

sont accompagnées de manœuvres diverses qui constituent un commencement d'opération quelquefois très compliquée et qui aggravent singulièrement le pronostic. « Dans ces conditions, dit-il, on devra éviter autant que possible ces incisions et, toutes les fois qu'on ouvrira le ventre, ce ne devra être qu'avec l'intention de faire tous ses efforts pour achever l'opération commencée. » A ce premier précepte, j'ajouterai celui-ci : Lorsque l'opération n'est pas réalisable, *il faut avoir assez d'expérience pour le reconnaître rapidement* et pour refermer aussitôt la plaie abdominale, sans compliquer par des manipulations intra-abdominales plus ou moins offensives et toujours périlleuses. Dans ces conditions, l'incision exploratrice est une méthode d'exploration des plus recommandables, car elle est susceptible de conduire à l'ablation de tumeurs que l'on pourrait croire inopérables, en se référant uniquement aux résultats de l'examen clinique et de la ponction exploratrice.

Traitement. — Un traitement médical bien dirigé a sans doute une influence sur l'état général des femmes atteintes de kystes ovariens. Relever leurs forces, régulariser leurs fonctions digestives, sont, par exemple, des indications formelles à remplir. Mais c'est à la malade et nullement au néoplasme que peut s'adresser la médication interne. En un mot, la thérapeutique médicale des tumeurs ovariennes n'existe pas ou mieux n'existe plus, et lorsqu'on a reconnu l'existence d'une tumeur ovarienne quelconque, l'intervention chirurgicale est le seul mode de traitement dont il faille aujourd'hui discuter les indications.

Les moyens dont le chirurgien dispose pour guérir les kystes de l'ovaire sont : l'ablation complète (*ovariotomie*) ou incomplète, la *ponction* et le *drainage*. L'*électrolyse* a été elle aussi conseillée. Mundé (de New-York) et Semeleder (de Mexico) en ont soigneusement étudié les effets; mais il est aujourd'hui reconnu que cette méthode dont on fait un tel abus en gynécologie est à la fois inutile et dangereuse. L'*ablation incomplète* et le *drainage* ne sont que des expédients auxquels on est obligé de recourir lorsque les connexions de la tumeur ovarienne s'opposent à son ablation. Il en sera donc ultérieurement question et les deux seuls modes de traitement qu'il faille envisager tout d'abord sont, en définitive, la *ponction* et l'*ovariotomie*. La ponction est dite exploratrice, palliative ou curative. Exploratrice, elle a été jugée à propos du diagnostic; palliative, elle constitue pour les kystes inopérables la seule ressource dont nous disposions pour prolonger un peu la vie des malades en atténuant leurs souffrances. Quant à la ponction dite curative, voici comment on doit la juger.

La *ponction* dite curative est simple ou suivie d'injection iodée. La ponction suivie d'injection iodée a donné sans doute d'assez bons résultats dans les kystes unis ou pauciloculaires, et l'on sait avec quelle ardeur Boinet défendait cette pratique qu'il avait, disait-il, mise en œuvre « plus de mille fois sans accident ». Les observations ultérieures n'ont pas confirmé l'enthousiasme de Boinet et Gautrez⁽¹⁾, résumant l'opinion des chirurgiens les plus dignes de foi, a pu écrire que les ponctions « sont moins sûres et tout aussi dangereuses que l'ovariotomie ». C'est moins sûres et plus dangereuses qu'il faudrait certainement dire. Quant à la ponction simple, elle compte à la vérité des succès, surtout dans le traitement des kystes para-ovariens dont le contenu est clair comme de l'eau de roche, transparent, non albumineux et constitué de telle sorte qu'il ne

(1) GAUTREZ, Thèse de Paris, 1885.

pas de résidu supérieur à 18 grammes par kilogramme » (Méhu). Mais la fréquence des récidives après ponctions est telle et les conditions de l'intervention par laparotomie sont aujourd'hui si parfaites, qu'on doit considérer la ponction comme un traitement d'exception et la réserver exclusivement aux cas dans lesquels il existe une contre-indication réelle à la laparotomie.

