

Mais d'une façon générale nous conseillons, surtout à ceux qui n'ont pas une grande habitude de ces opérations, d'accorder la préférence à la méthode que VOLKMANN a introduite dans la pratique chirurgicale. Ce chirurgien fait, avec les précautions antiseptiques, une incision allant jusqu'à la surface du foie, et bourre la plaie avec un tampon de gaze phéniquée. Il attend alors que, sous le pansement de Lister, des adhérences se soient produites entre la surface du foie et le voisinage de la plaie abdominale, pour pratiquer l'incision du kyste avec les précautions antiseptiques. Il faut bien se garder d'inciser de trop bonne heure, car des adhérences solides n'existent guère avant le cinquième ou sixième jour.

Les vomissements empêchent volontiers la formation d'adhérences ou détruisent celles qui se sont déjà produites, ainsi que je l'ai observé dans un cas. Aussi, afin d'éviter les vomissements, ai-je renoncé dans ces derniers temps à me servir du chloroforme pour cette opération qui, du reste, est peu douloureuse. Il est vrai que la rupture accidentelle des adhérences n'est d'aucune gravité. Le mieux dans ces cas est d'inciser à nouveau les parois abdominales.

L'élimination complète des vésicules, lorsqu'on s'est servi de la méthode antiseptique, ne s'opère le plus souvent qu'au bout de quelques jours après l'incision du kyste. Aussi fait-on bien, à chaque pansement, de laver la cavité avec des liquides désinfectants. D'ailleurs, d'une manière générale, les irrigations désinfectantes sont nécessaires, car il se produit assez souvent un léger degré de décomposition putride par suite des conditions défavorables d'écoulement du contenu du kyste. Pour enlever les vésicules le moyen le plus sûr consiste à introduire dans la cavité kystique une longue pince à pansements ou à polypes; on reviendra souvent à l'emploi de ces instruments dans les cas où le contenu du kyste tend à devenir putride, car la décomposition s'arrête dès que le parasite a été éliminé.

Cette opération est applicable également aux kystes à échinocoques d'autres organes (rate, reins etc.), ainsi qu'aux autres kystes, lorsqu'il s'agit d'obtenir la soudure de ces derniers à la paroi abdominale. On peut provoquer encore plus sûrement des adhérences en suturant la paroi du kyste avec la paroi abdominale, ainsi que je l'ai fait maintes fois, et même dans un cas où le kyste était situé dans la région rétropéritonéale.

HARLEY a rassemblé les cas publiés d'échinoques du foie en prenant tout spécialement en considération leur traitement, et il est arrivé à des conclusions intéressantes. D'après sa statistique la sûreté d'action tant vantée du traitement par les caustiques, ne se trouve pas vérifiée, puisque sur vingt-trois cas où il a été employé, six fois seulement on est parvenu à ouvrir ainsi le kyste. Les recherches de HARLEY ont démontré également que la ponction simple est un moyen très incertain et, en outre, dangereux. Sur 77 ponctions, il y a eu 30 succès et 10 morts.

Tumeurs de l'ovaire.

Bien que nous rangions ces tumeurs parmi les kystes, nous étudierons en même temps les tumeurs solides de cet organe. Cette manière de faire se trouve justifiée par la fréquence des kystes de l'ovaire et des tumeurs kystiques mixtes de cet organe, et d'autre part, elle nous permettra de comprendre dans une même description le traitement de ces deux catégories de tumeurs.

§ 41. — La grande majorité des tumeurs de l'ovaire ayant une importance pratique en chirurgie, se développent aux dépens des éléments glandulaires, et sont dans ce sens des **adénomes** (KLEBS). Au point de vue morphologique, elles correspondent aux premières périodes du développement de l'épithélium glandulaire, lesquelles ont été décrites par VALENTIN et PFLUGER sous le nom de tubes épithéliaux, et par WALDEYER sous celui d'épithélium germinatif. Bien plus rares sont les formes de tumeurs correspondant aux follicules complètement développés. Une partie constituante essentielle pour le développement ultérieur de ces formes de tumeurs, c'est le tissu conjonctif, lequel participe d'une façon plus ou moins active à l'accroissement du néoplasme; parfois même, à une période avancée de l'évolution de la tumeur, le tissu conjonctif peut se développer au point d'étouffer les éléments glandulaires et de constituer la masse principale du néoplasme.

