncope; 2° les hémorragies. Parmi les complications ultérieures les plus communes nous citerons: la péritonite, la septicémie, le shock ou collapsus, l'épuisement, l'hémorragie interne. Sur cent cinquante (150) cas de mort, John Clay en relève vingt-cinq (25) par shock, vingt-quatre (24) par hémorragie, soixante-quatre (64) par péritonite; on a encore signalé la phlegmatia alba; Moricke a observé des parotidites. Le défaut de réunion des bords de la plaie n'est pas toujours une circonstance fatale ainsi que Bruntzelen l'a montré.

Résultats de l'ovariectomie. — Grâce aux perfectionnements du procédé opé-

ratoire et à l'emploi de la méthode antiseptique, les succès de l'ovariotomie deviennent chaque jour plus nombreux. Sur six cent soixante (660) ovariectomies, PEASLEE trouve quatre cent cinquante-trois (453) succès. GAILLARD THOMAS, dans une statistique plus importante, sur seize cent quarante-six (1646) opérations relève onze cent trente-six (1136) guérisons et cinq cent dix (510) morts. Il n'est pas douteux que les statistiques des chirurgiens qui pratiquent le plus souvent l'opération s'améliorent de jour en jour. Ainsi les succès, qui étaient il y a quinze ans de 50 p. 100, sont aujourd'hui tombés à vingt-cinq (25) morts p. 100. SPENCER WELLS, sur huit cents (800) ovariectomies pratiquées par lui, compte 25 p. 100 de décès. KÆBERLÉ, sur plus de cinq cents (500) opérations, n'a perdu qu'une malade sur douze (12). Sur cent trente (130) opérations, THORNTON est arrivé à abaisser la mortalité à 10,76 p. 100; REITH a eu seulement 8 p. 100.

Résultats éloignés. — D'après LEBEC, les résultats éloignés varient suivant que l'opération a été simple ou double; dans le premier cas la menstruation offre sa régularité ordinaire; elle serait cependant un peu diminuée. Les femmes opérées dans ces conditions sont susceptibles d'avoir des enfants et même des grossesses doubles. Contrairement à l'opinion vulgaire, l'ovariotomie des deux côtés ne fait pas toujours disparaître les règles, bien que l'aménorrhée soit commune; les écoulements sanguins irréguliers ne sont pas très rares. L'utérus s'atrophie et la ménopause arrive de bonne heure.

Nous ne signalerons que pour mémoire l'ovariotomie vaginale conseillée par G. THOMAS.

B. — KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE

Bibliographie. — BARNES, ROBERT, *Saint-George Hosp. Reports*, 1874 et 1877. — COLEMAN, *Saint-Barthol. Hosp. Rep.*, V. XII, p. 91, 1876. — WEBER, K. *Dermoid of Ovary*, Marburg, 1878. — MARCHANT, F. *Teratoid Tumours of Ovary*, et *Breslau Artz. Zeitsch.*, Bd. III, 1881. — BYFORD, *Amer. Gyn. Trans.*, V. III, p. 162, 1881. — EBNER, *The Dublin Journal*, 1882. Thèse de Paris. — 1877, COUSIN.

Étiologie. — Ces tumeurs congénitales se rencontrent à tous les âges; la plupart restent stationnaires avant la puberté. POTTER trouva à l'autopsie d'une femme de quatre-vingt-trois ans un kyste dermoïde de l'ovaire qui n'avait jamais déterminé aucun inconvénient. L'origine de ces productions morbides est encore loin d'être élucidée; elles résultent certainement de quelque anomalie formatrice pendant la vie intra-utérine. On a admis que la parthénogénèse pourrait donner naissance aux produits plus ou moins complexes rencontrés dans les kystes ovariens.

La théorie de l'inclusion d'une petite portion du feuillet du blastoderme semble plus acceptable.

Anatomie pathologique. — Leur volume n'atteint jamais de grandes dimensions et varie entre le poing et une tête d'adulte. Ces kystes ayant servi de type à la description classique (Voy. t. I^{er}, p. 53) de cette catégorie de tumeurs, nous nous bornerons à rappeler qu'on observe dans leur intérieur des poils de

diverses couleurs, formant des mèches, des dents (jusqu'à trois cents) libres ou implantées, des masses ostéo-cartilagineuses informes, des épithéliums de diverses natures et des tissus plus complexes (kystes, nerfs), de la matière grasse, sébacée, mélangée à des produits dégénérés souvent hématiques. Leur paroi, toujours assez épaisse, présente à sa face interne des saillies mamelonnées. Dans quelques-uns il existe des glandes sudoripares ou acineuses.