Le manuel opératoire de la ponction est classique. Exceptionnellement, lorsque le kyste enclavé dans le petit bassin fait une forte saillie dans le vagin, il peut être indiqué de le ponctionner par cette voie; Scanzoni et Kiwisch l'ont surtout conseillé. La ponction par le rectum, proposée par quelques chirurgiens, doit être proscrite; elle expose à des accidents septiques et nombre de fois elle a causé la mort⁽²⁾. Dans tous les cas ou à peu près, il faut ponctionner par la paroi abdominale, soit au niveau du lieu d'élection classique de la paracentèse, soit au niveau de la ligne blanche. Les précautions d'usage étant prises pour éviter de blesser soit un vaisseau de la paroi abdominale, soit une anse intestinale interposée entre la paroi abdominale et le kyste, soit la vessie distendue, on ponctionne la tumeur à l'aide d'un trocart de 5 millimètres de diamètre en s'entourant de précautions aseptiques et antiseptiques aussi minutieuses que pour une opération de longue haleine. Malgré les critiques de Spencer Wells, les appareils aspirateurs sont ici les plus simples. Cependant on peut faire aussi usage d'un trocart relié à un tube de caoutchouc dont l'extrémité libre va plonger sous l'eau d'un bassin placé à bon niveau. Pour éviter que le kyste, en s'affaissant, n'abandonne la canule du trocart et pour s'opposer à l'effusion du liquide dans la cavité péritonéale, il convient d'enfoncer profondément le trocart et d'établir, après l'évacuation du kyste, une compression méthodique de l'abdomen, à l'aide d'une épaisse couche d'ouate et d'une large ceinture de flanelle qu'on passe sous les reins de la malade *avant de procéder à la ponction*. Cette précaution conseillée par Terrier permet d'établir la compression sans remuer la malade, sans lui faire soulever le siège et sans augmenter, par conséquent, les chances de pénétration du liquide pathologique dans l'intérieur de la cavité abdominale. La petite plaie résultant de la ponction doit être soigneusement fermée avec du collodion iodoformé auquel on incorpore pendant sa dessiccation quelques nuages d'ouate.

En dehors des rares conditions plus haut spécifiées, l'ablation des kystes est le seul moyen de guérir les malades. C'est là maintenant vérité banale et l'accord est unanime pour reconnaître que l'ovariotomie figure au nombre des opérations les plus sûres de la pratique. Sans même invoquer les statistiques étonnantes de quelques chirurgiens, de Thornton par exemple⁽³⁾, qui accuse une mortalité de 7 pour 100, ou de Lawson Tait qui a publié un relevé de 157 ovariotomies sans une seule mort, on peut dire, d'après les résultats obtenus par la majorité des chirurgiens⁽⁴⁾, que la mortalité après ovariotomie est en réalité très faible, qu'elle peut être évaluée à 10 ou 15 pour 100 et que, dans ces conditions, l'ovariotomie réunit toutes les conditions de sécurité et d'efficacité requises par les opérations courantes. Toutefois, et sans accepter en aucune manière cette opinion parfois émise que l'ovariotomie doit être le monopole exclusif de quelques spécialistes, il faut savoir que, pour mener à bien cette opération, le chirurgien doit réunir au plus haut chef les qualités de l'opérateur habile et du

(1) LEBLOND, *Traité de chir. gynécol.* Paris, 1875.

(2) THORNTON, *Semaine médicale*, 5 nov. 1886, p. 448.

(3) Voy. pour les statistiques les plus récentes, S. Pozzi, *Loc. cit.*, 3^e édit., p. 865.

clinicien judicieux. Si je prends le soin d'insister sur ce point, c'est que, depuis les conquêtes de l'antisepsie chirurgicale, cette légende se ferait volontiers qu'il suffit, pour entreprendre les opérations les plus graves, d'être un observateur rigoureux de l'antisepsie. Rien n'est plus faux. Comme le dit fort bien Lawson Tait, « le spray ne remplace pas le manque de dextérité opératoire, ni l'absence de présence d'esprit dans les circonstances difficiles », et ce serait étrangement s'abuser que de voir dans l'antisepsie le moyen « de placer l'homme habile et compétent sur le même plan que l'homme inexpérimenté et incompetent ». Cette déclaration faite, j'étudierai successivement les indications de l'ovariotomie, ses contre-indications, son manuel opératoire et ses soins consécutifs, la conduite à suivre lorsqu'il faut se résigner à une opération incomplète et les résultats éloignés de l'opération.

