

Les *maladies générales*, telles que la tuberculose, le cancer; les affections cardiaques, pulmonaires, hépatiques, rénales, sont, suivant leur degré, une contre-indication définitive ou temporaire. Dans quelques cas, il suffit de surseoir et de traiter préalablement la maladie locale.

b. *Relativement à la tumeur*, son grand volume importe peu en soi; cependant, lorsque la surdistension est excessive, lorsqu'elle cause des troubles respiratoires ou circulatoires profonds, un œdème exagéré, il y a lieu, parfois, de pratiquer une ponction palliative et de remonter l'état général avant de procéder à l'extirpation du kyste (Terrier).

Les *adhérences* constituent plutôt une difficulté opératoire qu'une contre-indication; alors même qu'elles sont très étendues, anciennes, résistantes, enclavant la tumeur, il y a toujours lieu de faire une incision exploratrice et une extirpation partielle s'il est manifestement impossible de la faire totale. Les autres complications: *rupture, torsion du pédicule, suppuration, hémorragie* et même *péritonite*, loin de détourner de l'intervention, lui donnent, au contraire, un caractère d'urgence et les succès, dans de telles conditions, ne se comptent plus.

Quant à la *dégénérescence cancéreuse* de la tumeur, elle comporte plus de réserve et exige une appréciation judicieuse et de l'état local et du degré de résistance de la malade. La détermination à prendre dans tel ou tel cas est toujours un problème délicat à résoudre. Malgré des guérisons prolongées ou même définitives constatées par Cohn, Freund, Rünge, etc., la récurrence est ordinaire et peut affecter une marche galopante. Le traumatisme opératoire lui-même, quelque simple qu'il soit, peut être immédiatement grave chez de telles malades (Legueu), et, lorsqu'on a reconnu formellement des signes de dégénérescence, il vaut mieux s'abstenir. On n'aura recours à l'incision exploratrice que si l'on conserve quelques doutes sur la nature des noyaux métastatiques et si la cachexie n'est pas trop prononcée.

c. *Grossesse*. — Nous avons vu que les kystes *abdominaux* compliquant la grossesse sont une cause très fréquente d'avortement et de graves accidents obstétricaux; et que, d'autre part, la grossesse les expose à la rupture, à la torsion, à l'infection, etc. Si les *tumeurs pelviennes* ne sont pas toujours incompatibles avec la marche régulière d'une grossesse, nous savons aussi qu'elles peuvent, au moment de l'accouchement, causer des accidents formidables. L'expectation n'est donc justifiée dans aucun cas, et les indications d'un traitement actif doivent être envisagées aux deux périodes: pendant la grossesse et au moment de l'accouchement.

α. *Pendant la grossesse*, on a conseillé l'*avortement provoqué* ou l'*accouchement prématuré*; ces moyens, justifiés autrefois, ne le sont plus aujourd'hui. Il en est de même de la *ponction*, qui expose à la blessure de l'utérus, ne garantit pas d'une récurrence rapide et pourrait compliquer la laparotomie devenue plus tard nécessaire. Habit, Neuman et Rob l'ont cependant pratiquée avec succès. Reste l'*ova-*

*riomotomie* qui, préconisée dès 1877 par Spencer Wells, défendue ensuite par Thornton, Reuter, Terrillon, Fleischlen, etc., est généralement acceptée comme unique mode de traitement: sa mortalité ne dépasse pas, en effet, 4 p. 100, et c'est à peine si l'avortement en est la conséquence dans 20 p. 100 des cas (Olshausen). Heiberg a proposé l'*ovariotomie vaginale* dans les derniers mois de la grossesse.

β. *Pendant le travail*, c'est surtout à des tumeurs pelviennes qu'on a affaire et divers procédés ont été mis en œuvre pour lever l'obstacle.

Le *refoulement* du kyste au moyen de deux doigts introduits dans le vagin ou le rectum, en s'aidant au besoin de la position gènu-pectorale, réussit quelquefois à dégager le bassin et à laisser passer la tête. Cependant Jetter a relevé 3 morts sur 23 cas traités ainsi.

La *ponction vaginale* (Lomer), ou rectale (Barnes, Wiart), en diminuant l'obstacle, peut permettre de terminer l'accouchement par le forceps, s'il tarde encore à se faire spontanément.

L'*incision vaginale*, préconisée par Toporski (1), a été discutée, en 1888, à la Société gynécologique de Berlin et généralement condamnée.

Le *forceps* et la *version* ont donné des résultats déplorables: pour la version, 8 mères et 14 enfants morts sur 15; pour le forceps, 6 mères et 6 enfants sur 12 (Jetter).