Symptômes et marche. — Un grand nombre de kystes dermoïdes de l'ovaire restent indéfiniment stationnaires; cependant il en est qui prennent parfois un développement insolite. Ils sont surtout remarquables par leur tendance à s'enflammer et à provoquer des pelvi-péritonites. OLSHAUSEN, FRAENKEL pensent que cette fâcheuse disposition résulte de ce que le pédicule se tord facilement: de là l'inflammation, la suppuration, les ruptures dans les viscères, la vessie, le rectum, et même à la paroi abdominale.

On conçoit aisément que l'inflammation constitue une complication très grave; l'ouverture spontanée, bien qu'elle ait pu être suivie de guérison, ne laisse pas que de présenter de sérieux dangers.

Diagnostic. — L'évolution très lente de ces néoplasmes, la jeunesse de la femme, seuls caractères de ces kystes, ne suffisent pas pour poser un diagnostic précis. La ponction lèvera les doutes dans certains cas, mais elle n'est pas inoffensive.

Pronostic. — Si l'on n'envisage que leur marche, les kystes dermoïdes sont assurément moins redoutables que les kystes séreux; d'un autre côté ils s'enflamment assez facilement. Leur ouverture spontanée dans une cavité voisine est susceptible d'amener la guérison. Enfin la grossesse semble influencer d'une façon fâcheuse ces kystes de l'ovaire.

Traitement. — L'ovariotomie pour les kystes dermoïdes ne doit être pratiquée que s'ils ont acquis un assez grand développement; les résultats de l'opération seraient plus favorables que pour les autres variétés. SPENCER WELLS, sur huit cents (800) ovariectomies, a obtenu dix-huit (18) guérisons sur vingt (20) kystes dermoïdes, soit une mortalité de 10 p. 100. Si la poche suppure, il faut l'ouvrir dès qu'on sera en droit d'en soupçonner l'existence. En cas d'ouverture spontanée, il sera indiqué de dilater la fistule et de faire des injections détersives antiseptiques dans la cavité.

2^o TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

Bibliographie. — WALDEYER, *Arch. f. Gyn.*, t. II, 1871. — LÉOPOLD, *Arch. f. Gyn.*, 1874, t. VI. — ZIMBIECKI, Th. de Paris, 1875. — PATENKON, *Centr. f. Gyn.*, 1880. — TERRILLON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1885. Discussion. — THIRIAR, KIRMISSON, *Congrès français de chir.*, 1885.

Les tumeurs solides de l'ovaire sont assez rares; aussi leur étude offre-t-elle beaucoup moins d'intérêt que celle des kystes.

Fibromes. — Les fibromes simples ou calcifiés ont été rencontrés dans l'ovaire. Sur cinquante-cinq (55) tumeurs solides, LÉOPOLD relève seize (16)

fibromes. Il s'agit d'ailleurs de petites productions qui dépassent rarement le volume d'une noix et par suite restent inaperçus. On les a vus cependant acquérir les dimensions d'une tête, et dans ce cas ils contractent des adhérences multiples avec les organes voisins. Ces néoplasmes lisses ou bosselés, formés aux dépens du tissu conjonctif de l'ovaire, sont intimement liés aux parties voisines; néanmoins le pavillon de la trompe conserve son indépendance. La forme fibro-cystique est loin d'être rare; lorsqu'ils subissent la transformation calcaire, celle-ci commence par la périphérie.

Les symptômes des fibromes sont communs à toutes les tumeurs du bassin, aussi le diagnostic est-il impossible; on a noté la coïncidence fréquente de l'ascite sans qu'elle puisse facilement s'expliquer. La marche de l'affection paraît essentiellement lente, les complications inflammatoires surviennent exceptionnellement. L'existence des fibromes étant très difficile à déceler, on pourrait les confondre avec un néoplasme malin lorsqu'il y a de l'ascite. L'expectation sera la règle si des accidents graves ne forcent pas à intervenir.

Cancer de l'ovaire. — Sous ce nom les auteurs confondent des états pathologiques divers; d'après les recherches de LÉOPOLD, ce cancer de l'ovaire présenterait un maximum de fréquence peu après la puberté, fait anormal dans l'histoire du carcinome. Il n'en est pas moins certain que les kystes ovariens subissent quelquefois une transformation maligne. TERRILLON (1885) a pu réunir quarante-six (46) observations de récurrences néoplasiques à la suite de l'ablation de kystes ovariens. Le néoplasme se reproduit d'ordinaire dans le péritoine, le pédicule ou la paroi, plus rarement dans les viscères et les os en moyenne deux ans après l'opération.

Lorsque le carcinome débute dans la glande, il est primitif ou secondaire; en tous cas les ganglions lombaires sont envahis de bonne heure. Les tumeurs malignes se font remarquer par leur marche rapide, les douleurs qu'elles provoquent, la tendance au péritonisme, à l'ascite et à l'œdème des membres. La mort en est la terminaison constante.

