

Le drain est enlevé au bout de quatre à six jours et les fils qui maintiennent le pédicule après huit à dix jours.

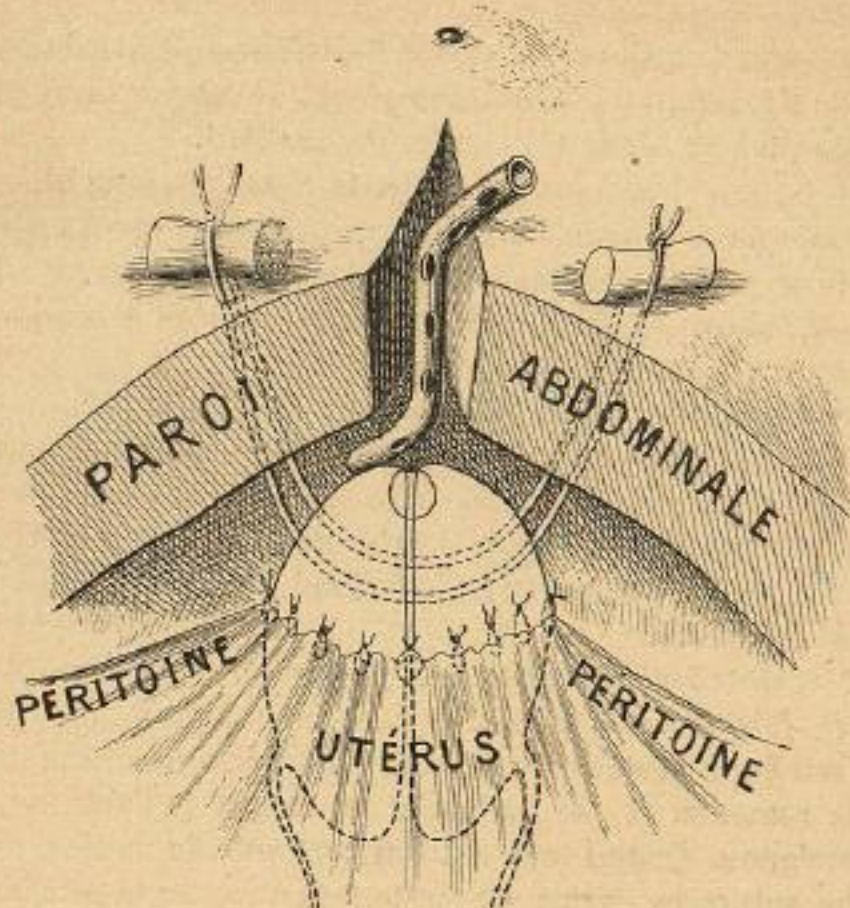


Fig. 565. — Fixation du moignon dans le procédé mixte de Wolfser-Hacker.

De ces trois procédés le plus brillant au point de vue opératoire est celui de Schröder, mais le plus sûr est celui de Hégar, c'est-à-dire le traitement extra-péritonéal du pédicule, et c'est à lui qu'il faudra en général avoir recours.

8° **HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE.** — Cette opération se pratique d'après les règles précédemment indiquées (p. 540), à propos du cancer de l'utérus où le *procédé de Martin* a été décrit en détail.

Le *procédé de Martin* est parmi ceux où on opère exclusivement par la voie abdominale le plus sûr et le meilleur, mais il ne laisse pas que de présenter parfois de grandes difficultés, qui en ont empêché la vulgarisation.

Plus récemment on a tenté de combiner la voie vaginale et la voie abdominale, et de pratiquer ainsi une sorte d'*hystérectomie mixte vagino-abdominale*.

C'est ainsi que *Chaput*¹ commence par libérer le col par la voie vaginale, ou même au besoin par l'enlever, puis, pratiquant la laparotomie, il termine l'hystérectomie par la voie abdominale; l'hystérectomie devient alors facile, car l'utérus qui n'est plus maintenu par son col dans le petit bassin se laisse enlever sans difficulté.

¹ Soc. obst. et gynécologie de Paris, avril 1893.

*Coullioud*¹, à la suite de *Martin* et de *Bouilly*, procède en sens inverse, il commence par la laparotomie pour terminer par la voie vaginale.

Voici d'ailleurs son procédé :

« *Premier temps.* — Laparotomie : ligature élastique posée et assujettie entre le corps et le col, au-dessus ou au-dessous des trompes, suivant les cas et en ménageant le plus possible la mobilité du pédicule ; section de l'utérus au-dessous de la ligature élastique et cautérisation de la cavité cervicale ; surjet péritonéal pour fermer la grande cavité péritonéale, avec facilité de la rouvrir d'un coup de ciseau s'il était nécessaire. »

« *Deuxième temps.* — Extirpation du pédicule utérin d'après le procédé de l'hystérectomie vaginale : abaissement du pédicule, section de la muqueuse vaginale, décollement de la vessie, ouverture du cul-de sac postérieur, pinces languettes sur les ligaments larges, extirpation du pédicule utérin. »

« *Troisième temps.* — Achèvement de la suture de la paroi abdominale, couche aponévrotique et peau. »

Jusqu'à présent, quel que soit le procédé employé, l'hystérectomie abdominale ou abdomino-vaginale totale s'est montrée très dangereuse, elle constitue sans doute la méthode de l'avenir, mais elle demande des perfectionnements dans sa technique de manière à la rendre plus bénigne.

Aussi, jusqu'à nouvel ordre, faut-il considérer l'hystérectomie partielle comme préférable ; et, à moins qu'une tumeur fibreuse du col n'empêche de constituer le pédicule, faudra-t-il en général avoir recours à cette dernière et réserver l'hystérectomie totale à des cas exceptionnels.

Connaissant les diverses ressources thérapeutiques qu'on peut opposer aux fibromes, et instruits aussi sur leur danger et sur leur efficacité, voyons, suivant les différents cas cliniques, quelle est la meilleure conduite à tenir.

B. — Traitement clinique.

Au point de vue du traitement, les fibromes se divisent en trois grandes catégories : les *indifférents*, les *hémorragiques*, les *douloureux*.

Les premiers sont en général interstitiels, les seconds sous-muqueux et les troisièmes sous-séreux.

Chacune de ces variétés ne saurait être traitée par les mêmes moyens.

1° **Fibromes indifférents.** — Les fibromes indifférents, c'est-à-dire ceux par lesquels la santé se trouve peu ou pas troublée, ne sont pas très rares.

Un assez grand nombre de femmes sont atteintes de ces tumeurs sans le savoir, et une circonstance quelconque provoquant l'examen, le plus souvent une grossesse, révèle l'existence de tumeurs non soupçonnées.

Mieux vaut laisser sans traitement ces fibromes indifférents, il sera toujours temps de les traiter le jour où ils troubleront la santé.

¹ Extirpation vaginale du pédicule de l'hystérectomie abdominale. Extrait du *Lyon Médical*, n° 42, 1891, p. 9.

2° **Fibrômes hémorragiques.** — Les fibrômes hémorragiques sont habituellement les sous-muqueux; la chirurgie peut en général les extirper par les voies naturelles.

Toutes les fois que l'extirpation est possible par les voies naturelles et que la tumeur fait dans l'utérus une saillie suffisante pour être enlevée par torsion, énucléation et morcellement, l'intervention radicale est à conseiller, car, bien faite, elle est peu grave et donne une guérison complète.

Mais si la tumeur n'est pas encore suffisamment détachée de la paroi utérine, si elle est encore trop interstitielle ou si les tumeurs sont multiples et ne permettent pas à l'opérateur d'espérer une énucléation complète, mieux vaudra tenter une intervention palliative, soit le curage, soit la castration.

Je préfère, en pareil cas, faire le curage à cause de sa bénignité absolue, et je n'ai recours à la castration que si cette première intervention échoue, ou si elle ne donne qu'un succès temporaire.

Mais certaines malades ne veulent à tout prix d'aucune intervention chirurgicale.

Chez ces pusillanimes, l'électricité fait souvent merveille et doit être immédiatement conseillée.

Si l'électricité échoue, on aura recours à l'un quelconque des moyens médicaux précédemment indiqués, mais de préférence à l'ergotine et à l'arsenic, sans oublier les eaux minérales, quand la malade peut s'offrir ce luxe.

3° **Fibrômes douloureux.** — Les fibrômes douloureux appartiennent le plus souvent à la variété sous-séreuse.

