

il faut craindre alors une compression des uretères capable d'entraîner des accidents graves. Ces faits sont très rares.

Enfin, quand les tumeurs ont atteint un très grand développement, elles arrivent à refouler le diaphragme, et à produire des troubles respiratoires plus ou moins accentués.

En même temps, se montrent des troubles fonctionnels de nature variable. La menstruation et la fécondation sont rarement troublées. Les règles sont le plus souvent conservées, parfois diminuées comme quantité, parfois aussi augmentées. Elles peuvent aussi être irrégulières et douloureuses. La conception n'est pas empêchée, puisqu'il existe des faits, aujourd'hui assez nombreux, de coexistence d'une grossesse avec un kyste ovarique. On a noté encore des troubles dyspeptiques variés, anorexie, gastralgie, nausées ou vomissements. Du côté du cœur, on a signalé aussi des troubles provoqués par la dilatation ou l'hypertrophie, bien étudiés par Sebileau.

Pendant que tous ces phénomènes se présentent et s'accusent, le développement de la tumeur donne au ventre un volume considérable, et des déformations caractéristiques. Aussi, même avant l'apparition de tous les symptômes que nous venons de passer en revue, les signes physiques se sont accusés, et ont permis de porter un diagnostic.

Ces signes physiques peuvent être, dans certains cas, les premiers qui attirent l'attention. La malade s'aperçoit que son ventre a augmenté de volume, qu'il est difforme et elle vient consulter le chirurgien qui découvre un kyste de l'ovaire dont l'existence n'avait été révélée par aucun trouble fonctionnel.

A la vue le ventre est développé, sa forme est parfois régulière et indifférente, d'autres fois, au contraire, elle est significative, la tuméfaction est unilatérale, ou bien elle se révèle par des bosselures et des irrégularités de contour. La palpation fait reconnaître la présence d'une tumeur latérale ou médiane, lisse et régulière, ou d'autres fois bosselée, mais dont les contours sont nets et faciles à circonscrire. La pression alternative des deux mains, un choc léger avec un doigt même, peut y faire facilement découvrir la fluctuation, et donner la sensation de choc en retour. La fluctuation est totale et facile si le kyste est uniloculaire, plus obscure, plus irrégulière, plus limitée si les loges sont multiples, lente à percevoir quand le liquide est épais et visqueux. Enfin elle est difficile à sentir si les kystes sont très multiples et petits, ou si la poche est très distendue. La palpation méthodique permet encore de reconnaître les frottements péritonéaux qui indiquent l'existence des adhérences, ou l'état de dépoli de la séreuse. La percussion révèle une matité totale de la tumeur; cette matité est terminée par une ligne convexe en haut qui permet de tracer complètement et nettement les limites du kyste. La sonorité existe au-dessus de lui, sur le côté opposé, et en arrière dans le flanc correspondant. De plus, les mouvements imprimés à la malade

ne modifient ni la sonorité des flancs, ni la direction des lignes de matité.

L'auscultation donne peu de résultats. Elle révèle des frottements péritonéaux, ou des bruits de souffle qui sont dus à la compression des gros vaisseaux par le néoplasme.

Le toucher vaginal permet, nous l'avons déjà vu, d'apprécier les caractères de la tumeur quand elle est encore enclavée dans le petit bassin, nous l'avons déjà dit plus haut. Plus tard, quand le kyste est abdominal, l'utérus est souvent entraîné en haut, le col est remonté et parfois difficilement accessible. Il peut être incliné de côté. Le toucher rectal peut aussi fournir quelques renseignements sur la mobilité et la consistance du kyste.

Les renseignements les plus précis sont fournis par la combinaison du toucher vaginal ou rectal, avec la palpation abdominale. Outre qu'il permet de saisir entre les deux mains, et de parfaitement limiter et apprécier la tumeur, il fournit aussi des renseignements précieux sur les rapports de l'utérus et du kyste. On peut ainsi s'assurer que l'utérus est absolument indépendant de la tumeur ovarienne, signe de la plus haute importance. Cependant, dans certains cas, l'ascension de la matrice contre le pubis, la présence du kyste dans le cul-de-sac de Douglas, l'existence d'adhérences immobilisant la matrice, peuvent rendre très difficile la constatation de ce signe.