L'état général, les douleurs causées par une tumeur relativement peu volumineuse, l'ascite pourront faire penser à un cancer. ROMMELAER, THIRIAR ont donné comme signe diagnostique l'abaissement du chiffre de l'urée dans les urines au-dessous de 12 grammes; ce signe étant commun à d'autres altérations, KIRMISSON ne le considère pas comme pathognomonique. Le pronostic a une grande gravité et la thérapeutique active reste impuissante pour arrêter la marche de l'affection. On devra se contenter du traitement palliatif des carcinomes incurables.

Sarcome. — Cette affection s'observe principalement chez les femmes jeunes; ces tumeurs atteignent parfois un volume assez considérable.

Les cysto-sarcomes ne sont pas très rares; comme les tumeurs précédentes, les sarcomes ne peuvent être diagnostiqués. Leur marche, leur accroissement rapide devront éveiller l'attention. Ici encore le traitement sera seulement palliatif, car l'extirpation offre peu de chances de guérison radicale.

Mentionnons enfin des papillomes de l'ovaire qui tantôt compliquent les kystes, tantôt prennent naissance à la surface de l'organe. KIWISCH a signalé un enchondrome de l'ovaire.

§ 5. — Affections des trompes

1° ANOMALIES DES TROMPES

Bibliographie. — Thèse de Paris. — 1851, RICHARD.

L'absence ou l'état rudimentaire des trompes coïncide presque toujours avec une malformation semblable de l'utérus d'un seul ou des deux côtés. Dans d'autres circonstances on a signalé l'existence de pavillons multiples. La longueur anormale ainsi que les déviations ne sauraient nous retenir davantage; elles sont d'ordinaire la conséquence de tumeurs, de phlegmons, de hernies.

Les oblitérations et les rétrécissements plus intéressants sont congénitaux ou acquis; dans le premier cas il s'agit de malformations, dans le second d'inflammations de voisinage, de néoplasies propagées à ces organes. En général si les oblitérations siègent aux deux extrémités du conduit, elles déterminent une dilatation de la portion intermédiaire. Si l'orifice utérin est seul obturé, la communication péritonéale restant libre, la dilatation fait défaut. La rétention des produits sécrétés a pour conséquence la formation d'une tumeur bosselée, moniliforme, qui dépasse rarement le volume du poing; elle contient un liquide jaunâtre parfois hématique, riche en cholestérine, plus rarement purulent. Cette affection n'ayant pas d'autres symptômes appréciables que ceux de la pelvi-péritonite, on conçoit la difficulté du diagnostic; l'état stationnaire de la tumeur la distinguera des kystes ovariens. Quant au pronostic, il n'est pas très grave; cependant la stérilité est la règle lorsque les deux trompes sont oblitérées.

En raison des incertitudes du diagnostic, des dangers d'une thérapeutique active, l'intervention est contre-indiquée en pareil cas. Tout au plus pourrait-on, si la tumeur devenait plus volumineuse, tenter la ponction aspiratrice par la voie vaginale.

2° INFLAMMATION DE LA TROMPE OU SALPINGITE

Bibliographie. — LORAIN, *Gaz. des Hôp.*, 1873. — REMY, *Blennorragie de l'utérus*, in *Ann. de gyn.*, 1879. — MERMANN, *Centr. f. Gyn.*, 1881. Thèse de Paris. — 1879, VERMEIL.

Parmi les causes les plus communes de la salpingite, nous citerons les métrites et les pelvi-péritonites surtout d'origine puerpérale. L'introduction de principes septiques par la voie lymphatique contribue également à sa production. Mentionnons en outre la possibilité de la salpingite blennorragique ou tuberculeuse consécutive à la métrite de même nature (VERMEIL).

Anatomie pathologique. — Les conduits tubaires se dilatent, deviennent plus flexueux et vasculaires, l'ampoule se gonfle. DE SINÉTY a constaté que

l'épithélium de la muqueuse était remplacé par une couche de tissu embryonnaire; çà et là dans le tissu sous-jacent on retrouve les mêmes altérations entre les fibres musculaires et principalement autour des vaisseaux. Les lésions ont donc de grandes analogies avec celles de la métrite qui coexiste souvent; les deux conduits sont altérés en même temps.

Symptômes. — Les symptômes de l'affection se confondent avec ceux de la pelvi-péritonite et de la métrite; le pus peut se faire jour dans les cavités

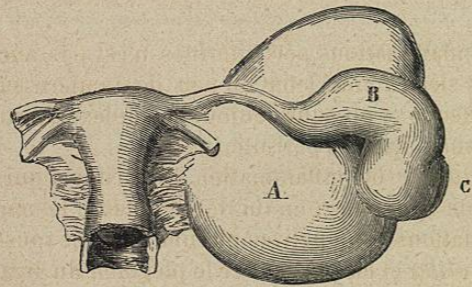


Fig. 169.