Si la gêne apportée par les tumeurs est tolérable et ne rend pas la vie trop pénible à la femme, mieux vaudra déconseiller l'intervention chirurgicale et s'en tenir soit à l'électricité, soit aux ressources médicales.

Mais si la femme, trop gênée par ses tumeurs, préfère courir le risque d'une opération que de continuer à souffrir de la sorte, le chirurgien fera la laparotomie, et suivant la disposition des tumeurs, il aura recours soit à la castration, soit à l'énucléation, soit à l'hystérectomie partielle, réservant l'hystérectomie totale pour des cas très exceptionnels.

L'énucléation est préférable, quand les tumeurs sont franchement pédiculées et faciles à cueillir; si outre la tumeur qu'on enlève il en reste un certain nombre d'interstitielles, il sera bon de compléter l'énucléation par la castration qui agira secondairement sur les tumeurs restant en place.

Quand l'énucléation est impossible à cause du volume des tumeurs et de leur base d'implantation, on aura recours à l'hystérectomie partielle, c'est-à-dire sus-vaginale, à la condition que tout le corps de l'utérus soit facilement mobilisable et qu'il n'y ait pas d'adhérences étendues.

Si les adhérences sont étendues, et si l'extirpation du corps de l'utérus ne peut être obtenue qu'au prix de délabrements importants et par conséquent dangereux, mieux vaut ne pas la tenter et se borner à pratiquer la castration.

En résumé :

1° *Fibrômes indifférents :*

Simple expectation.

2° *Fibrômes hémorragiques :*

Enlever le ou les fibrômes, si l'extirpation est possible et si la femme y consent.

Sinon avoir recours soit au curage, soit à la castration, soit à l'électricité, soit au traitement médical.

3° *Fibrômes douloureux :*

Troubles tolérables :

Electricité ou traitement médical.

Troubles intolérables :

Faire la laparotomie, et, suivant la disposition des fibrômes, pratiquer l'énucléation, l'hystérectomie partielle ou la castration.

Dans ce chapitre de traitement je ne me suis pas occupé des fibrômes pendant la grossesse et l'accouchement, car cette question appartient à l'obstétrique.

7° KYSTES GÉANTS DE L'OVAIRE

SOMMAIRE

Anatomie pathologique.

Variétés.

1. Kystes fermés.
2. Kystes ouverts ou papillaires.
3. Kystes dermoïdes.
4. Kystes mixtes.

Variétés de disposition et d'évolution.

Symptômes et diagnostic.

Symptômes.

1. Phase latente.
2. Phase pelvienne.
3. Phase abdominale.
4. Marche et complications.

Diagnostic.

Traitement.

1. Ovariectomie pédiculée.
 2. — sessile.
 3. — disséminée.
- Dangers, appréciation, complications.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Malgré les importants travaux faits sur l'histologie des kystes ovariens, travaux qui ont éclairci plusieurs points obscurs de leur constitution et de leur pathogénie, il est encore impossible à l'heure actuelle de se baser sur les résultats fournis par le microscope pour classer ces tumeurs et les ranger en catégories distinctes.

L'heure d'une classification parfaite et réellement pratique n'est pas encore

venue, et, jusqu'à nouvel ordre, on est obligé d'établir entre les kystes ovariens des distinctions provisoires; aussi, sans nier les défauts de la classification qui va être adoptée, je la propose comme répondant actuellement le mieux aux besoins de la clinique.

Les kystes de l'ovaire, auxquels il convient de rattacher cliniquement les kystes du parovarium, forment une classe de tumeurs bénignes, intermédiaires au cancer qui est essentiellement malin, et au fibrome qui est la tumeur bénigne par excellence.

Ils peuvent parfois dégénérer en cancer, nouvelle source de confusion au point de vue clinique.

Les kystes de l'ovaire se répartissent en deux grandes classes, suivant qu'ils peuvent acquérir un grand développement ou qu'ils sont condamnés à conserver de petites dimensions.

Par abréviation le terme de *géants* convient aux premiers et de *nains* aux seconds.

Les kystes nains comprennent l'*ovaire scléro* ou *séro-kystique*, les kystes des *corps jaunes* et les kystes *résiduels*, ces deux dernières variétés n'ayant guère qu'un intérêt théorique. Ces kystes nains seront étudiés ultérieurement.

La description actuelle est exclusivement réservée aux kystes géants qui répondent à quatre types :

- 1° Les kystes fermés ou glandulaires;
- 2° Les kystes ouverts ou papillaires;
- 3° Les kystes dermoïdes;
- 4° Les kystes mixtes.

1° **Kystes fermés ou glandulaires.** — Les kystes fermés, c'est-à-dire constitués par des poches essentiellement closes, encore appelés *prolifères* ou *prolifères*, sont multiloculaires ou uniloculaires.

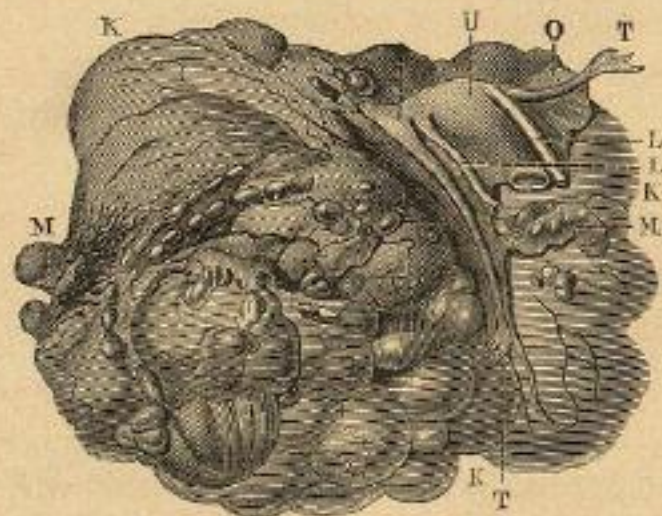


Fig. 566. — Kyste multiloculaire de l'ovaire (Cruveilhier).

MM, matière gélatiniforme s'échappant de divers points ouverts. — TT, trompes, la droite très allongée est appliquée sur la tumeur. — LL, ligaments ronds. — U, utérus. — O, ovaire gauche. — KK, bosselures et vésicules de divers ordres faisant saillie à la surface.

Les multiloculaires sont composés tantôt de poches complètement closes

(fig. 566), tantôt de poches communiquant entre elles (fig. 567), grâce à la résorption d'une partie des cloisons, auquel cas ils sont dits *aréolaires*.

Ces poches contiennent un liquide filant, sirupeux, tantôt jaunâtre, tantôt brunâtre, d'aspect chocolaté.

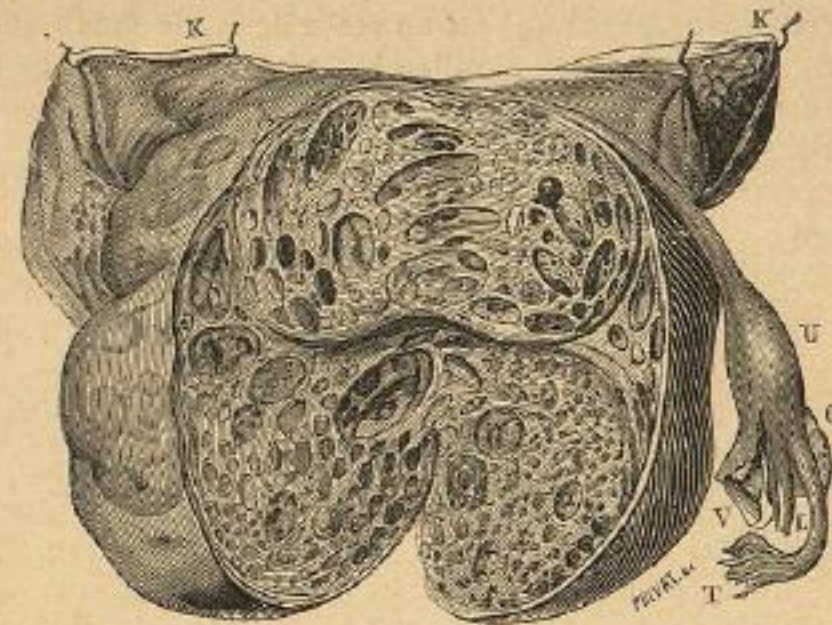


Fig. 567. — Kyste aréolaire de l'ovaire (Cruveilhier).