Pozzi et Segond nous semblent avoir très judicieusement indiqué la conduite à suivre dans ces cas complexes où les tentatives de refoulement et la ponction ont échoué. « Je n'hésiterais pas, dit Pozzi, à faire la laparotomie pour reconnaître si l'ablation du kyste est possible. L'*ovariotomie* leverait alors l'obstacle et l'accouchement se ferait. Dans le cas contraire, l'opération césarienne ou l'opération de Porro ne me paraissent pas plus graves pour la mère que les violences aveugles et excessives exercées par les voies naturelles et l'on a en outre ainsi l'avantage de sauver l'enfant. » « *Si le fœtus a succombé*,... c'est à la craniotomie qu'il faut recourir... *Si l'enfant est vivant*, on doit alors discuter l'opportunité d'une laparotomie qui permettra, soit d'enlever la tumeur ovarienne qui obstrue le petit bassin, soit de faire l'opération césarienne. » (Paul Segond.)

*Ovariectomie abdominale* (2). — Importée d'Angleterre par Nélaton, en 1862, l'*ovariotomie* a été vulgarisée en France par Kœberlé (3) et Péan et, grâce à l'antisepsie comme aux perfectionnements qu'elle a subis, elle est devenue une des opérations les plus bénignes de la chirurgie abdominale.

Dans les cas les plus simples, son exécution comporte les temps suivants:

(1) TOPORSKI, Inaug. Dissert., Breslau, 1884.

(2) Voy. pour l'histoire: POZZI, Traité de gynécologie, 3<sup>e</sup> édition.

(3) Voy. KœBERLÉ, Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie, art. OVAIRES, OVARIOTOMIE, t. XXV.

1° INCISION DE LA PAROI ABDOMINALE. — Elle se fait comme dans toute laparotomie, après avoir vidé la vessie. Sa longueur doit être proportionnée au volume de la tumeur, et il ne faut pas craindre, en cas d'adhérences, de la prolonger par en haut pour faciliter les temps

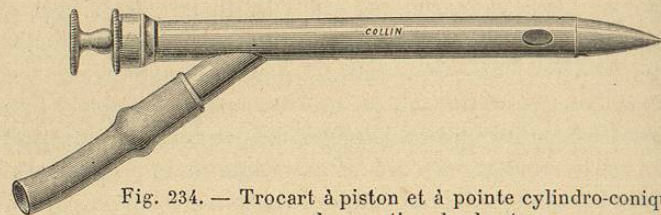


Fig. 234. — Trocart à piston et à pointe cylindro-conique pour la ponction des kystes.

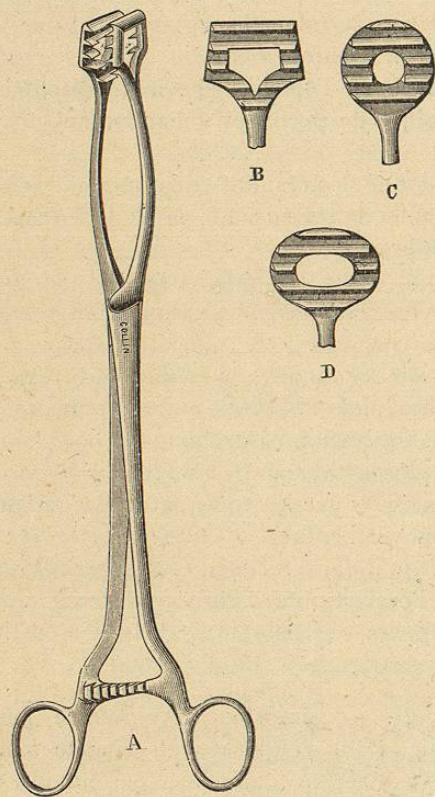


Fig. 235. — Pinces à kyste (Péan). — A, pinces à plateau denté, fenêtré et carré; BCD, pinces à plateau cannelé, fenêtré et de formes diverses : B, carrée; C, ronde; D, ovale.

et ses loges multiples, il est plus expéditif d'ouvrir au bistouri la paroi principale et les cavités secondaires.

suivants : la rétraction ultérieure de la paroi et les perfectionnements apportés à la suture le permettent et l'opération est d'autant plus bénigne qu'elle est plus rapide.

2° PONCTION DU KYSTE. — Si la tumeur est de petit volume, libre ou facilement libérable et pédiculée, on peut se dispenser de la ponctionner et l'amener intacte hors des lèvres de l'incision. Dans le cas contraire, on la ponctionne avec un gros trocart muni d'un tube de caoutchouc (fig. 234), après avoir protégé l'ouverture abdominale au moyen de compresses. Dès que la paroi s'affaisse et se plisse, on la saisit, de chaque côté de l'orifice de ponction, avec une pince à kyste (fig. 235), puis, au moment où l'on retire la canule, on ferme l'ouverture avec une pince à larges mors plats.