L'hystéromètre peut rendre alors de réels services.

Le catéthérisme vésical peut aussi être très utile pour renseigner le chirurgien sur la position de la vessie, et pour faciliter l'examen du kyste.

D'ailleurs, en outre des signes fonctionnels et physiques, lorsque la tumeur est ancienne et très volumineuse, il se produit des troubles dans la santé générale, et l'aspect des malades devient tout à fait caractéristique.

Les malades respirent mal, ont perdu l'appétit et maigrissent. A mesure qu'elles s'affaiblissent, le développement de plus en plus considérable du ventre contraste étrangement avec l'amaigrissement et la diminution de volume des membres. Parfois il se montre un œdème cachectique dans les membres inférieurs. La figure prend une physiologie particulière: elle est amaigrie, les saillies musculaires et osseuses sont exagérées, les yeux excavés, le nez effilé, les lèvres serrées, les malades ont un air de crainte et d'appréhension. Ce faciès constitue ce que Spencer Wells a appelé le faciès ovarien. D'après Gallard c'est l'aspect commun à tous les malades atteints de dénutrition profonde.

Les kystes de l'ovaire, même volumineux, sont susceptibles de guérison. « Mais, dit Segond, en dehors des cas déjà bien rares de guérison par torsion du pédicule, rupture intra-péritonéale du kyste ou évacuation de son contenu soit dans l'intestin ou dans le vagin, soit à travers

la paroi abdominale, on peut dire qu'il n'existe aucun exemple avéré de véritable guérison spontanée. »

Il est de règle, au contraire, que les kystes de l'ovaire continuent toujours à se développer, et d'ordinaire, abandonnée à elle-même, la maladie se termine par la mort. Celle-ci survient au bout d'un temps très variable. Tandis que certains kystes durent pendant des années, et quelquefois même une grande partie de l'existence, d'autres, exceptionnels heureusement, peuvent emporter les malades en quelques mois. Il s'agit alors, le plus souvent, de ces cas à transformation cancéreuse dont nous avons parlé plus haut. La mort peut survenir par l'aggravation progressive de l'état général, ou par suite du développement de certaines complications. Dans le premier cas, les phénomènes de compression s'accroissent, la respiration s'embarrasse de plus en plus, l'œdème des jambes augmente peu à peu, il survient de l'œdème pulmonaire ou un épanchement pleurétique et la malade succombe dans le marasme.

Les complications capables d'emporter la malade pendant le cours de l'affection sont assez nombreuses.

Au premier rang il faut placer la péritonite tantôt localisée tantôt généralisée. La péritonite localisée est rarement mortelle, elle annonce d'ordinaire la formation des adhérences. La péritonite généralisée est d'ordinaire un accident des plus redoutables : elle peut être consécutive à une poussée inflammatoire kystique, ou bien à la rupture d'une poche. Nous nous bornerons à signaler un certain nombre d'accidents dus à des phénomènes de compression, phlébite, thrombose veineuse, pyélo-néphrite, compression des uretères, et même obstruction intestinale, qui se produisent ici avec tous leurs signes et leur pronostic ordinaire et qu'il nous suffit d'indiquer. Nous désirons insister sur certaines complications inhérentes au kyste lui-même qui sont : l'inflammation, les hémorragies intra-kystiques, la rupture et la torsion du pédicule, la rupture des kystes.

L'inflammation peut entraîner soit des adhérences, soit au contraire une véritable suppuration intra-kystique. Dans ce cas, il survient soit une péritonite généralisée, soit encore une septicémie plus ou moins rapide mais rapidement mortelle si l'on n'intervient pas.

Les hémorragies intra-kystiques qui sont souvent liées à la torsion du pédicule peuvent être rapidement mortelles. Le malade succombe alors avec tous les signes généraux des grandes hémorragies.