KK, débris des parois du kyste principal dans lequel était contenu la masse aréolaire. — U, utérus déformé se continuant avec la trompe droite appliquée sur la tumeur. — O, ovaire gauche. — L, ligament rond gauche. — T, trompe gauche. — V, col de l'utérus et partie supérieure du vagin fendue.

La *paralbumine*, que l'analyse révèle dans leur composition, n'est pas pathognomonique ainsi qu'on l'avait d'abord cru, car on la rencontre dans d'autres tumeurs.

La surface des poches est tantôt lisse, tantôt couverte de végétations papillomateuses, qui constituent en quelque sorte le trait d'union entre les kystes fermés et les kystes ouverts essentiellement papillaires.

Les *uniloculaires* sont formés par une poche unique, à parois lisses, exceptionnellement parsemée à l'intérieur de végétations.

Leur contenu est composé par du liquide pur comme de l'eau de roche, et qui diffère essentiellement à cet égard du liquide des kystes multiloculaires.

Les kystes multiloculaires, qui au point de vue histologique sont, d'après Malassez et de Sinéty, des épithéliomas mucoïdes (épithélioma n'impliquant pas ici la nature maligne de la tumeur) proviennent de l'ovaire et dérivent d'une évolution vicieuse des tubes de Pflüger.

Ces tubes, comme on le sait, forment à l'état normal, par leur scission, les vésicules de De Graaf, dans lesquelles sont enfermés les ovules.

Or, sous l'influence d'un processus dont la cause nous est inconnue, les tubes prolifèrent et se transforment en kystes, et, au lieu d'une série de vésicules de De Graaf, on a une multitude de poches kystiques, dont l'ensemble constitue la tumeur ovarienne.

Ces kystes sont donc en quelque sorte congénitaux, ils existent en germe à la naissance et se développent au moment propice à leur évolution.

Telle est la théorie de *Klebs* et *Waldeyer* sur la formation de ces kystes, théorie qui est la plus généralement admise.

Les *kystes uniloculaires* ont une tout autre origine, ils ne proviennent pas de l'ovaire, mais du parovarium ou corps de Rosenmuller, qui est situé entre l'ovaire et la trompe, et qui est un reste de la vie fœtale (fig. 568).

Un des tubes du corps de Rosenmuller, incomplètement obturé, se laisserait



Fig. 568. — Corps de Rosenmuller.

distendre par de la sérosité et arriverait à constituer la poche kystique formant la tumeur.

La distinction, généralement admise au point de vue anatomo-pathologique et pathogénique entre les kystes multi et uniloculaires, n'est toutefois pas aussi catégorique qu'elle vient d'être tracée, car quelques kystes uniloculaires peuvent contenir un liquide sirupeux comme les multiloculaires, d'autre part, on rencontre parfois un liquide clair dans certains kystes multiloculaires, mais, malgré ces restrictions, la distinction précédemment établie reste vraie en clinique dans la grande majorité des cas.

2° Kystes ouverts ou papillaires. — Au lieu des tumeurs essentiellement kystiques et fermées dont il vient d'être question, on peut trouver au niveau de l'ovaire des tumeurs constituées par des amas de végétations papillomateuses, analogues à celle que montre à l'état isolé la figure 569.

Ces tumeurs peuvent prendre l'aspect représenté par les figures 570 et 571, c'est-à-dire que les végétations sont tantôt accumulées, amoncelées autour de l'ovaire (fig. 571), tantôt plus ou moins répandues sur les organes voisins et le péritoine (fig. 570).

Ces tumeurs semblent ne pas mériter le nom de kystes, car, à l'état de complet développement, elles ne rappellent en aucune façon la constitution habi-

tuelle de ces tumeurs, c'est-à-dire une poche remplie de liquide; mais cette



Fig. 569. — Végétation du péritoine pelvien (Péan).

dénomination sera expliquée et justifiée quand nous connaîtrons leur mode de formation.

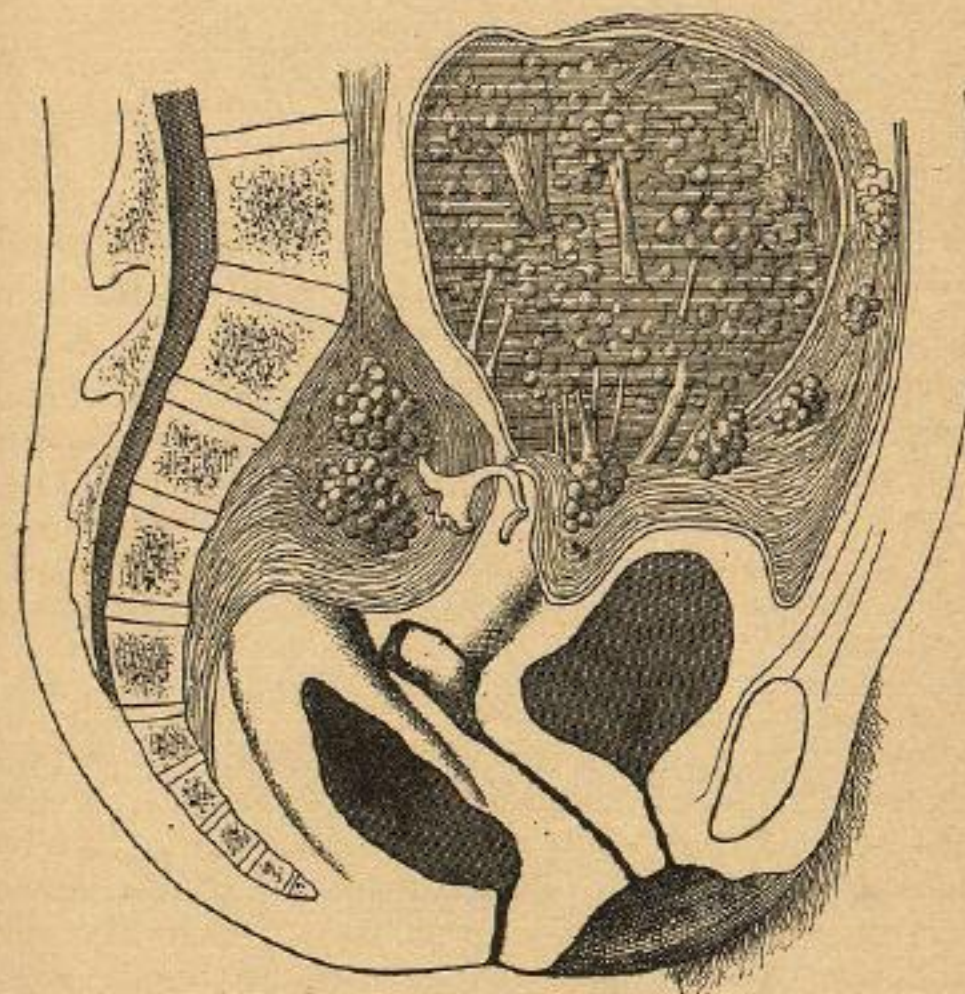


Fig. 570. — Tumeur végétante du péritoine pelvien (Péan).

Ces végétations prennent en effet naissance dans des cavités kystiques

analogues à celles des kystes multiloculaires de l'ovaire, de telle sorte qu'à une période de leur évolution il est impossible de les distinguer de ces dernières tumeurs qui contiennent parfois, ainsi que nous l'avons vu, des végétations papillomateuses.

Mais ces végétations prennent un développement considérable, elles font éclater la poche qui les enfermait, et s'épanouissent à l'extérieur, de telle sorte que l'enveloppe kystique ayant disparu, on ne voit plus que les végétations.