On évite ainsi toute effusion de liquide dans la séreuse. Si le kyste est très volumineux, son contenu colloïde

3° ABLATION DE LA TUMEUR. — Les parois de la poche sont peu à peu attirées au dehors à l'aide des pinces et des doigts qui détachent, au fur et à mesure, les adhérences qui se présentent. En même temps, un aide comprime de part et d'autre les parois abdominales et s'oppose à l'issue de l'intestin. Lorsque la poche est tout entière extériorisée, on place une pince à longs mors sur le pédicule et on en fait l'excision.

4° HÉMOSTASE DU PÉDICULE. — L'ancien clamp-cautère de Baker Brown pourrait être remplacé par des angiotribes de divers modèles (Doyen, Tuffier); mais la plupart des opérateurs emploient toujours la ligature, et le catgut tend de plus en plus à se substituer à la soie. Si le pédicule est mince, un fil double entre-croisé suffit; s'il est très large, il faut employer la ligature en chaîne ou, mieux, faire la ligature isolée des vaisseaux, puis la suture en surjet des deux feuillets séreux du pédicule.

5° EXPLORATION DE L'AUTRE OVAIRE ET TOILETTE DU PÉRITOINE. — L'autre ovaire ne doit être enlevé que s'il est kystique ou manifestement altéré; encore importe-t-il, surtout chez des femmes jeunes, de sauvegarder ce qu'il est possible de son tissu. Nous avons apprécié ailleurs l'opportunité des opérations conservatrices en ce qui concerne cet organe et le champ de leurs indications s'étend chaque jour.

La toilette du péritoine doit être faite à sec et il ne faut pas trop redouter l'effusion, au cours de l'opération, de quelques gouttes d'un liquide qui est le plus souvent aseptique. On a généralement renoncé au drainage.

6° SUTURE DE LA PAROI EN TROIS ÉTAGES.

Mais on a souvent affaire à des cas plus complexes, dans lesquels les adhérences sont une source de grandes difficultés, sinon d'impossibilité. Récentes, elles se laissent assez facilement rompre ou détacher; anciennes, elles obligent à beaucoup de prudence et de douceur, surtout lorsqu'elles tiennent à la vessie ou à l'intestin. Si l'on ne peut les détacher, on se bornera à les réséquer tout autour de leur point d'implantation et on abandonnera le lambeau adhérent au viscère. Si, malgré les précautions prises, une déchirure se produit sur la vessie ou l'intestin, on en fera immédiatement la suture. Les longues adhérences épiploïques seront réséquées entre deux ligatures. Si les surfaces cruentées saignent en jet, on pince et on lie le vaisseau qui donne; si l'hémorragie se fait en nappe, la compression momentanée au moyen d'une compresse ou la chaleur radiante du thermocautère suffisent généralement à l'arrêter.

Enfin, il peut arriver que les adhérences soient d'une étendue et d'une résistance telles que l'extirpation totale du kyste est radicalement impossible. En pareil cas, on est bien obligé de se contenter d'une opération incomplète, mais celle-ci donne d'assez bons résultats

pour qu'on ait le devoir d'en faire bénéficier les malades. On fait alors la *marsupialisation* de la poche; on libère et on résèque la plus grande étendue possible des parois, puis on en suture les bords, séreuse à séreuse, à l'angle inférieur de l'incision abdominale, en les plissant si leurs trop grandes dimensions l'exigent.

La partie supérieure de la plaie abdominale est suturée comme d'habitude et on laisse béante l'entrée de la poche qu'on bourre ensuite de gaze iodoformée. Freund et Terrier ont, en outre, conseillé de jeter des ligatures sur les pédicules du kyste, afin d'en favoriser l'*atrophie*. La partie abandonnée de la poche peut, en se rétractant, déterminer un relâchement des adhérences tel qu'on a pu l'enlever complètement par une opération secondaire (Condamin). Sans doute, les suites opératoires de l'extirpation incomplète sont longues et, dans quelques cas malheureux, ont pu aboutir à la septicémie chronique; mais, avec une antiseptie attentive, on obtient généralement une guérison progressive et complète.

Lorsque le kyste est inclus dans le ligament large, il doit être traité comme les *kystes parovariques* et nous verrons de quelle manière on peut arriver à en pratiquer l'énucléation.