Dans ce sens on peut, avec KLEBS, distinguer deux variétés d'adénomes: 1° l'**adéno-fibrome**, dans lequel le tissu conjonctif prédomine dès le début du développement de la tumeur, si bien qu'il peut en résulter finalement un fibrome pur, tumeur qui est assez souvent observée à l'état congénital, et n'a pas une grande importance clinique; et 2° l'**adénome cylindro-cellulaire**, la forme la plus importante pour nous, celle à laquelle appartiennent la majorité des tumeurs de l'ovaire que le chirurgien est appelé à opérer. De cette forme naissent la plupart des **kystes simples**, ainsi que les **kystes multiloculaires**, par dilatation progressive des cordons épithéliaux glandulaires développés d'une façon analogue aux glandes tubulées de l'intestin.

Par suite de l'accroissement progressif de la paroi de l'ovaire et de son expansion toujours plus grande, naissent des kystes dans l'intérieur desquels la sécrétion glandulaire s'accumule toujours davantage. Aussi longtemps que les cellules de la paroi ont leur forme relativement bien conservée, la sécrétion reste riche en mucus, tandis que, lorsque ces cellules commencent à dégénérer, le liquide du kyste devient plus colloïde (VIRCHOW), et contient de la paralbumine et de la métalbumine. L'épithélium régulier de la face interne du kyste finit par disparaître, et la paroi de la poche se trouve transformée de façon à ressembler à celle d'une cavité séreuse; le liquide prend alors les caractères qu'il présente dans l'hydropisie, il devient clair et albumineux. De la paroi des gros kystes en naissent d'autres par étranglement de

tubes épithéliaux; ainsi peuvent se former des kystes secondaires (HOGDKINS) qui s'accroissent dans le kyste primitif ou se confondent avec ce dernier par atrophie de la cloison de séparation.

Ainsi naissent les grosses tumeurs kystiques, le plus souvent sphériques, avec leur contenu tantôt visqueux et formé plus ou moins de mucus, tantôt colloïde (métalbumine et paralbumine). Par suite de la transformation de la sécrétion, d'abord catarrhale, en un liquide de nature inflammatoire, le contenu du kyste peut prendre les caractères du pus. Si la sécrétion cesse pour faire place à une transsudation séreuse, on se trouve en présence d'une **hydropisie simple**. La production d'hémorragies dans le kyste entraîne d'autres différences dans les caractères du contenu. Enfin, à la suite de processus de suppuration et d'ulcération des parois, on peut voir survenir une perforation du kyste dans la cavité péritonéale ou dans l'intestin, avec lequel il avait préalablement contracté des adhérences. Ces adhérences inflammatoires de l'enveloppe péritonéale du kyste avec les parties voisines tapissées par la séreuse sont fréquentes et ont une grande importance clinique. Dans d'autres cas, les parois du kyste deviennent ultérieurement le siège d'une prolifération, le plus souvent sous la forme d'un tissu à cellules fusiformes; ainsi naissent les **adéno-sarcomes** de l'ovaire. Par contre, nous ferons remarquer ici que les **sarcomes purs** sont très rares. KLEBS mentionne l'existence de sarcomes à cellules fusiformes qui se développent dans les deux ovaires, assez souvent déjà chez les nouveau-nés, et ont une forme ovalaire et plus tard sphérique. Au milieu des faisceaux de cellules fusiformes qui se croisent dans tous les sens, le tissu glandulaire peut être au début encore assez bien conservé pour que la conception soit possible. Par suite du ramollissement du tissu sarcomateux, il se forme aussi des kystes dans son intérieur (kystes sans parois propres). Encore plus souvent, il est vrai, ces formations kystiques se produisent dans les **myxomes** et les **adéno-myxomes** que l'on a aussi quelquefois observés dans l'ovaire.

Après cette digression, retournons aux kystomes.

A la face interne du kyste on rencontre volontiers des **excroissances papillaires**, analogues à celles que l'on observe sur les muqueuses. Ces excroissances peuvent proliférer avec une telle puissance (en forme de chou-fleur), que dans nombre de cas elles finissent par remplir complètement la cavité du kyste, et qu'elles peuvent même traverser la paroi de ce dernier pour apparaître sous la forme d'une tumeur villeuse, soit à la surface de l'ovaire (RECKLINGHAUSEN), soit dans des organes creux du voisinage, par exemple l'intestin (KLEBS). Ces dernières tumeurs ont une importance clinique considérable. Dans la règle il se produit alors une ascite, le contenu du kyste pénétrant dans la cavité abdominale à travers l'ouverture créée dans la paroi kystique par la prolifération du papillome. La tumeur elle-même s'accroît de préférence dans le petit bassin autour de l'utérus et de l'intestin, avec lesquels elle se soude. Au point de vue du traitement opératoire, le papillome sorti du kyste pour se développer librement dans la cavité abdominale, offre de bien plus grandes difficultés que les tumeurs ordinaires de l'ovaire.