La rupture du kyste que nous avons étudiée précédemment s'accompagne souvent d'une sorte de défaillance. L'épanchement du liquide dans le péritoine peut être la cause d'une péritonite suraiguë qui emporte la malade en quelques heures. Dans d'autres cas, il provoque à peine une légère réaction inflammatoire. Dans cette dernière alternative, la rupture intra-péritonéale, au lieu d'être mortelle, a pu être suivie d'une guérison temporaire, quelquefois même définitive. D'ailleurs,

ces réactions péritonéales varient avec la composition chimique et la nature du liquide épanché. Les kystes suppurés entraînent toujours une péritonite fatale.

Si, au contraire, le kyste se rompt dans une cavité viscérale (intestin, vessie, etc.), le liquide s'évacue par les voies naturelles, et la tumeur subit un affaissement prononcé. Tantôt alors, comme précédemment, cette rupture peut aboutir à une guérison définitive, tantôt et surtout dans le cas d'évacuation incomplète, la malade peut être emportée par une septicémie à forme lente, provoquée par une suppuration interminable.

La torsion du pédicule est rapide ou lente. Elle provoque, suivant les cas, des accidents aigus ou chroniques. Dans le premier cas, apparition d'une vive douleur, avec fièvre et vomissements répétés, la température s'élève, et les accidents peuvent être rapidement mortels. La mort est produite alors, soit par une péritonite aiguë, soit par une hémorragie intra-kystique considérable, soit par une occlusion intestinale. Dans les formes lentes, l'accident s'annonce par une augmentation marquée du volume du ventre avec douleurs, bientôt accompagnées des signes de péritonite subaiguë. Tout peut rentrer dans l'ordre au bout de quelques jours. Enfin dans certains cas, rares malheureusement, la torsion pédiculaire peut amener une atrophie progressive de la tumeur qui est une des formes de la guérison spontanée.

Nous savons en outre que certains kystes malins sont susceptibles de récidive et de généralisation.

Le diagnostic des kystes de l'ovaire est ordinairement facile, quand la maladie présente un tableau symptomatique complet. Malheureusement, dans certains cas, l'existence de certaines dispositions anatomiques, la constatation incomplète des signes physiques peuvent rendre le diagnostic assez incertain.

Les erreurs que le chirurgien peut commettre varient suivant le volume du kyste, suivant qu'il est encore intra-pelvien ou bien véritablement abdominal. Dans certains cas, et surtout chez des femmes nerveuses, ayant des contractions intestinales et des dilatations viscérales hystériques, il peut être difficile de savoir s'il existe une tumeur abdominale dont la malade accuse d'ordinaire la plupart des signes fonctionnels. Un examen pendant le sommeil anesthésique, en permettant une exploration complète, lèvera tous les doutes. Lorsque la tumeur est petite, elle peut être confondue avec un exsudat inflammatoire, une hydropisie tubaire, une grossesse extra-utérine, une rétroflexion de l'utérus gravide, un corps fibreux de l'utérus. L'exsudat inflammatoire, l'hématocèle, la rétroflexion de l'utérus gravide sont faciles à distinguer par leur immobilité même, par leur connexion intime avec l'utérus, dont le kyste sera ordinairement tout à fait indépendant. De plus, leurs signes fonctionnels sont souvent assez différents de ceux des kystes ovariens.

L'hydropisie tubaire est presque impossible, au moins au début, à

distinguer d'un petit kyste ovarique, mais le diagnostic ne tardera pas à être fait par l'évolution différente de deux tumeurs, et grâce à la rapidité du développement du kyste tandis que l'hydropisie tubaire reste petite et intra-pelviennne. La grossesse intra-utérine est souvent difficile à distinguer au début, à cause de la similitude de certains signes fonctionnels; mais l'évolution ultérieure permettra assez rapidement un diagnostic. Enfin, les fibromes sous-péritonéaux se reconnaissent assez ordinairement à la consistance particulière de la tumeur saisie dans le palper bimanuel, et à la présence des hémorrhagies utérines, quand elles existent.