**Pronostic de l'opération.** — Les accidents observés à la suite de l'opération, accidents d'ailleurs de plus en plus rares, sont les mêmes qu'après n'importe quelle laparotomie. L'*occlusion intestinale* cependant semble plus fréquente après l'ovariotomie qu'après toute autre opération abdominale. Imputable ordinairement à des adhérences néoformées, elle peut résulter aussi d'une coudure de l'angle colique gauche, ainsi que Adenot (1) et Legueu (2) en ont observé des exemples probants. — La gravité absolue de l'opération est difficile à évaluer en raison de l'extrême dissemblance des cas; on peut admettre toutefois que la mortalité, en bloc, n'excède pas 4 p. 100. Quant aux suites éloignées, elles dépendent surtout de l'état du second ovaire. Si celui-ci est sain, s'il a pu être conservé au moins en partie, la menstruation continue plus ou moins régulière et la fécondation est possible. Dans l'hypothèse contraire, surtout si la femme est jeune et prédisposée, elle peut présenter à un degré exagéré, et poussés jusqu'aux troubles psychiques, tous les phénomènes de la ménopause anticipée et de la cachexie oophoriprive.

Des récidives, plus faciles lorsqu'il s'agit de kystes papillaires, peuvent se produire soit sur le pédicule, soit sur le péritoine voisin, soit même à distance. Elles apparaissent avec les mêmes caractères de cysto-épithéliome ou, beaucoup plus souvent, sous forme de cancer. D'après Poupinel, elles affectent l'un ou l'autre des types suivants: épithélial, sarcomateux ou mixte. Rien d'ailleurs ne permet de prévoir ces formations secondaires.

(1) ADENOT, *Gaz. hebdomadaire*, 1895.

(2) LEGUEU, *Gaz. des hôp.*, 23 nov. 1895.

**Ovariectomie vaginale.** — C'est pour un kyste dermoïde suppuré qu'Atlee fit sa première ovariectomie vaginale en 1856, et l'opération a toujours joui d'une grande faveur en Amérique. Nous avons vu, à propos du *traitement des salpingo-ovarites*, que, si la cœliotomie vaginale a été longtemps négligée en France, elle entre depuis quelques années dans une brillante période de renaissance. Les rapporteurs du Congrès de Genève lui ont fait, à côté de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale, une place honorable dans le traitement de la plupart des affections pelviennes, et il est très légitime d'y recourir en cas de kystes de petit volume, accessibles par le vagin ou suffisamment abaissables, surtout en cas de poche unique. Cette voie permet aussi de marsupialiser et de drainer, avec moins d'inconvénients peut-être que par la paroi abdominale, les poches trop adhérentes pour être extirpées en totalité. Citons enfin, non pour la recommander, l'*ovariectomie rectale* qui a été pratiquée en cas de prolapsus rectal (H. Peters).

#### B. — TUMEURS VÉGÉTANTES DE L'OVAIRE.

Au point de vue de l'histogénèse et de la structure microscopique, ces tumeurs ne peuvent être considérées comme formant une entité pathologique distincte; elles dérivent du kyste mucoïde et ne représentent, en somme, qu'une exagération, primitive ou secondaire, de la tendance aux formations papillaires que nous avons étudiée à propos de ces kystes. Mais cette disposition, qui en fait des tumeurs *solides*, leur donne un aspect macroscopique et leur imprime une évolution clinique tellement spéciale qu'elles méritent une mention à part. Leurs caractères particuliers ont été signalés surtout par Olshausen (1877), Pfannenstiel (1873 et 1895) (1), Péan (2), J.-W. Williams (3), Duret (4), Cazenave (5), etc.

**Pathogénie et anatomie pathologique.** — Nous avons vu qu'il y a des *kystes végétants* et que les végétations peuvent, à un moment donné, envahir toute la poche, la faire éclater et se répandre en dehors d'elle. C'est la transformation d'un kyste en tumeur végétante. Ce processus peut aussi envahir *primitivement* l'ovaire avec une telle activité que le kyste n'a pas le temps de se développer, qu'il se borne à des invaginations glandulaires microscopiques et que *la tumeur est végétante et solide d'emblée*. Le processus initial est d'ailleurs le même dans tous les cas: il consiste en une prolifération et une invagination de l'épithélium qui se ramifie à l'infini en surface et en profondeur, s'accompagne, pour chaque végétation, d'une formation conjonctive

(1) PFANNENSTIEL, *Archiv für Gynæk.*, 1895, p. 507.

(2) PÉAN, *Sem. méd.*, 2 juin 1887.

(3) WILLIAMS, *John Hopkins Reports*, 1892, vol. III.

(4) DURET, *Congrès de Bruxelles*, 1892.

(5) CAZENAVE, thèse de Paris, 1895.