Histologiquement, le **carcinome** de l'ovaire offre une certaine analogie avec les formes bénignes d'adénomes que nous venons de décrire, et l'on peut dans ce sens distinguer un carcinome fibreux ou squirre et un carcinome tubulé avec les transitions vers les formations kystiques étudiées plus haut. Mais

les formes bien caractérisées au point de vue clinique se présentent le plus souvent sous l'aspect histologique du « **carcinome alvéolaire** », c'est-à-dire d'une tumeur molle, médullaire, riche en suc laiteux. Ici, par conséquent, c'est la « prolifération atypique » qui caractérise essentiellement le carcinome, tandis que dans d'autres cas, l'action rapidement destructive d'une prolifération épithéliale intense (KLEBS) avec le mode d'évolution clinique signalé plus haut, paraît être décisive pour le diagnostic de cette forme de néoplasme.

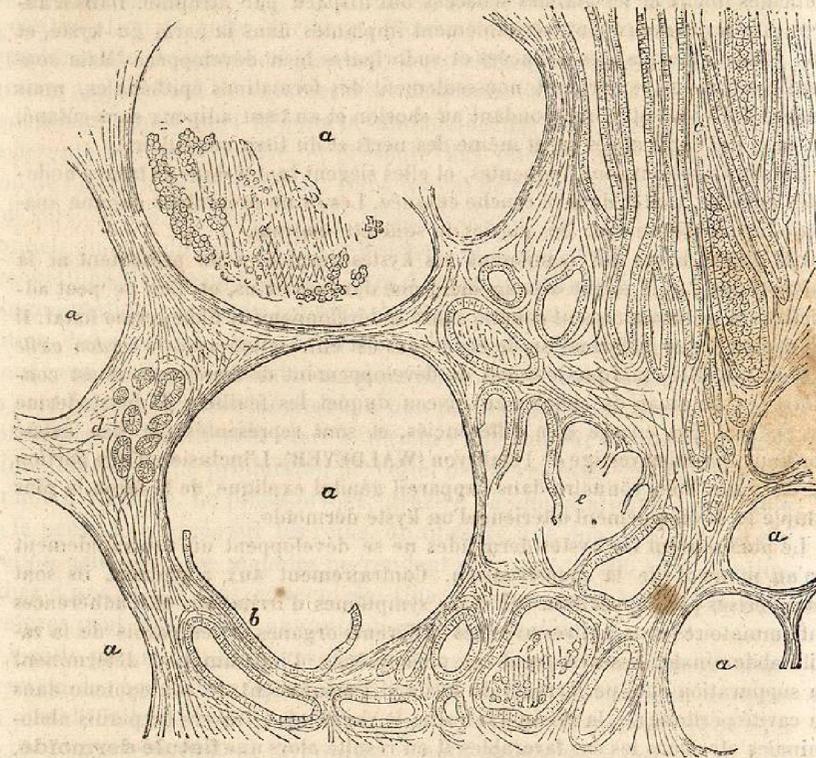


Fig. 16. — Adénome cylindrocellulaire de l'ovaire, *a a a*. Grandes cavités kystiques dues à la dilatation de tubes épithéliaux. Dans la plus grande de ces cavités on voit encore de l'épithélium en voie de dégénérescence. — En *b* dans la cavité voisine, on voit une partie de l'épithélium pariétal à moitié détaché. — *c*, tubes glandulaires, en partie dilatés. — *d*, tissu interstitiel. — *e*, atrophie des cloisons de séparation et transformation des tubes épithéliaux en kystes.

Nous rangeons ici encore deux formes de tumeurs kystiques qui, au point de vue clinique, ont beaucoup moins d'importance que les précédentes. Mentionnons tout d'abord les **kystes folliculaires** dus à une dégénérescence kystique des follicules de de Graaf. On les observe déjà chez l'enfant et dans un âge plus avancé, sous l'influence de la congestion menstruelle, et ils se montrent, soit à l'état multiple, soit sous la forme plutôt solitaire. Ces kystes dépassent rarement le volume du poing et ont un contenu séreux, parfois altéré par des