Les kystes ouverts ou papillaires de l'ovaire, qui sont rares relativement aux fermés précédemment étudiés, ne constituent en somme qu'une variété

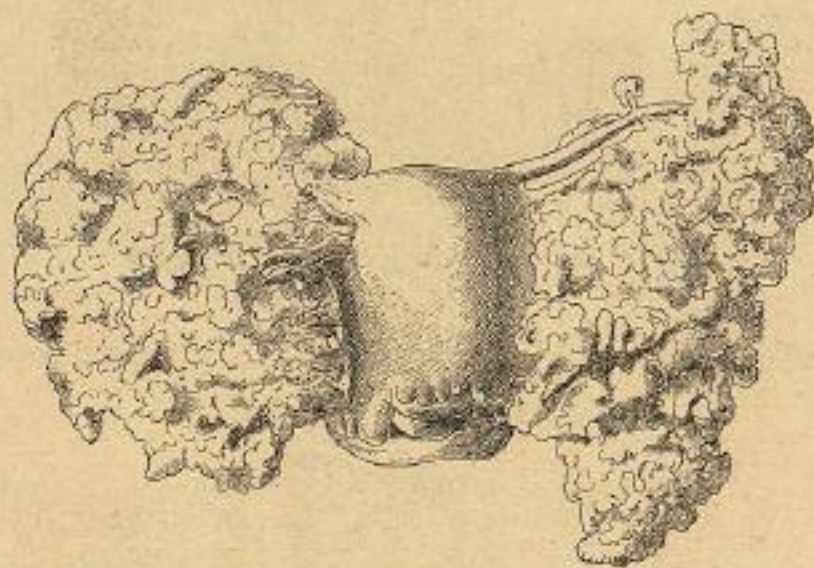


Fig. 571. — Tumeur papillaire de l'ovaire (A. Doran).

des kystes multiloculaires de l'ovaire. Ces végétations peuvent exceptionnellement prendre naissance dans les kystes uniloculaires, mais les kystes multiloculaires sont leur origine habituelle.

Ces végétations semblent s'inoculer de proche en proche, de telle sorte qu'elles envahissent le péritoine en une trainée progressive.

Le péritoine, irrité par leur présence et par le liquide kystique répandu dans leur intérieur, donne naissance à du liquide ascitique, de telle sorte que l'ascite est la compagne habituelle de ces tumeurs, bien qu'elles ne soient pas de nature maligne, et qu'extirpées elles n'aient pas de tendance à la récurrence, à la condition que leur extirpation soit bien complète.

Elles peuvent même ne pas se limiter au péritoine, mais envahir la plèvre.

La dégénérescence en carcinôme est possible; elles cessent alors de constituer une tumeur bénigne pour prendre tous les caractères de la malignité.

3° Kystes dermoïdes. — Les kystes dermoïdes constituent des tumeurs relativement rares.

La plupart du temps elles ne prennent pas un grand développement dépassant rarement le volume d'une tête de fœtus; toutefois ce volume étant susceptible de devenir supérieur à celui d'une tête d'adulte, nous avons cru devoir les ranger parmi les kystes géants de l'ovaire.

La poche qui les constitue est épaisse, tapissée à l'intérieur d'une membrane rappelant la peau par ses caractères microscopiques et macroscopiques.

Dans leur intérieur on trouve des dents, des cheveux, des fragments d'os de cartilages, des ongles, le tout plongeant dans un liquide blanchâtre, lactescent.

Parmi les dernières théories expliquant la formation de ces kystes, celle de l'enclavement est la plus claire et généralement admise.



Fig. 572. — Kyste dermoïde de l'ovaire (Jentzer).
(Au centre se trouve un débris de maxillaire pourvu de dents.)

D'après cette théorie, ces kystes seraient produits par l'invagination de l'ectoderme ou feuillet eutané du blastoderme.

Cette poche ectodermique isolée au milieu de la cavité abdominale peut contenir les différents éléments qui se développent à ses dépens.

4° Kystes mixtes. — Les trois variétés de kystes qui viennent d'être étudiées à l'état isolé peuvent coexister, et former des kystes mixtes, partiellement fermés et partiellement ouverts.

Les kystes dermoïdes se compliquent parfois de kystes multiloculaires qui augmentent leur volume dans des proportions considérables, et rendent leur diagnostic anatomo-pathologique difficile au premier abord.

Avant d'aborder l'étude symptomatique des kystes ovariens, quelques mots complémentaires sur leur anatomie pathologique sont indispensables.

Au point de vue opératoire, ainsi que nous le verrons au traitement, il importe de distinguer les tumeurs *pédiculées* des *sessiles*.

Les *pédiculées* sont reliées au ligament large par un trait d'union plus ou moins mince, donnant passage aux vaisseaux nourriciers de la tumeur; plus le pédicule est mince, plus l'ablation du kyste est facile.

Dans d'autres cas, au contraire, la base d'implantation se fait sur une large surface, de telle sorte que le détachement de la tumeur devient impossible.

Les kystes multiloculaires sont ordinairement pédiculés, les uniloculaires et dermoïdes plus volontiers sessiles.

Parfois la base d'implantation est si large que le kyste semble ramper sous le péritoine, et constitue une tumeur rétro-péritonéale à peu près inopérable.

Des *adhérences* s'établissent souvent entre la surface du kyste et les organes voisins, utérus, vessie, intestin, péritoine pariétal. Ces adhérences se vascularisent et, en certains cas, remplacent le pédicule dans la nutrition de la tumeur.

Les kystes de l'ovaire sont susceptibles de s'enflammer et de suppurer, le plus souvent à la suite d'une ponction aspiratrice; la même intervention donne parfois lieu à la production d'adhérences.

L'*ascite* a déjà été mentionnée comme conséquence possible des kystes de l'ovaire; elle n'existe guère d'une façon notable que dans la forme papillomateuse.

Le pédicule peut, sous l'influence des mouvements imprimés à la tumeur par les contractions de la paroi abdominale, se tordre. Cette torsion étrangle les vaisseaux nourriciers, et amène soit la diminution de la tumeur, soit, quand elle se fait brusquement, la gangrène avec apparition d'accidents graves ou mortels comme conséquence.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC

Les kystes de l'ovaire, qui se développent à toute époque de la vie depuis la deuxième année jusqu'à soixante-quinze ans, présentent dans leur évolution clinique trois phases :

- Phase latente;
- Phase pelvienne;
- Phase abdominale.

PHASE LATENTE. — La femme éprouve quelques troubles légers, qui pourraient faire penser à une métrite parenchymateuse bénigne, douleurs de reins, à l'hypogastre, malaises et fatigues.

L'état maladif est trop peu accentué pour que la patiente réclame une assistance médicale.

Toutefois, si un examen génital est pratiqué à ce moment, on trouve l'ovaire remplacé, soit d'un, soit des deux côtés, par une tumeur souple, un

peu inégale, modérément douloureuse, du volume d'une mandarine à une pomme.

PHASE PELVIENNE. — La tumeur a grossi, elle occupe la plus grande étendue du petit bassin et comprime les organes de la région.

Le kyste, volumineux comme le poing ou comme une tête de fœtus, est rencontré dans le bassin, plus ou moins fixé dans l'excavation pelvienne, suivant qu'il est pédiculé ou sessile.

La tumeur est inégale, lobée, fluctuante par places, fluctuante en totalité si le kyste est uniloculaire.

L'utérus est repoussé en avant quand la tumeur est tombée dans le cul-de-sac de Douglas, souvent il est latéral et incliné en avant.

La femme éprouve des phénomènes de compression du côté du rectum et de la vessie.

Les troubles utérins sont faibles et, quand ils existent, se manifestent simplement par une plus grande abondance des règles.

PHASE ABDOMINALE. — La tumeur, trop volumineuse pour rester dans le pelvis, monte au-dessus du détroit supérieur, envahit la cavité abdominale et peut, ainsi qu'en témoigne la figure 573, y prendre un développement considérable.

Par la palpation, on trouve une tumeur volumineuse, inégale dans certaines parties de son étendue, donnant de la matité à l'hypogastre, puis à



Fig. 573. — Énorme kyste ovarien (Bright).

l'ombilic et dans toute la sphère avoisinante (fig. 575); caractère différentiel important avec l'ascite, où la matité occupe les régions déclives, tandis que l'ombilic et l'épigastre restent sonores (fig. 574).

Contrairement à l'ascite, le kyste de l'ovaire, sauf dans certains cas où il est uniloculaire, ne donne pas de sensation de flot.

Avec l'anesthésie, qui sera nécessaire pour éclaircir les cas douteux, la tumeur devient beaucoup plus nette grâce au relâchement de la paroi abdominale.

L'exploration pelvienne par le toucher vaginal montre l'utérus déplacé tantôt en avant, tantôt en arrière, tantôt latéralement, tantôt abaissé en prolapsus. Ces déplacements utérins sont très capricieux.