En 1879, Duplay⁽¹⁾ résumait très bien l'opinion classique à cette époque, lorsqu'il écrivait : « Je repousse formellement l'opération précoce et je considère que l'ovariotomie est seulement indiquée lorsque le kyste est devenu, par son volume, un motif de gêne excessive pour les malades ou, par les accidents locaux et généraux qu'il détermine, une cause imminente de dangers pour la vie. » Mais, depuis lors, les succès croissants de l'ovariotomie ont singulièrement modifié cette manière de voir, et les avantages incontestables de l'opération hâtive ne sont plus discutés. Au début de l'évolution des kystes ovariens, Terrier le dit expressément, « la malade n'est pas épuisée, le kyste n'a pas déterminé d'accidents sérieux, et s'il s'est produit des adhérences, celles-ci sont molles, faciles à déchirer, d'où une opération moins pénible, moins longue, ce qui entre pour beaucoup dans les éléments du succès »⁽²⁾. Aussi peut-on répéter très nettement avec Lawson Tait que *toute tumeur de l'ovaire doit être enlevée dès qu'elle est reconnue*. Est-ce à dire qu'il faille de parti pris entreprendre l'extirpation de toutes les tumeurs de l'ovaire quelles qu'elles soient et quel que soit l'état des malades? Nullement. Les contre-indications de l'opération sont, à la vérité, beaucoup moins nombreuses qu'autrefois, mais elles se rencontrent et doivent être connues.

Tout d'abord, il est à bon droit admis que « les maladies générales ou locales indépendantes de la présence du kyste et capables d'entraîner par leur évolution ultérieure la mort des malades » constituent, comme l'a dit Duplay, un premier groupe de contre-indications formelles. La tuberculose, le cancer, les affections du cœur, du foie et des reins occupent ici la première place et doivent être sérieusement recherchés lorsqu'il s'agit de juger l'opportunité d'une ovariotomie. Mais s'il est certains cas dans lesquels la coexistence d'une affection viscérale ou générale, grave et mortelle, ne laisse aucun doute sur la réalité d'une contre-indication, il en est d'autres où la conduite à suivre, beaucoup plus délicate, varie avec le cas particulier, et dès lors elle devient surtout une question de tact et d'expérience chirurgicale. Des considérations analogues s'appliquent aux contre-indications créées par la nature de la tumeur ovarienne et par les complications dont elle peut être le siège ou le point de départ.

Les adhérences multiples, anciennes et solides, lorsqu'elles sont nettement diagnostiquées (ce qui n'est pas toujours fort aisé), contre-indiquent l'ovariotomie. Il faut toutefois observer que depuis l'extension de la laparotomie explo-

⁽¹⁾ DUPLAY, *Des indications et contre-indications de l'ovariotomie*. Ann. de gyn., 1879, t. XI, p. 208.

⁽²⁾ TERRIER, *Revue de chir.*, 1884.

ratrice, les adhérences sont bien plus souvent un obstacle à l'achèvement de l'opération qu'à sa mise en œuvre, et s'il est vrai de dire que les adhérences sont une contre-indication de l'ovariotomie complète, il importe d'ajouter qu'elles permettent l'ovariotomie incomplète et que, dans ces conditions nouvelles, elles ne sont plus comme autrefois un obstacle à l'intervention chirurgicale et partant à la cure des malades. Ces réflexions s'appliquent surtout aux adhérences pelviennes et à l'enclavement. Parmi les autres complications locales des kystes ovariens, il en est un certain nombre, telles que la rupture du kyste, la torsion de son pédicule, la suppuration de son contenu, qui, bien loin de s'opposer à l'ovariotomie, la commandent dans le plus bref délai, et les faits récents démontrent que, même dans ces circonstances défavorables, les succès de l'intervention deviennent tous les jours plus nombreux. La péritonite elle-même n'est plus une contre-indication, et bien qu'elle soit une circonstance encore plus défavorable que la suppuration ou la dégénérescence putride du kyste⁽¹⁾, nombre d'observations témoignent à l'heure actuelle que Lawson Tait est dans le vrai, lorsqu'il envisage l'inflammation du péritoine comme une indication formelle de la laparotomie.