A, kyste tubo-ovarien, — A, kyste, — B, ampliation des deux tiers externes de la trompe, — C, point où l'ampliation tubaire se confond avec la poche ovarienne. (Extrait du *Bulletin de thérapeutique*, t. LII, p. 150.)

voisines, mais la pelvi-péritonite par propagation ou par rupture est de beaucoup l'accident le plus fréquent. Aussi cette éventualité, jointe à la stérilité, doit-elle faire considérer la salpingite comme une affection sérieuse. Le traitement ne diffère pas de celui de la métrite et de la pelvi-péritonite.

3° TUMEURS DES TROMPES

Nous nous bornerons à citer les myomes que l'on rencontre exceptionnellement. Les kystes sont en général petits, cependant SIMPSON, SCHROEDER en ont

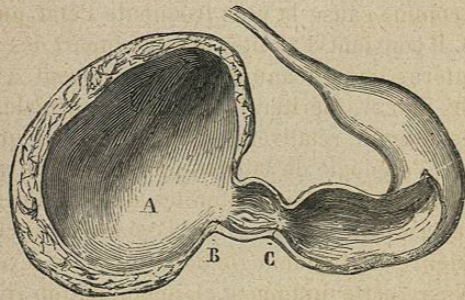


Fig. 170. — Même pièce montrant la communication du kyste de l'ovaire avec la trompe.

vu acquérir les dimensions d'une tête d'enfant. Ces tumeurs se développeraient aux dépens de l'hydride de Morgagni. Signalons encore le cancer, en général secondaire, les lésions tuberculeuses, affections extrêmement rares.

§ 6. — Affections des ligaments larges

1° INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES

Bibliographie. — NONAT, *Gaz. des Hôp.*, 1850. — BERNUTZ et GOUPIL, *Clin. méd. des mal. des femmes*, Paris, 1860. — GUENEAU DE MUSSY, *Clin. méd.*, t. II. Thèses de Paris. — 1878, D'ORTICOS, MARY. — 1880, BEQUIN.

L'histoire des inflammations péri-utérines n'est pas anciennement connue. Il a fallu de longs siècles pour jeter un peu de lumière sur les causes et les variétés de ces affections presque toujours complexes. Actuellement on admet deux groupes d'inflammations péri-utérines.

1° La pelvi-péritonite ou inflammation du péritoine qui tapisse les organes génito-urinaires de la femme; on lui donne encore le nom de *périmérite*.

2° Les inflammations conjonctives circum-utérines sous-péritonéales (*paramérite, pelvi-cellulite*) et en particulier le plegmon du ligament large.

Ces diverses lésions sont souvent associées, et, d'un autre côté, les recherches récentes de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, SIREDEY, MARTINEAU, MARY, ont démontré que le système lymphatique jouait un rôle important dans leur mécanisme de production.

A. — PELVI-PÉRITONITE. — PÉRIMÉRITE

Bibliographie. — M. DUNCAN, *A Practical Treatise on Perimetritis a. Parametritis*, Edimburg, 1869. — PETER, *Gaz. des Hôp.*, 1872, n° 10. — NEGGERATH, *De latente Gonorrhœ in Weiblichen Geschlecht*, Bonn, 1872.

On donne ce nom à l'inflammation circonscrite du péritoine qui tapisse le bassin et les organes génitaux internes de la femme. Elle est aiguë ou chronique.

Étiologie. — Cette maladie, spéciale à la période d'activité sexuelle de la femme, reconnaît comme cause la plus fréquente l'état puerpéral (accouchement, avortement). Il convient d'ajouter que la plupart des états pathologiques qui intéressent l'utérus ou ses annexes prédisposent à la périmérite; la métrite, suivant DE SINÉTY, mériterait une place spéciale. L'accord est loin d'être fait parmi les auteurs, relativement à l'importance qu'il faut attribuer à la blennorrhagie dans l'étiologie de la pelvi-péritonite. Suivant BERNUTZ, NEGGERATH, un grand nombre de pelvi-péritonites seraient liées à cette maladie, qui surviendrait de la même manière que l'épididymite chez l'homme. Bien que les organes n'aient pas d'homologie dans les deux sexes, on ne peut nier, comme ARAN et WEST, cette influence. L'inflammation du péritoine se conçoit aussi bien comme la conséquence d'une métrite ou d'une lymphangite.

Au nombre des états pathologiques qui prédisposent à la périmérite, citons les tumeurs, les déviations, les manœuvres chirurgicales exploratrices ou curatives, les irrégularités de la menstruation.