Lorsque la tumeur kystique est devenue abdominale, c'est avec les tumeurs de l'abdomen que le diagnostic doit être fait. Certaines d'entre elles sont faciles à distinguer des kystes de l'ovaire. Ainsi l'hématomètre, et la distension vésicale seront facilement reconnues par un examen bien fait, et surtout par le cathétérisme de l'utérus ou de la vessie. La rétention des matières fécales qui, dans quelques cas exceptionnels, a pu être confondue avec un kyste s'en distingue, aussi, facilement d'ordinaire. Quant aux péritonites enkystées et aux abcès de la paroi, souvent le diagnostic peut en être difficile. Mais, dans les cas embarrassants, l'examen de la fluctuation, les troubles fonctionnels de chaque affection, l'étude attentive du toucher vaginal fourniront le plus souvent des signes distinctifs. Cependant les péritonites enkystées ont été parfois confondues avec les kystes par des chirurgiens très expérimentés.

L'hydronéphrose, les tumeurs du rein, de la rate et du foie ont pu être confondues avec les kystes de l'ovaire, quand elles sont assez développées pour remplir la plus grande partie de l'abdomen. D'habitude leurs signes fonctionnels diffèrent de ceux des kystes, et un interrogatoire bien conduit permettra de savoir que la tumeur a envahi le ventre en allant de haut en bas, tandis que le kyste se développe toujours de bas en haut. Il sera plus difficile de distinguer du kyste le cancer végétant primitif du péritoine, qui, lorsqu'il s'accompagne d'ascite, peut être presque impossible à reconnaître. Les cas d'erreur sont fréquents.

L'ascite qui complique souvent les kystes de l'ovaire est dans certains cas difficile à différencier, mais seulement lorsque des adhérences intestinales dans les flancs empêchent la matité ascitique de se déplacer quand on fait varier la position de la malade. Souvent alors l'étude des phénomènes fonctionnels et l'examen microscopique et chimique du liquide, retiré par une ponction, permettront de poser un diagnostic précis. La difficulté sera parfois considérable si l'ascite coexiste avec un kyste de l'ovaire, fait assez fréquent.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus et principalement les tumeurs fibrocystiques peuvent, plus que les autres, donner lieu à des erreurs. Si, dans les cas de fibromes purs, la consistance des tumeurs et l'existence des troubles menstruels suffisent presque toujours pour assurer un dia-

gnostic précis, les difficultés seront plus considérables dans les cas de cysto-fibromes. Souvent en effet le kyste est assez volumineux, et assez aminci pour donner lieu à de la fluctuation, les métrorrhagies sont moins fréquentes et moins accentuées que dans les autres fibromes, et c'est une étude très attentive des signes fournis par le toucher combiné avec la palpation, qui seule pourra mettre sur la voie de la vérité. Même dans ces cas, tout dépendra quelquefois des relations plus ou moins étroites qui peuvent exister entre l'utérus et la tumeur.

Enfin, dans le diagnostic différentiel, il est encore une erreur qu'il faudra s'efforcer d'éviter à cause des conséquences sérieuses qu'elle peut avoir, c'est la confusion de la grossesse avec les kystes de l'ovaire. Elle est souvent possible, surtout dans les cas où les kystes s'accompagnent de symptômes gastriques mammaires et nerveux analogues à ceux de la grossesse. Les bases du diagnostic seront fournies par l'étude attentive des troubles menstruels, la recherche minutieuse des signes de la grossesse, et surtout le ballotement de la tête fœtale, le ramollissement du col, enfin l'auscultation du cœur fœtal. Ce signe peut suffire à éclaircir un diagnostic douteux, mais il est souvent très difficile à percevoir. Dans les cas douteux, il faudra surtout, dit Segond, savoir attendre, car alors les phénomènes ultérieurs et surtout le travail de l'accouchement, au moment attendu, empêcheront souvent le chirurgien de commettre une erreur des plus regrettables.

Cependant, les difficultés peuvent être encore accrues par la coexistence de la grossesse avec le kyste. En effet, la surdistension du ventre qui existe à ce moment peut être telle qu'elle rende tout examen infructueux. Le diagnostic sera encore plus malaisé dans les cas où la grossesse est extra-utérine, ou bien lorsqu'elle s'accompagne d'hydramnios ou d'un autre état pathologique. Les difficultés peuvent alors devenir insolubles.