En dehors de ces cas où les complications sont des indications nettes d'intervention immédiate, il en est d'autres où les désordres locaux occasionnés par le kyste, sans contre-indiquer absolument l'opération, commandent néanmoins de surseoir à son exécution. Ainsi, lorsque le volume excessif de la tumeur entrave la respiration, gêne la circulation en retour, provoque de l'œdème des membres inférieurs ou tout autre accident de même nature, lorsque la surdistension kystique engendre de vives douleurs, il peut être utile de procéder d'abord à une ponction palliative et, grâce à la rémission des accidents, grâce au traitement général d'ailleurs institué pour relever les forces de la malade, on se placera dans les meilleures conditions pour procéder ultérieurement à l'ablation des parties malades. Terrier insiste avec raison sur les faits de cet ordre. Il est enfin des malades chez lesquelles l'évolution du néoplasme, sa malignité ou le caractère de ses complications ont à ce point retenti sur leur état général que leur épuisement rend impossible toute intervention sanglante. L'âge n'est pas une contre-indication et l'on sait que Spencer Wells⁽²⁾, Terrier⁽³⁾, Owen⁽⁴⁾, Homans⁽⁵⁾ ont opéré avec succès des femmes de soixante-dix à quatre-vingts ans. Mais parmi les états physiologiques concomitants susceptibles de modifier les indications habituelles de l'ovariotomie, il en est un qui mérite une étude spéciale : je veux parler de la grossesse.

Lorsque les tumeurs ovariennes coexistent avec une grossesse, la situation est périlleuse pour la femme et la conduite à tenir très délicate pour le chirurgien. Sous le prétexte que la grossesse compliquée de kystes ovariens peut, dans certain cas, évoluer normalement, on a beaucoup dit autrefois qu'il fallait attendre, et réserver l'intervention pour les cas de force majeure. Mais, grâce aux progrès de la chirurgie abdominale, on reconnaît maintenant que la prudence expectative est des plus périlleuses et, suivant la très juste remarque de

⁽¹⁾ HEGAR et KALTENBACH, *Traité de gyn. opérat.*, trad. de la 2^e édit., par P. Bar. Paris, 1885.

⁽²⁾ SPENCER WELLS, *Ovariectomy successful in a girl eight years old*. Brit. med. Journal, 1874, t. I, p. 452.

⁽³⁾ TERRIER, *Progrès médical*, 1888, n^o 24, p. 466.

⁽⁴⁾ E.-M. OWEN, *Brit. gyn. Journal*. Londres, 1888, t. IV, p. 58.

⁽⁵⁾ V. HOMANS, *Med. Rec.*, 5 mars 1888, t. XXXIII, p. 496.

F. Barnes⁽¹⁾, « ne rien faire parce qu'on a vu parfois la grossesse et l'accouchement se terminer sans accident, c'est simplement se fier au hasard, et cette passivité risque fort d'amener des regrets inutiles ». Recherchons donc quelle est la règle de conduite qui tend à prévaloir dans les cas de ce genre. Il importe ici d'envisager séparément, d'une part les gros kystes ovariens situés dans la cavité abdominale et, d'autre part, les tumeurs qui, plus petites et situées habituellement dans le cul-de-sac de Douglas, obstruent le petit bassin. Comme le fait observer S. Remy⁽²⁾ : aux kystes intra-pelviens correspondent les troubles et les accidents de travail, tandis que les kystes abdominaux provoquent avant tout des accidents pendant la grossesse. Les mêmes différences se retrouvent évidemment dans les indications de l'intervention.

Pendant la gestation, les petites tumeurs ovariennes qui siègent dans le cul-de-sac de Douglas réclament toujours l'intervention chirurgicale. Voici quelle est en général la conduite aujourd'hui conseillée lorsqu'on a, pendant la grossesse, reconnu l'existence d'une tumeur ovarienne obstruant l'aire pelvienne. Il faut essayer de *refouler* la tumeur à l'aide d'un ou de deux doigts introduits dans le vagin ou mieux encore dans le rectum. Il ne faut recourir à cette manœuvre qu'à partir du quatrième ou cinquième mois, car avant cette époque, c'est bien souvent l'utérus lui-même qui, par son développement, se charge de dégager la tumeur. En cas d'insuccès, S. Remy avance qu'une *ponction* peut être faite « dans le but de se renseigner sur la nature de l'obstacle ». Cette pratique peut avoir son avantage au moment du travail; mais pendant la grossesse elle semble inutile, voire même dangereuse, en raison des phénomènes suppuratifs qu'elle peut entraîner malgré les précautions antiseptiques observées. L'*accouchement prématuré* a donné, paraît-il, quelques succès; mais il est évident que ses indications doivent être bien rares. En revanche, l'*avortement* provoqué est une ressource précieuse qui a fait ses preuves et dont Treille a bien montré tous les avantages⁽³⁾. En 1881, Heiberg s'est prononcé en faveur de l'ovariotomie vaginale pratiquée dans les derniers mois de la gravidité, et cette opinion mérite sérieux contrôle. Si les indications de l'ovariotomie restent discutables dans les cas de petites tumeurs ovariennes enclavées derrière l'utérus, elles deviennent tous les jours plus nettes pour les tumeurs kystiques plus volumineuses qui sont à la fois abdominales et pelviennes.