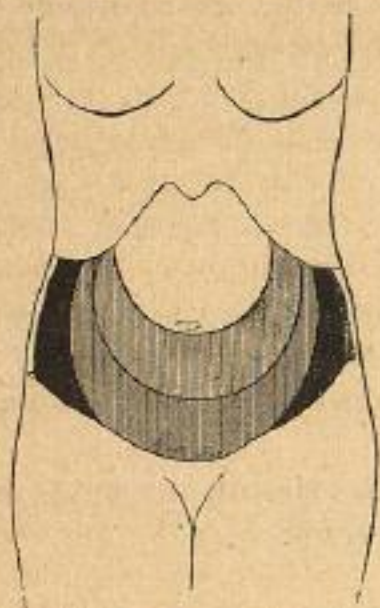
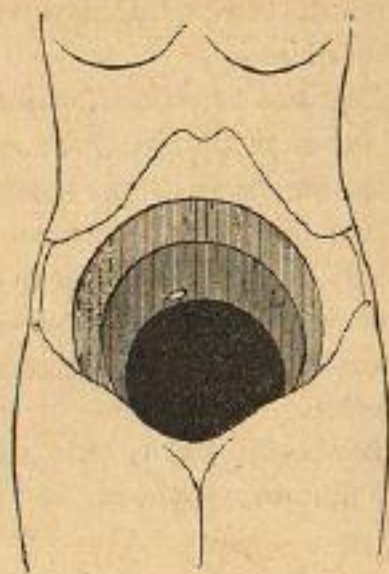


Fig. 574. — Matité de l'ascite.

Fig. 575. — Matité du kyste ovarien.
(Greig Smith.)

La femme, par le fait même du développement du kyste, éprouve une gêne plus ou moins considérable; le ventre est tendu, les veines des parois abdominales sont dilatées.

Toute la circulation est gênée par la compression abdominale, les membres inférieurs deviennent le siège d'œdème, de même, parfois, que la paroi abdominale dans la région hypogastrique.

La marche des kystes de l'ovaire est en général assez lente, ils mettent plusieurs années, dix, vingt, trente ans et même davantage pour arriver à leur complet développement, et, s'ils ne sont pas opérés, ils amènent la mort de la malade soit par cachexie progressive, soit par des complications rénales (compression des reins ou des urètres), soit par des complications cardiaques (la gêne de la circulation pouvant, avec un cœur déjà malade, faire éclore l'asystolie).

Ces kystes sont susceptibles, dans leur évolution de diverses complications, dont il a déjà été dit quelques mots à propos de l'anatomie pathologique.

C'est ainsi qu'ils peuvent s'enflammer et suppurer, on verra alors se développer les symptômes de la péritonite.

Si l'inflammation est superficielle, elle donne lieu à une douleur localisée, se révélant à la palpation par la sensation de neige écrasée, et aboutit à la formation d'adhérences très ennuyeuses pour l'opérateur.

La torsion du pédicule est capable d'amener des phénomènes d'inflammation avec complication de gangrène et péritonite mortelle à la suite.

Alors qu'il y a torsion du pédicule, une des trois conséquences suivantes peut se produire :

1° Tantôt cette torsion est faible, elle ne gêne pas la circulation intrapédiculaire, de telle sorte qu'il n'y a aucun trouble dans l'évolution et la marche de la tumeur. On s'aperçoit simplement de cette torsion au moment de l'opération.

2° Tantôt la torsion est suffisante pour gêner ou interrompre la circulation des vaisseaux pédiculaires. La conséquence en est soit une hémorragie intrakystique, la circulation veineuse se trouvant plus entravée que l'artérielle, soit des accidents de péritonite ou de septicémie résultant de la gangrène de la tumeur. Ces troubles du côté de la tumeur amènent, au moment où se produit l'accident, des phénomènes syncopaux, et ultérieurement tous les signes d'une péritonite septique dont le résultat habituel est la mort, à moins qu'il n'y ait intervention.

3° Tantôt enfin, sous l'influence de la torsion, le pédicule peut se rompre après accidents de nécrobiose qui rappellent comme évolution locale un peu ceux qui accompagnent chez le nouveau-né la chute du cordon ombilical. La tumeur, ainsi isolée, se gangrènerait et amènerait, comme précédemment, des accidents mortels, si des adhérences ne se formaient tout autour d'elle, adhérences qui deviennent vasculaires et qui constituent pour la tumeur veuve de son ancien pédicule autant de nouveaux pédicules.

Tels sont les effets possibles de la torsion du pédicule. Quant à la cause de ce phénomène, il nous échappe jusqu'à présent et les explications qu'on a essayé d'en donner n'ont aucune vraisemblance.

La rupture des kystes, dans certaines variétés, fait partie même de l'évolution de la tumeur, dans les kystes papillaires par exemple; dans d'autres cas, elle constitue, quand le kyste est volumineux, un accident grave pouvant amener une péritonite promptement mortelle.

Cette perforation se faisant soit dans le péritoine, soit dans l'intestin, soit dans le vagin, soit dans la vessie, soit enfin à l'extérieur à travers la peau amincie, peut, dans des cas très exceptionnels, amener la guérison de la tumeur.

Malgré l'existence d'un kyste de l'ovaire, la grossesse est possible, elle peut même évoluer jusqu'à terme et se terminer par un accouchement normal.

Ces cas complexes rendent le diagnostic difficile, et au point de vue du kyste, et au point de vue de la grossesse.

J'emprunte au docteur Skene, avec quelques légères modifications¹, les éléments du diagnostic différentiel qui suivent :

¹ Treatise of the diseases of Women, 1889, p. 501.

DIAGNOSTIC ENTRE L'HYDROSALPINX ET LE KYSTE OVARIQUE

Hydrosalpinx.

Très rare, tumeur contournée sur elle-même, monokystique.
Développement très lent, probablement 8 ou 10 ans au moins.
Santé peu atteinte.
Liquide par intervalle versé dans le vagin, en général clair, cependant variable, contient du mucus.
Se remplit lentement après la ponction.

Kyste ovarique (3^e phase).

Ni rare, ni contourné, deux formes (mono et polykystique).
Développement rapide.
Santé plus rapidement altérée.
Pas d'écoulement par le vagin, contient de l'albumine, mais pas de mucus.
Se remplit rapidement.

DIAGNOSTIC ENTRE LA GROSSESSE NORMALE ET LE KYSTE OVARIQUE

Grossesse normale de cinq mois et demi ou davantage.

Développement rapide, symétrique, ou avec inclinaison légère du côté droit.
Etat général bon.
Veines superficielles de l'abdomen moins développées. Œdème périlléo-laire assez fréquent après sept mois.
Poitrine non conique.
Pas de fluctuation nette à moins d'hydramnios.
Menstruation supprimée.
Toucher vaginal donne ramollissement et raccourcissement apparent du col, avec augmentation du volume du corps.
Ballotement fœtal.
Bruits du cœur fœtal.
Mouvements fœtaux.
Hypertrophie mammaire.
Aréole pigmentée à la première grossesse.
Développement en neuf mois.

Kyste ovarique dans la seconde ou troisième phase.

Développement lent, asymétrique jusqu'à la troisième phase.
Emaciation, inquiétude.
Veines abdominales dilatées, œdème à une période avancée, exceptionnellement 1 à 2 ans après le début.
Poitrine conique, si la distension abdominale est accentuée.
Fluctuation très nette dans les kystes uniloculaires.
La menstruation n'est supprimée qu'à une période avancée de la maladie.
Aucune modification analogue de l'utérus; utérus déplacé le plus souvent en arrière du kyste.
Pas de ballotement semblable, et rarement sensation pouvant le simuler.
Pas.
Pas.
Se produit rarement.
Pas.
Développement en 1 ou 3 ans.

DIAGNOSTIC ENTRE LE FIBROME UTÉRIN ET LE KYSTE OVARIQUE

Fibrôme utérin.

Développement lent.
Santé générale moins atteinte.

Kyste ovarique (phase abdominale).

Plus rapide.
Plus atteinte.

Abdomen asymétrique.
Pas de développement des veines abdominales.
Fonctionnement rénal normal.
Pas d'aménorrhée, souvent des ménorragies.
Sensibilité à la palpation, surtout pendant les règles.
Elasticité marquée, pas de fluctuation.
Surface lobulée et solide.
Par le toucher, tumeur dure et résistante, ordinairement continue avec l'utérus, qui est hypertrophié et pesant.
Utérus se meut avec tumeur.
Cavité utérine augmentée de volume.
Ponction, résultats négatifs.

Plus symétrique.
Développement des veines abdominales.
Entravé.
Aménorrhée.
Pas de sensibilité.
Fluctuation dans la forme uniloculaire.
Surface plus unie, résistante.
Tumeur fluctuante distincte de l'utérus qui est normal.
Utérus indépendant de la tumeur.
Cavité utérine normale.
Résultats positifs.

