

du kyste est saisie et fermée avec des pinces spéciales pour éviter l'écoulement du liquide dans l'abdomen.

3° L'énucléation et l'enlèvement du kyste se font ensuite. Ce temps, très simple s'il n'y a pas d'adhérences, peut être le plus long et le plus compliqué dans le cas contraire. Les adhérences molles sont déchirées avec le doigt, les autres doivent être liées entre deux ligatures. Les adhérences viscérales seront disséquées et liées avec un soin particulier. Les petites déchirures de l'intestin et de la vessie seront immédiatement suturées avec un catgut fin. Si la dissection est trop laborieuse sur un point, il vaut mieux réséquer une portion de la paroi kystique et la laisser adhérer à l'intestin que de risquer de blesser trop largement la paroi intestinale. Pendant la dissection des adhérences et l'extraction du kyste, il sera indiqué de maintenir avec des serviettes chaudes les anses intestinales qui tendent à s'échapper de l'abdomen.

4° Le pédicule lié et sectionné et la tumeur enlevée, comment faut-il le traiter? Deux méthodes sont en présence. Dans le traitement extrapéritonéal, le pédicule, solidement étreint par une ligature ou par un clamp, est fixé à la partie inférieure de la plaie abdominale. Au bout d'un temps qui varie entre treize et trente jours, le pédicule se détache, le clamp tombe et la plaie abdominale se ferme. Dans la méthode intrapéritonéale, le pédicule est cautérisé, ou mieux solidement étreint par une ou plusieurs ligatures en chaîne avec un fil aseptique très fort, catgut n° 4, soie phéniquée, etc. Les ligatures sont plus ou moins multipliées suivant le volume et la vascularisation du pédicule. Celui-ci est alors réduit dans l'abdomen et complètement abandonné. La méthode extrapéritonéale a donné de beaux succès, mais on lui préfère aujourd'hui la méthode intrapéritonéale, qui a l'avantage de permettre une fermeture immédiate de l'abdomen, et d'éviter, d'une manière encore plus certaine, les accidents inflammatoires et l'infection péritonéale.

5° Avant de fermer la plaie, et après avoir exploré attentivement l'autre ovaire pour s'assurer qu'il n'est pas atteint d'une tumeur similaire, on procède à une hémostase absolument complète. Ceci fait, il faut terminer par la toilette du péritoine. On désigne ainsi un nettoyage très complet, très minutieux, de la cavité abdominale, que l'on fait en passant partout, mais sans violence. On la pratique soit avec des éponges fines et neuves, soit mieux encore en lavant à très grande eau, avec de l'eau tiède et bouillie, aussi longtemps qu'il est nécessaire pour que le liquide ressorte absolument clair, propre et limpide. On place pour cela, dans les parties déclives de la cavité, dans le cul-de-sac de Douglas par exemple, une canule de verre en communication avec un vase contenant plusieurs litres de liquide. On laisse ce liquide couler librement, remplir la cavité abdominale, et sortir par la plaie

entre les cuisses de la malade. On peut ainsi être amené à faire passer dans l'abdomen 20 à 30 litres de liquide.

6° Le sixième temps comprend la suture de la plaie abdominale, que l'on fait avec de la soie, du crin, ou des fils d'argent. D'ordinaire cette suture comprend plusieurs étages; le péritoine est suturé séparément au catgut pour éviter les éventrations. Puis le reste de la paroi est réuni par une série de sutures profondes comprenant toute son épaisseur. Entre ces fils profonds, on place une série de points superficiels fermant hermétiquement l'incision cutanée. Dans quelques cas complexes, à hémostase difficile, on peut être amené à drainer la plaie; on établit alors un drain qui ressort soit par le vagin, soit par la plaie abdominale. Cependant les chirurgiens sont à peu près unanimes à préférer, toutes les fois qu'ils le peuvent, la fermeture complète sans drainage.

L'opération terminée, l'abdomen est recouvert par un très grand pansement antiseptique et compressif, dont les détails varient avec la pratique de chaque chirurgien.

Les jours qui suivent l'opération nécessitent des soins minutieux. La malade doit être tenue à une bonne température, plutôt chaude. Les urines seront évacuées par le cathétérisme, et l'alimentation se composera de quelques gouttes de lait, pendant les deux ou trois premiers jours. Certains chirurgiens préconisent même, dans cette période, une diète absolue.

Vers le troisième ou le quatrième jour, il sera quelquefois avantageux de provoquer une selle ou deux par une légère purgation.

Les pansements seront rares et les fils retirés vers le dixième ou le douzième jour, si tout paraît réuni; plus tard, s'il est nécessaire.

Il peut survenir, après l'ovariotomie, un certain nombre de complications capables de compromettre le résultat final: ce sont des vomissements, des hémorragies secondaires, l'élévation de la température, la péritonite et la septicémie.

Les vomissements, au moins au début, sont dus au chloroforme et peu graves. Plus tard ils annoncent la péritonite. Les hémorragies secondaires peuvent être très sérieuses et forcent souvent le chirurgien à ouvrir de nouveau le ventre pour lier les vaisseaux qui donnent. L'élévation de la température peut, si elle est trop considérable, et dépasse 38°,5, nécessiter l'emploi des réfrigérants: dans certains cas, elle est due à l'existence d'une péritonite. La péritonite et la septicémie sont des accidents de la plus haute gravité et d'ordinaire rapidement mortels. En présence de l'insuffisance des moyens que nous avons à notre disposition pour les combattre, certains chirurgiens n'ont pas hésité à ouvrir de nouveau le ventre pour faire de nouveaux lavages péritonéaux et quelquefois établir un drainage. Cette méthode hardie a donné quelques succès, mais ils sont encore trop peu nombreux

pour qu'on puisse se faire à ce sujet une opinion solidement motivée.