D'ailleurs, le diagnostic ne sera pas terminé lorsqu'on aura reconnu que l'on est en présence d'un kyste ovarique; il faut en outre savoir s'il est simple ou s'il s'accompagne de certaines complications.

La rupture spontanée du kyste se révélera d'ordinaire par des phénomènes brusques de péritonite coïncidant avec une diminution rapide du volume de la tumeur. Si la rupture se fait dans une cavité viscérale, l'évacuation du liquide par les voies naturelles permet d'éviter toute erreur.

Les torsions et les ruptures du pédicule sont souvent plus difficiles à reconnaître. La tumeur devient brusquement très douloureuse, s'immobilise et augmente de volume, les phénomènes de péritonite se déclarent. Quand ces signes sont réunis, le diagnostic est possible et jusqu'à un certain point facile. Mais comme la présence de ces symptômes indique absolument une intervention rapide, une légère erreur n'aurait pas de conséquence grave. L'inflammation kystique

avec suppuration du contenu est souvent très difficile à distinguer des péritonites localisées qui donnent naissance aux adhérences. Peut-être, dans les cas embarrassants, la persistance plus constante de l'élévation de la température pourra-t-elle indiquer une suppuration du kyste. Les hémorragies intra-kystiques ne sont facilement reconnaissables que lorsque par leur abondance elles donnent naissance aux signes généraux des grandes hémorragies : elles s'accompagnent souvent des autres symptômes de la torsion pédiculaire.

Quant à l'ascite qui accompagne les kystes, elle est assez souvent facile à reconnaître par ses signes propres, qui varient beaucoup suivant la quantité du liquide épanché. Quand elle est considérable, elle peut masquer complètement les symptômes particuliers du kyste.

Il sera toujours nécessaire de rechercher s'il existe ou non des adhérences péritonéales. La marche du néoplasme, l'existence de poussées de péritonites localisées pourront être à cet égard des signes précieux. L'examen physique devra être fait : l'existence d'induration dans les culs-de-sac vaginaux, l'immobilité de la tumeur, surtout après son évacuation par une ponction, l'enclavement de l'utérus, pourraient faire redouter la présence d'adhérences. Mais l'immobilisation de la tumeur pendant les mouvements respiratoires, l'existence de frottements péritonéaux, à la main et à l'oreille, seront des signes plus certains. Les adhérences viscérales ne peuvent être reconnues qu'au cours de l'ovariotomie dans la plupart des cas.

Il faudra aussi étudier avec soin le degré d'indépendance de la tumeur avec l'utérus, leur mobilité réciproque, etc. Tous ces signes pourront quelquefois indiquer s'il s'agit d'un kyste ordinaire ou d'une tumeur ovarique incluse dans le ligament large. Cependant, le plus souvent ce diagnostic est impossible.

Le diagnostic devrait être terminé par la recherche de la variété du kyste ovarique. Est-on en présence d'un cysto-épithéliome, d'un kyste dermoïde, ou d'une tumeur maligne ?

L'âge du sujet, les caractères de la fluctuation, ceux du liquide retiré par une ponction, pourront fournir des renseignements utiles. Les kystes dermoïdes s'observent surtout dans le jeune âge, ils ont une évolution plus lente, restent longtemps stationnaires, le liquide est particulier et presque pathognomonique. Mais la ponction est quelquefois dangereuse et il y aurait souvent avantage à faire le diagnostic sans recourir à cette manœuvre. L'étude des caractères physiques, de la consistance de la tumeur, de la fluctuation plus ou moins limitée, permettront de reconnaître si le kyste est multi ou uniloculaire, s'il est en partie solide. La rapidité d'évolution et l'apparition précoce des signes généraux graves permettront de diagnostiquer les kystes malins, qui seront souvent annoncés, en outre, par l'apparition hâtive de complica-

tions pleurales (Poupinel, Auché). Enfin, nous étudierons plus loin le diagnostic des kystes para-ovariques.