DIAGNOSTIC ENTRE LES FIBROMES KYSTIQUES DE L'UTÉRUS ET LES KYSTES DE L'OVAIRE

Fibrôme kystique.

Survient presque toujours après trente ans.
Tumeur rare et à développement lent au début.
Santé générale se maintenant bonne pendant longtemps.
Pas de développement des veines abdominales.
Ombilic non proéminent.
Pas d'aménorrhée, rarement des ménorragies.
Reins normaux.
Sensibilité à la pression.
Au toucher, tumeur plus ferme, souvent continue avec l'utérus.
Tumeur suit les mouvements de l'utérus.
Cavité utérine généralement augmentée.
Contenu jaune séreux avec un peu d'albumine ou de lymphé fibrineuse, coagulable spontanément, pouvant devenir brunâtre à la suite d'hémorragie.
(Après laparotomie.) Paroi kystique avec coloration violacée, très vasculaire.

Kyste de l'ovaire.

Survient aussi bien avant qu'après trente ans.
Tumeur fréquente et à développement plus rapide.
Santé générale plus tôt atteinte.
Développement des veines abdominales.
Ombilic proéminent.
Aménorrhée.
Reins peu actifs.
Pas de sensibilité.
Tumeur fluctuante non continue avec l'utérus.
Indépendance.
Cavité utérine normale.
Liquide clair et limpide dans les kystes monoloculaires. Liquide colloïde, sirupeux, dans les kystes multiloculaires, très albumineux.
Paroi kystique plus pâle et moins vasculaire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE UNE HYDROPIE ENKYSTÉE
ET UN KYSTE OVARIQUE

Hydropisie enkystée.

Très rare. Lent développement.
Précédée par des atteintes de péritonite.
Ni dyspnée, ni troubles de digestion.
Abdomen non proéminent, mais déprimé en certaines régions.
Pas de développement des veines, pas d'œdème des extrémités.
Fluctuation peu nette ou limitée.

Pas de tumeur au toucher vaginal.
Utérus en place, quelquefois fixé par des adhérences.
Ponction ne donnant qu'une faible quantité de liquide.
Le liquide a les caractères de celui de l'ascite.

Kyste ovarique.

Fréquent, plus rapide développement.
Pas d'atteintes semblables.

Existents souvent.
Abdomen proéminent.

Veines dilatées. L'œdème des extrémités n'est pas très rare.
Fluctuation nette, quand le kyste est uniloculaire.
Tumeur au toucher.
Utérus en général repoussé en arrière par la tumeur.
Quantité de liquide plus abondante, parfois très abondante.
Liquide limpide dans les kystes uniloculaires, sirupeux dans les multiloculaires.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE L'ASCITE ET LE KYSTE OVARIQUE

Ascite.

Maladie antérieure.
Développement relativement rapide.
Visage plein, bouffi.
La malade étant sur le dos, développement symétrique du ventre, aplati dans la région ombilicale.
La malade couchée sur le côté, les côtes s'aplatissent.
Quand la malade se lève, l'abdomen plonge.
Œdème des extrémités et souvent de la paroi abdominale.
Abdomen plus élargi.
Pas de saillie des fausses côtes.

Ombilic aminci et proéminent.

Fluctuation très nette, ne dépassant pas un même plan horizontal.

Kyste ovarique.

Bon état antérieur de santé.
Développement relativement lent.
Visage émacié, spécial.
Développement moins symétrique, saillant en général au niveau de l'ombilic.
Les côtés ne changent pas de forme.

Modification nulle ou faible dans la forme de l'abdomen.
Œdème plus rare et moins marqué.

Moins élargi.
Fausses côtes écartées, donnant au thorax la forme conique.
Pas d'amincissement aussi marqué de l'ombilic, bien qu'il puisse être proéminent.
Fluctuation moins nette à moins de kyste uniloculaire, limitée au kyste, plus marquée à la partie la plus saillante de l'abdomen.

Percussion : matité dans la partie déclive de l'abdomen, et sonorité aux parties les plus saillantes. Se modifie avec le changement de situation de la malade.

Les pulsations aortiques ne sont pas senties à travers la paroi abdominale.
Par le toucher rectal ou vaginal on peut trouver la fluctuation.
Utérus normal en volume, mobile, quelquefois abaissé.
Liquide, coloration paille, se coagule spontanément, contient de l'albumine, et des corpuscules amiboïdes.
Anémie prompte.
Les hydragogues et les diurétiques amènent une amélioration temporaire.

Matité dans la partie la plus saillante de l'abdomen et au contraire sonorité dans les flancs; se modifie peu avec les changements de situation de la malade.

Pulsations aortiques transmises à la paroi par l'intermédiaire du kyste.
Quand la fluctuation existe, elle est moins nette.
Utérus en général rétro pulsé par la tumeur.
Liquide soit transparent (k. uniloculaire), soit sirupeux (k. multiloculaire).

Anémie plus tardive.
Ces remèdes ne produisent aucun effet salutaire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LES KYSTES DU PAROVARIIUM,
DE L'OVAIRE ET LES KYSTES DERMOÏDES

Kyste du parovarium.

Rare. Développement lent, toujours uniloculaire.
De préférence chez femme jeune.
Santé générale peu atteinte.
Veines abdominales peu développées.

Fluctuation nette.
Utérus abaissé.

Au toucher fluctuation nette.
Liquide ne contenant pas d'albumine limpide, faible densité 1005.

Se reproduit rarement ou lentement après la ponction.
Très rarement fatal.

Ventre uni, symétrique quand le kyste devient volumineux.
Aménorrhée tardive.
Pédicule large ou nul.
Adhérences assez rares.

Développement, peut être considérable.

Kyste de l'ovaire.

Fréquent, développement plus rapide, multiloculaire.
A tout âge.

Plus atteinte.
Veines abdominales plus développées.

Fluctuation vague.
Utérus le plus souvent repoussé en arrière.

Fluctuation vague.
Liquide épais contenant beaucoup d'albumine, densité 1015 ou davantage.

Se reproduit après la ponction.
Presque toujours fatal, quand pas d'intervention.
Ventre, plus inégal et asymétrique avec même volume.
Aménorrhée plus précoce.
Pédicule est le même.
Adhérences fréquentes.

Développement de même.

Kyste dermoïde.

Développement très lent.
Tumeur congénitale.

Atteinte tardivement.
Veines abdominales peu développées à moins de grand volume de la tumeur.

Pas de fluctuation.
Utérus repoussé en arrière ou latéralement.

Pas de fluctuation.
Liquide lactescent non albumineux, en partie soluble dans l'éther, présence de cheveux, dents, fragment d'os et de cartilage.

Se reproduit après la ponction.
Rarement fatal.

Ventre asymétrique.

Aménorrhée tardive.
Pédicule variable.
Adhérences assez fréquentes.
Développement d'habitude faible, exceptionnellement prononcé.

TRAITEMENT

Les moyens médicaux, de même que la ponction, sont abandonnés dans la thérapeutique des kystes de l'ovaire; le seul traitement accepté à l'heure actuelle est l'*ovariotomie*, c'est-à-dire l'ablation de la tumeur par la laparotomie.

L'ovariotomie diffère suivant qu'on a affaire :

- 1° A un kyste pédiculé (ordinairement multiloculaire) : *ovariotomie pédiculée*;
- 2° A un kyste sessile (ordinairement uniloculaire ou dermoïde) : *ovariotomie sessile*;
- 3° A un kyste papillaire (kyste ouvert) : *ovariotomie disséminée*.

1. Ovariectomie pédiculée. — L'ovariotomie se fait en quatre temps :

1° Ouverture de l'abdomen; 2° extraction du kyste; 3° ligature et section du pédicule; 4° toilette et sutures de l'abdomen.

1° *Ouverture de l'abdomen.* — Incision médiane sur la ligne ombilico-pubienne, de quatre travers de doigts.

2° *Extraction du kyste.* — Pour extraire le kyste, il faut d'abord en vider le contenu à l'aide d'un trocart évacuateur (fig. 576).