Enfin, même en dehors de ces complications, après des opérations très longues où la malade a perdu beaucoup de sang, on les voit succomber en quelques heures, soit par suite du choc opératoire, soit de syncope. Le tétanos, les hémorragies secondaires, les phlébites et même l'occlusion intestinale ont quelquefois aussi emporté des malades. Mais les causes les plus fréquentes de la mort après l'ovariotomie sont la péritonite et la septicémie.

Nous ne pouvons terminer l'étude des kystes de l'ovaire sans indiquer encore un traitement qui a été quelquefois employé, c'est l'incision. Dans cette méthode le kyste, largement ouvert, doit se rétracter après suppuration et bourgeonnement de la paroi interne. Cette incision, accompagnée d'une résection aussi étendue que possible des parois du kyste, est réservée, de nos jours, aux cas dans lesquels l'étendue et le nombre considérable des adhérences empêchent l'énucléation complète du kyste. On pratique donc ainsi une ovariectomie incomplète. Les parois du kyste sont alors suturées aux bords de la plaie abdominale, pour éviter l'épanchement du liquide dans l'abdomen; la poche est drainée, largement lavée tous les jours avec des solutions antiseptiques, et finit par se combler à l'aide d'un bourgeonnement toujours très lent et accompagné d'une assez longue suppuration. Cette méthode a été décrite en Amérique sous le nom de marsupialisation. « Ce procédé de nécessité est loin, dit Bouilly, de donner des résultats aussi satisfaisants que l'ovariotomie complète : un grand nombre de malades succombent soit à la péritonite, soit à la septicémie à forme lente. »

Quoi qu'il en soit, quand l'ovariotomie a réussi, en dehors des tumeurs malignes susceptibles de récidives et de généralisations, et qui sont très rares, les résultats ultérieurs en sont très remarquables. Sans parler de la proportion considérable des guérisons opératoires, on voit, peu à peu, les malades revenir à la santé, reprendre progressivement leur appétit et leur embonpoint. La guérison qui suit l'ablation des kystes de l'ovaire est une des plus durables et des plus complètes que l'intervention chirurgicale soit capable de donner.

2° KYSTES PARA-OVARIENS.

On désigne sous le nom de kystes para-ovariens ou du ligament large des productions kystiques de volume variable situées entre les deux feuillets du ligament large, et qui paraissent se former aux dépens du corps de Rosenmuller ou bien aux dépens du parovaire.

Le corps de Rosenmuller est ce qui reste de la portion supérieure ou sexuelle du corps de Wolff, laquelle s'atrophie chez l'adulte. Ce corps de Rosenmuller est situé dans la partie externe de l'aileron de la trompe au voisinage de la glande ovarique. Il se présente sous la forme

d'une petite masse, composée d'une quinzaine de tubes atrophiés, très petits, dirigés du hile de l'ovaire vers la trompe, et qu'il est facile de voir par transparence au travers de cet aileron distendu. La partie urinaire ou inférieure du corps de Wolff, en disparaissant à son tour, laisse comme vestige un corps analogue situé à la partie moyenne du ligament large, au niveau du pédicule de l'ovaire, auquel His a donné le nom de parovaire.

C'est dans ces deux organes que prennent naissance les kystes que nous étudions ici.

Les kystes des ligaments larges sont de volume variable. On en rencontre de très petits, qui sont surtout fréquents chez les nouveau-nés et peuvent siéger sur différents points du ligament large. Ils ont tendance à disparaître spontanément. Les autres peuvent atteindre un volume plus considérable et dépassent quelquefois les dimensions d'une tête d'adulte. Ils se développeraient tous aux dépens du corps de Rosenmuller ou du parovaire. D'après Sinety, on pourrait trouver dans certains de ces grands kystes un mode de formation d'origine épithéliale complètement analogue à celui des épithéliomas mucoïdes.

Enfin, il existerait aussi un cas de kyste dermoïde du ligament large, rapporté par Moutard Martin.

Ils sont, en général, uniloculaires et arrondis, quelquefois constitués par une masse plus volumineuse avec un ou plusieurs kystes secondaires. Leur paroi est formée par un sac fibreux assez mince muni de quelques fibres musculaires lisses, qui semblent provenir des lames musculaires existant dans l'épaisseur du ligament large. Leur cavité est tapissée par une couche d'épithélium cylindrique simple ou à cils vibratils, ou d'épithélium caliciforme. Leur volume est variable, depuis un grain de millet pour les plus petits jusqu'à contenir 15 à 25 litres dans les cas les plus volumineux; ils n'atteignent pas toujours ces dimensions extrêmes.

Quel que soit leur volume, ils sont toujours compris entre les deux feuillets du ligament large, auxquels ils sont unis par une couche de tissu cellulaire lâche, ce qui rend leur adhérence assez peu intime avec ces replis séreux. Aussi peut-on, d'ordinaire, facilement les énucléer, en laissant intacte la séreuse péritonéale.

Ils reçoivent, par l'intermédiaire du tissu cellulaire des ligaments larges, un réseau de vaisseaux assez fins. Ils n'ont donc pas, à proprement parler, de pédicule, à moins que l'on ne désigne sous ce nom l'adhérence large par laquelle ils sont fixés plus intimement en une région (Bouilly). Quelquefois, ce pédicule peut être assez allongé, et dans un cas même Kœberlé l'a vu plusieurs fois tordu sur lui-même.

En se développant, ils déplacent l'aileron de l'ovaire, qui se porte sur un de leurs côtés. Cet ovaire, ainsi que la trompe, sont étalés à leur surface sans leur adhérer intimement. La trompe est quelquefois hyper-