Nous avons, chemin faisant, indiqué que la ponction exploratrice pourra être souvent utilisée pour apprécier certains détails du diagnostic. Quant à l'incision exploratrice préconisée et adoptée par certains chirurgiens, bien qu'elle ne soit pas aussi périlleuse que cela a été dit, elle n'est pas adoptée parmi nous, et son emploi doit être aussi restreint que possible. Elle doit être surtout rejetée dans les cas où l'on soupçonne qu'une opération curative n'est pas possible.

Le pronostic des kystes de l'ovaire est toujours grave, puisque la maladie abandonnée à elle-même se termine ordinairement par la mort, et qu'elle ne guérit, la plupart du temps, qu'au prix d'une opération très sérieuse.

Mais ce pronostic varie, cependant, suivant la nature du kyste ; il est moins grave dans les tumeurs uniloculaires de petit volume que dans les énormes kystes multiloculaires adhérents. Les kystes dermoïdes sont peut-être moins graves que les cysto-épithéliomes. Enfin les kystes à transformation maligne rapide sont d'un pronostic toujours mortel.

De plus, le pronostic peut être encore aggravé par l'existence de certaines complications (inflammation, rupture du kyste, torsion et rupture du pédicule), ou bien par la coexistence d'une autre tumeur et en particulier des corps fibreux, ou de la grossesse soit normale, soit ectopique.

**Traitement.** — Le traitement des kystes de l'ovaire est uniquement chirurgical. Une médication tonique et reconstituante sera souvent indiquée chez les malades atteintes de kyste ovarique, mais elle sera alors nécessaire pour relever l'état général, combattre les troubles amenés par la maladie, et restera absolument inefficace contre la tumeur ovarienne elle-même.

Les méthodes de traitement appliquées au kyste sont : 1° la ponction, avec ou sans injection iodées ; 2° l'ovariotomie, et 3° enfin, l'incision, qui n'est guère qu'une ovariectomie incomplète.

La ponction avec évacuation du liquide est exploratrice, palliative, curative. Nous avons vu, au diagnostic, dans quels cas devait être pratiquée la ponction exploratrice. La ponction souvent répétée, méthode palliative, est un moyen commode et longtemps efficace pour combattre les accidents et soulager les malades dans le cas où l'opération radicale est impossible. La ponction simple évacuatrice est rarement curative, si ce n'est dans certains cas particuliers, dans les kystes para-ovariques qui seront étudiés à part. Lorsque le kyste proémine dans le vagin, il peut être avantageux de faire la ponction par le vagin ; mais, le plus souvent, on la fera au niveau de l'abdomen, sur un point nettement fluctuant, après s'être assuré qu'il n'y a pas de gros vais-

seaux à ce niveau ni d'anse intestinale interposée entre le kyste et la paroi abdominale.

Le chirurgien doit éviter, avec soin, toute entrée de l'air dans la poche, ainsi que la pénétration du liquide dans la cavité abdominale ou dans l'épaisseur de la paroi. Il accompagnera l'évacuation d'une compression méthodique du ventre pour empêcher une décompression trop brusque, et enfoncera assez profondément le trocart dans la poche, pour que, dans son mouvement de rétraction, à mesure que le kyste se vide, la canule n'abandonne pas la tumeur, ce qui amènerait un épanchement péritonéal parfois redoutable.

Cette ponction a souvent été suivie d'injection modificatrice et surtout d'injection iodée (méthode de Boinet). Mais cette méthode est aujourd'hui abandonnée, car elle est infidèle, souvent dangereuse, et paraît ne réussir que dans les cas où la ponction simple est susceptible d'amener la guérison. Cependant, j'ai eu, dans un cas d'inflammation d'un kyste adhérent, chez une vieille femme trop âgée pour subir l'ovariotomie, l'occasion de la mettre en pratique et d'obtenir à l'aide d'un petit nombre de ponctions une guérison définitive de l'affection. Ce cas particulier ne suffit pas pour infirmer l'affirmation précédente.

La véritable méthode curative des kystes de l'ovaire est l'ovariotomie abdominale, qui donne aujourd'hui, entre des mains expérimentées et grâce aux merveilles de la chirurgie antiseptique, des succès excessivement nombreux. La mortalité moyenne est, au dire de Segond, de 10 à 15 p. 100 seulement, ce qui est une proportion des plus favorables pour une opération aussi sérieuse. C'est, du reste, la seule méthode qui permette de débarrasser les malades des tumeurs multiloculaires. Bien qu'on puisse la considérer comme une méthode de choix, elle n'est cependant pas applicable à tous les cas : elle a des indications et des contre-indications.