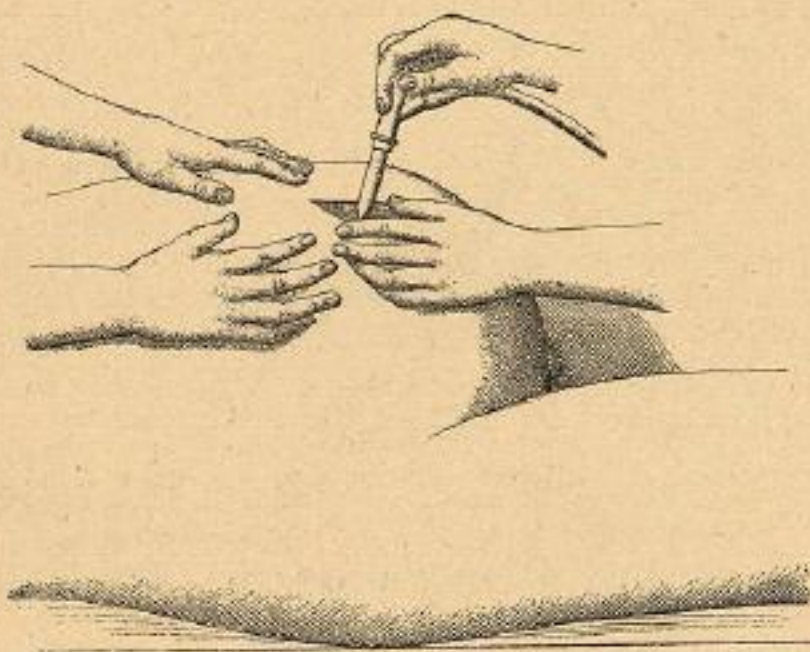


Fig. 576. — Ponction du kyste ovarien après ouverture de l'abdomen (Courty).

A mesure que le kyste se vide, les parois attirées par de fortes pinces sont amenées au dehors.

Aussitôt que la diminution du volume du kyste permettra l'introduction facile de la main dans la cavité péritonéale, on s'assurera par l'exploration manuelle qu'il n'existe pas d'adhérences (fig. 577).

S'il s'en trouvait, on les détacherait et on ferait, au besoin, l'hémostase

avec des ligatures à la soie fine; toutefois, au lieu d'introduire la main pour rechercher les adhérences il est préférable d'attirer la tumeur et de détacher les adhérences à mesure qu'elles se présentent à l'orifice abdominal.



Fig. 577. — Recherche et libération des adhérences (Courty).

Si le kyste est multiloculaire, on ponctionnera successivement les diverses poches jusqu'à ce que la tumeur soit assez réduite pour franchir la plaie abdominale, à travers laquelle on opère un véritable accouchement tumoral.

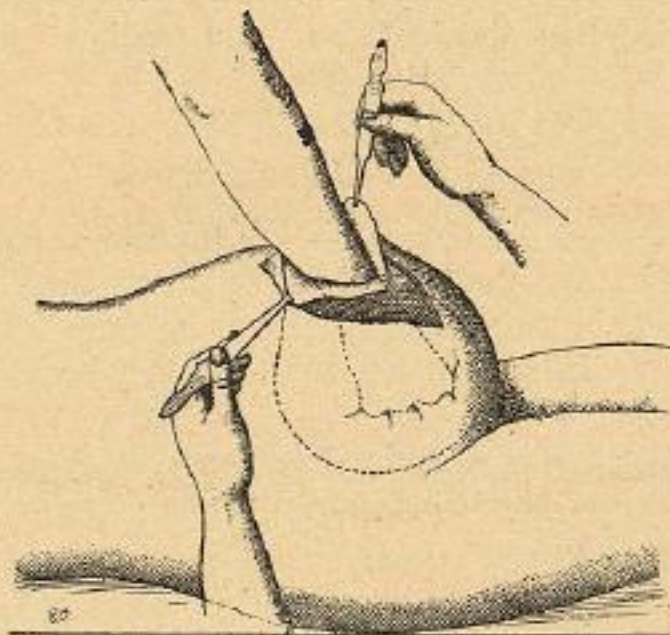


Fig. 578. — Évidement d'une tumeur polykystique (Courty).

Si on craint avec le trocart de franchir les limites de la tumeur et de blesser les organes voisins, on fera (fig. 578) pénétrer la main même dans l'intérieur de la tumeur et avec les doigts on ouvrira les poches kystiques, de manière à amener l'évacuation de leur contenu.

3° *Ligature et section du pédicule.* — Quand la tumeur est extraite hors de la cavité abdominale et maintenue à l'extérieur par un aide, on pince le pédicule et on le sectionne à 2 bons centimètres au-dessus du pincement (fig. 579); après quoi, au-dessous de la pince, on lie le pédicule en bloc ou en deux parties à l'aide d'une soie solide.

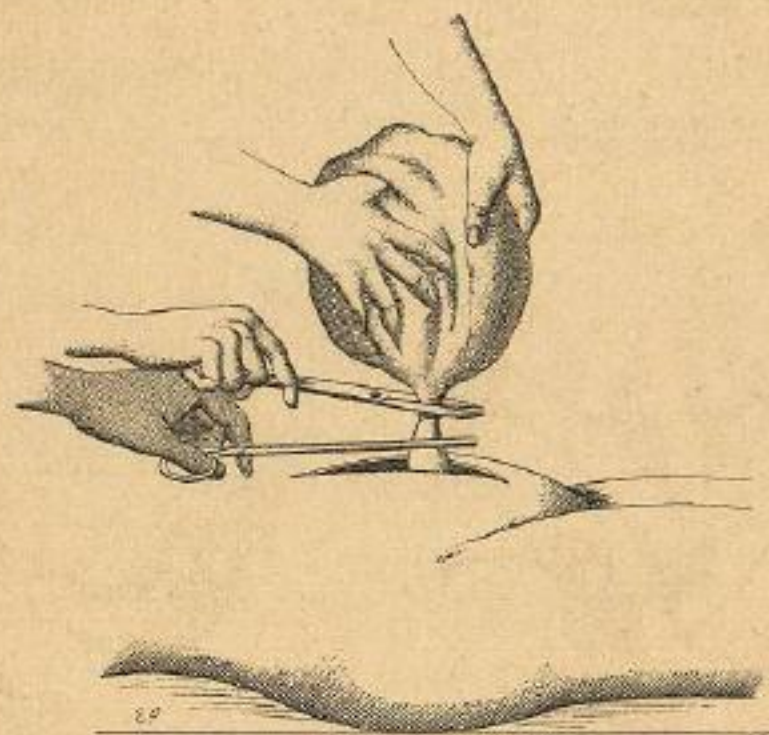


Fig. 579. — Pincement et section du pédicule.

Après s'être assuré que l'hémostase est suffisante, on nettoie la surface du pédicule avec une solution phéniquée au $\frac{1}{20}$ ou sublimée au $\frac{1}{1000}$, et on le laisse retomber dans la cavité péritonéale.

Si l'ovaire du côté opposé est également le siège d'une tumeur, on l'opère suivant la même méthode.

4° *Toilette et sutures de l'abdomen.* — Les tumeurs enlevées, l'opérateur nettoie le petit bassin et surtout le cul-de-sac de Douglas avec des éponges montées, puis referme la plaie abdominale comme après toute laparotomie.

Pansement : iodoforme, gaze iodoformée, coton hydrophile, ceinture de flanelle.

Les sutures seront enlevées au quinzième jour.

Lever du quinzième au vingtième jour, à moins de complications.

2. *Ovariectomie sessile.* — Les deux premiers temps se font comme dans l'ovariectomie pédiculée; les différences commencent au troisième temps, car il devient ici impossible de constituer un pédicule.

On procédera alors soit par *énucléation*, soit par *marsupialisation*.

Enucléation. — L'énucléation consistera à séparer la séreuse de la tumeur et à détacher, à l'aide des doigts, le kyste de la loge à laquelle il se trouve adhérent.

Le kyste ainsi énucléé laisse à sa place une poche plus ou moins volumineuse, destinée à suppurer et qu'il faut par conséquent drainer.