Pendant le travail, lorsqu'une tumeur ovarienne intra-pelvienne met obstacle au passage du fœtus, les indications sont pressantes. Avant tout, il faut essayer de lever l'obstacle par le *refoulement* en se rappelant que cette manœuvre est souvent difficile et laborieuse. Si la pression des doigts ne suffit pas, il faut, la femme étant en situation genu-pectorale, introduire toute la main dans le vagin ou le rectum et repousser avec force la tumeur dans la direction du détroit supérieur. Tout en agissant avec énergie et en recourant au besoin à l'anesthésie, on se rappellera qu'une poussée trop forte peut faire éclater la tumeur et entraîner la mort. En cas d'échec, il faut sans tarder ponctionner la tumeur soit au travers de la paroi abdominale, ce qui est le procédé de choix, soit au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur, s'il est impossible d'atteindre la

(1) BARNES, *Loc. cit.*

(2) S. REMY, *De la grossesse compliquée de kyste ovarique*. Thèse d'agrég. Paris, 1886.

(3) TREILLE, *Les tumeurs de l'ovaire dans leurs rapports avec l'obstétrique*. Thèse de Paris, 1875.

tumeur par la paroi abdominale. La tumeur une fois affaissée, l'accouchement peut se terminer naturellement, mais il se peut aussi qu'une application de forceps ou la version soient nécessaires; on se souviendra que ces deux modes d'intervention empruntent une gravité particulière aux dangers qui résultent des froissements infligés à la tumeur. « Les faits, disent R. et F. Barnes, prouvent l'extrême danger que court la femme lorsqu'on fait passer de force un fœtus à côté d'une tumeur. » Aussi, lorsque forceps ou version menacent d'être trop laborieux, l'ovariotomie devient la solution la plus sûre. A côté de la *ponction*, il faut citer l'*incision* du kyste au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur. Cette méthode a donné quelques succès, mais elle peut avoir, on le conçoit, les conséquences les plus graves, et c'est, en somme, un expédient auquel il faut recourir le moins possible.

Lorsque l'affaissement de la tumeur après ponction n'est pas suffisant pour permettre de terminer l'accouchement, il ne reste plus que trois moyens : la craniotomie, l'ablation de la tumeur ou l'opération césarienne, et le choix ne laisse pas que d'être embarrassant. Voici néanmoins quelques indications sur les règles générales qui doivent guider le chirurgien dans ces difficiles circonstances. *Si le fœtus a succombé*, et le fait est fréquent grâce aux lenteurs du travail, c'est à la craniotomie ou à la basiotripsie 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. On peut d'autant mieux songer à cette dernière intervention que, dans les cas dont nous parlons, les chances de salut sont, quoi qu'on fasse, bien minimes pour la mère, et, pour ma part, je partage à cet égard l'avis exprimé par Pozzi : « Je n'hésiterais pas, dit-il, à faire la laparotomie pour reconnaître si l'ablation du kyste est possible. L'ovariotomie lèverait 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⁽⁴⁾. »

Ceci dit sur la conduite à tenir en cas de tumeur ovarienne obstruant le petit bassin, il me reste à donner les règles de l'intervention lorsque la tumeur plus ou moins volumineuse occupe la cavité abdominale. S. Remy, qui a fait une étude très complète de la question, conclut de la manière suivante : « Quand la tumeur ne s'accroît pas ou très peu, qu'elle ne détermine que des malaises insignifiants il faut attendre et surveiller ». — « Quand la tumeur, en augmentant de volume, déterminera des malaises plus sérieux..., des menaces d'avortement, on fera la ponction avec toutes les précautions nécessaires. » — « Si la ponction ne réussit pas ou si le liquide se reproduit très rapidement dans les cinq premiers mois, on fera l'ovariotomie. On pratiquera aussi cette opération dans la seconde moitié de la gestation si l'on ne peut espérer pouvoir atteindre sans danger sérieux la fin de la puerpéralité ». — « Si les malaises importants ne surviennent qu'à la fin de la grossesse et que la ponction ne produise pas le soulagement désirable, on pratiquera l'accouchement prématuré artificiel dans les dernières semaines à moins d'indication urgente d'ovariotomie. » — « Un accident comme une péritonite, une suppuration du kyste survenant après la

(4) S. POZZI, *Loc. cit.*, 3^e édit., p. 871.