Au lieu de la réserver comme un moyen ultime, elle doit être appliquée au contraire dès que la nature de la tumeur est nettement confirmée. Appliquée alors à des cas plus simples, elle est plus facile et suivie de meilleurs résultats.

Elle peut être contre-indiquée par « les affections générales ou locales indépendantes de la présence du kyste et capables d'entraîner par leur évolution ultérieure la mort des malades » (Duplay). La tuberculose, le cancer, les affections du cœur, du foie, des reins, doivent être recherchés et arrêter le chirurgien, au moins si leur développement est assez avancé pour que la malade soit menacée dans un avenir prochain. Certaines de ces affections, à leur début, ou convenablement améliorées par une thérapeutique appropriée, n'empêcheront pas la réussite d'une intervention dont la malade pourra amplement profiter.

Les adhérences très multipliées, anciennes et solides, quand elles sont diagnostiquées et qu'elles immobilisent la tumeur, sont une véritable

contre-indication à l'intervention. Il s'agit surtout ici des adhérences pelviennes et de l'enclavement.

Certains accidents, tels que le volume exagéré avec surdistension et gêne excessive de la respiration et de la circulation, doivent être traités d'abord par des moyens palliatifs tels qu'une ponction. Ils constituent une contre-indication momentanée. Enfin, la malignité du néoplasme, si elle est reconnue, doit, ainsi que sa dégénérescence cancéreuse, défendre toute intervention.

D'autres accidents, au contraire, tels que l'inflammation, la rupture du kyste, la torsion pédiculaire et la rupture, peuvent être des indications à agir immédiatement. L'ovariotomie rapide est souvent alors la seule ressource pour sauver la malade. Il en est, du reste, de même de certaines inflammations péritonéales.

Enfin, la coexistence d'une grossesse avec le kyste de l'ovaire est souvent embarrassante, et a été regardée tantôt comme une contre-indication, tantôt comme une indication formelle d'ovariotomie. Les chirurgiens actuels semblent adopter surtout cette dernière opinion.

L'opération étant décidée, faut-il oui ou non la faire précéder de la ponction ? Il semble aujourd'hui que cette question doit être résolue par la négative, et que la ponction doit être réservée aux seuls cas « où elle peut être de quelque utilité, soit pour soulager les malades, soit pour assurer le diagnostic » (Terrier).

Nous ne pouvons ici décrire en détail une opération aussi longue que l'ovariotomie, nous nous bornerons à en indiquer les principaux temps, ainsi que les accidents pendant et après l'opération.

La malade sera préparée, les jours qui précèdent elle sera baignée, purgée, et on assurera autant que possible l'antisepsie vaginale. Pendant l'opération, toutes les précautions de l'antisepsie la plus minutieuse doivent être prises non seulement par le chirurgien, mais par ses aides. Les membres inférieurs de la malade seront soigneusement entourés de ouate pour éviter tout refroidissement. L'anesthésie sera confiée à un aide sûr, car elle doit être, pendant toute la longueur de l'opération, constante et complète. Tous les instruments, les éponges, les linges, etc., seront soigneusement désinfectés.

L'opération en elle-même comprend plusieurs temps :

1° L'ouverture de l'abdomen sera faite au bistouri, sur la ligne médiane, dans la ligne blanche; elle doit s'étendre du pubis au voisinage de l'ombilic et sera agrandie ultérieurement par en haut jusqu'à l'appendice xyphoïde, si cela est nécessaire.

L'ouverture du péritoine, faite sur une sonde cannelée, sera précédée d'un lavage antiseptique de la plaie et d'une hémostase parfaite.

2° Le kyste, mis à nu, doit être ponctionné et évacué avec un gros trocart explorateur. Le trocart de Kœberlé paraît un des plus avantageux. Le kyste vidé autant que possible, le trocart est retiré, la plaie