Suivant la disposition des parties, on fera le drainage soit par la paroi abdominale (fig. 580), les bords de la poche étant suturés à l'ouverture abdominale, soit par le vagin (fig. 581), qu'on aura ouvert dans ce but; l'ouver-

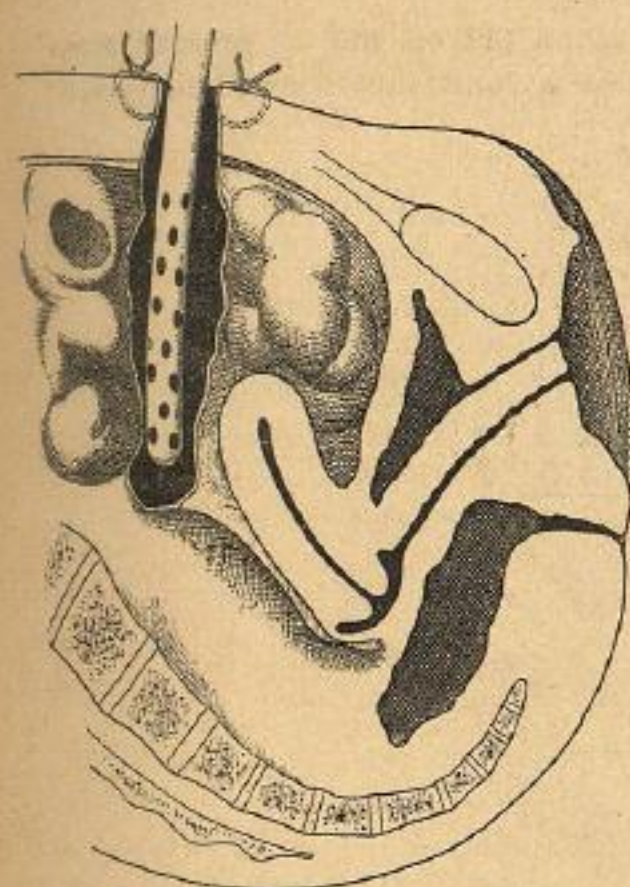


Fig. 580. — Drainage abdominal.

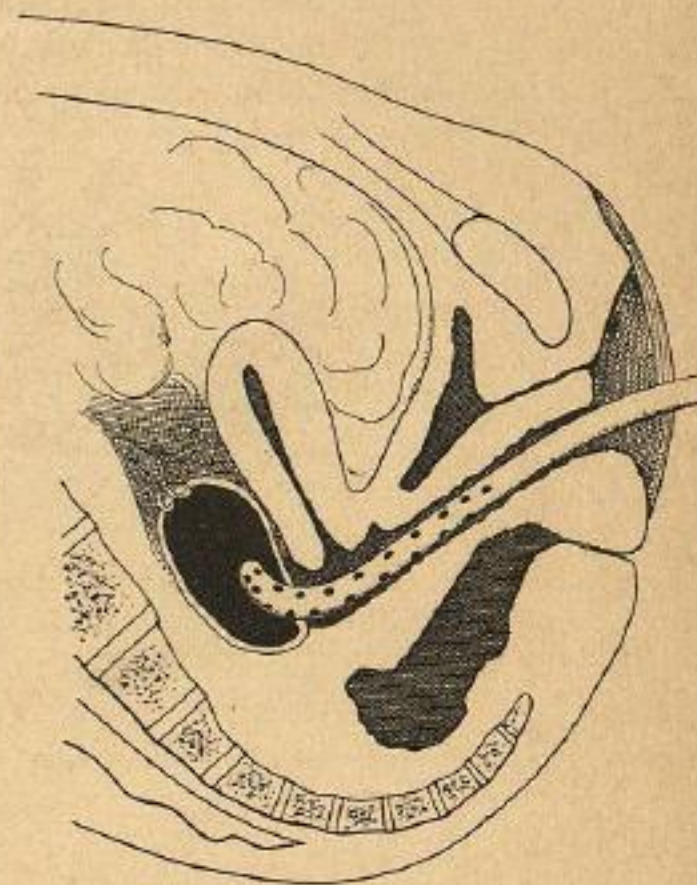


Fig. 581. — Drainage vaginal.

ture de la poche est alors refermée par une série de sutures du côté péritonéal, et la plaie abdominale, également suturée, comme après une ovariectomie pédiculée.

Le drainage sera fait à l'aide de deux tubes en caoutchouc, gros comme le petit doigt et accolés l'un à l'autre en canon de fusil double ou avec un seul tube du volume du pouce.

On complétera le drainage par un tamponnement à la gaze iodoformée, ou mieux salolée qu'on laissera quarante-huit heures en place.

Le drain ne sera enlevé que lorsque la poche suppurante, très diminuée de volume, ne fournira plus qu'une petite quantité de pus.

Marsupialisation. — Cette expression, d'origine américaine, signifie qu'on crée à la paroi abdominale une poche analogue à celle dont sont munis à l'état normal les sarigues, mammifères de l'ordre des *marsupiaux*.

On extrait du kyste tout ce qu'il est possible de détacher et d'enlever, après quoi on fixe la paroi de la poche à la plaie abdominale.

Le sac ainsi constitué a pour base la portion de la tumeur qu'il a été impossible de réséquer.

Drainage.

La cavité suppure et l'inflammation éliminatrice détache petit à petit les débris de la tumeur.

Ce procédé ne doit être choisi que comme pis-aller, car il donne lieu à une élimination prolongée et à une suppuration interminable, qui ne prennent fin souvent qu'à la mort de la malade.

Mieux vaut, si au début de l'opération on prévoit que ce procédé sera seul applicable, s'abstenir, mais quand on a commencé l'énucléation avec



Fig. 582. — Drainage après marsupialisation.

espoir de la mener à bien, on terminera par la marsupialisation, si, au cours de l'opération, on juge impossible de la compléter.

Ovariectomie disséminée. — L'ovariectomie disséminée s'adresse aux kystes papillaires; chaque tumeur végétante est liée à sa base par un fil de soie et détachée à l'aide de l'instrument tranchant.

On procède de la même manière pour toutes les tumeurs végétantes, jusqu'à ce qu'il n'en reste plus dans la cavité péritonéale.

L'ablation doit être complète, sinon la persistance d'une seule de ces tumeurs peut devenir le point de départ de la repullulation.

Le liquide ascitique étant évacué, on referme l'abdomen comme après toute laparotomie.

DANGERS, APPRÉCIATION, COMPLICATIONS. — Les trois principaux dangers de

l'ovariotomie, en dehors de l'hémorragie, sont les blessures de l'intestin, de la vessie et de l'urètre.

En cas d'ouverture de l'intestin, la plaie sera suturée à l'aide de points interrompus faits avec de la soie très fine.

Même précaution si la vessie a été ouverte; on fera de préférence la suture en deux étages, une pour la paroi musculaire, l'autre pour la séreuse. La suture continue à la soie est ici préférable à la suture à points interrompus.

L'accident le plus terrible pour l'opérateur est la *blessure de l'urètre*, à cause des difficultés qu'on éprouve à y porter remède. Si la blessure est superficielle, on se contentera de sutures fermant la plaie tout en respectant le canal urétériel. Mais si l'urètre est complètement ouvert, cette suture devient impossible, et l'introduction d'une sonde dans les deux bouts du canal déchiré est un procédé plus théorique que pratique. Mieux vaudra en pareil cas tenter d'aboucher l'urètre dans le vagin, dans le rectum ou dans la paroi abdominale vers sa partie latéro-postérieure; s'il y a impossibilité, on créera autour du bout divisé une petite cavité dans laquelle on pratiquera le tamponnement à la gaze iodoformée; on formera ainsi un petit réservoir qui, communiquant avec la plaie abdominale, permettra à l'urine de se déverser au dehors. Dans certains cas où l'opérée serait susceptible de supporter le traumatisme additionnel d'une néphrectomie, on pourrait la pratiquer dans la même séance par la voie transpéritonéale. Ces faits de blessures urétériennes sont des plus graves par leurs suites et entraînent le plus souvent la mort.

La gravité de l'ovariotomie dépend beaucoup des cas auxquels elle s'adresse.

Une ovariectomie pédiculée simple est bénigne et doit à peine donner 5 p. 100 de mortalité.

L'ovariotomie sessile devient de suite plus grave.

L'ovariotomie disséminée, contrairement à ce que la théorie pourrait faire prévoir, donne d'assez bons résultats quand l'opération est bien complète.

Les accidents susceptibles d'emporter la malade sont, après l'ovariotomie, comme après toute laparotomie, l'hémorragie, la péritonite septique, le shock, la phlébite amenant l'embolie, les complications rénales, exceptionnellement le tétanos.

8. — PHYSOMÉTRIE

La *physométrie* ou le *physomètre*, encore dénommée *emphysème utérin*, *hystérophyse*, *tympanisme utérin*, est constituée par l'accumulation des gaz dans l'intérieur de la cavité utérine.

Cette affection très exceptionnelle peut se produire pendant la puerpéralité ou en dehors d'elle.

Pendant la puerpéralité, après la délivrance, l'utérus est vaste et l'air peut y pénétrer, mais il ne tardera pas à être expulsé par la contraction de