Indépendamment de ces torsions du pédicule, les kystes peuvent devenir le siège de processus phlegmasiques qui sont suivis de suppuration, de destruction complète de la poche (1).

Une altération assez fréquente, paraît-il, consiste dans ***la communication du kyste ovarique avec le canal tubaire.*** La trompe est tombée malade, dans ces cas, en même temps que l'ovaire. Ses franges se soudent à la tumeur naissante, la paroi intermédiaire disparaît sous la pression exercée par l'accroissement des masses néoplasiques, et trompe et ovaire se fusionnent en fin de compte pour former une tumeur unique, un ***kyste tubo-ovarique,*** dont les parois gardent les vestiges de leur développement antérieur (2). (Pour plus de détails, voir plus haut, page 466.)

La tendance à l'accroissement si accentuée des tumeurs ovariques s'éteint parfois d'une façon spontanée. Ces tumeurs deviennent alors le siège d'un ***processus régressif.*** Non seulement elles cessent de se développer, mais leur contenu s'altère; les matières solides se séparent et vont recouvrir d'une sorte de couenne la face interne de la poche. Des kystes ainsi altérés peuvent encore diminuer de volume par la résorption partielle de leur contenu.

Une autre forme de métamorphose régressive est la ***dégénérescence graisseuse des kystes.*** Les cellules épithéliales se stéatosent et se reproduisent incomplètement; celles qui sont éliminées sont détruites et se décomposent. Le même travail se fait dans les couches conjonctives des parois, sous l'influence de tout facteur capable d'en troubler la nutrition, donc surtout sous celle de l'***augmentation du contenu kystique.*** On ne rencontre que rarement dans les kystes des dépôts de calcification.

On a déjà mentionné la possibilité pour les kystes de subir la ***dégénérescence carcinomateuse,*** qu'il ait existé antérieurement ou non des excroissances papillaires. Une proportion assez con-

(1) Schrœder, *Handbuch.*, 7e éd., p. 391.

(2) Blasius, *loc. cit.* Halle, 1831. — Richard, *Bullet. génér. de Thérapeutique*, 1857 et *Mémoires de la Soc. de Chirurgie*, 1853, III. — Labbé, *Bullet. de la Soc. anat. de Paris*, 1857. — Hennig, *Monatsschr. f. Geb.* Vol. XXVIII, p. 128. — Spencer Wells, *loc. cit.*, p. 35. — Burnier, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* V et VI. — Runge et Thoma, *Archiv. f. Gyn.* 28, p. 72.

sidérable de kystes ovariques se transforment en carcinomes, le plus souvent d'une façon primitive, rarement en cas de dégénérescence cancéreuse simultanée d'autres organes (1). Les causes de cette dégénérescence sont encore inconnues; en tous cas l'influence de la grossesse ne paraît pas ausssi considérable qu'on a bien voulu le dire.

La dégénérescence carcinomateuse fait des progrès très rapides; elle se propage au péritoine, aux intestins, au mésentère et amène la mort avant que l'ulcération n'ait atteint la tumeur dégénérée elle-même (2).

Les ***symptômes des néoplasmes ovariques*** sont jusqu'à un certain point de leur développement assez inconstants. Bien souvent les femmes ne s'aperçoivent de l'existence de la tumeur qu'au moment où l'augmentation de volume du ventre fait supposer une grossesse à l'entourage, grossesse sur laquelle il s'agit d'avoir des renseignements certains. D'autres fois la découverte est tout à fait fortuite, sans cause appréciable. Ces tumeurs ont évidemment été silencieuses au début, et alors même qu'elles remplissent presque la cavité abdominale, beaucoup de malades ne peuvent encore donner des indications précises sur les phénomènes déterminés par elles. Il y a des femmes qui dès le commencement se plaignent de malaises, de tension, de plénitude abdominale. Les petits accidents du côté de la vessie et du tube intestinal disparaissent parfois tout d'un coup et pour quelque temps, après que la malade a pris pendant longtemps des purgations répétées; cela s'explique par l'ascension de la tumeur dans la cavité abdominale où elle trouve toute latitude pour se développer. D'autres fois les kystes s'accompagnent, dès les premiers temps de leur évolution, d'accidents violents, parfois même très graves. Les malades ressentent de bonne heure des douleurs s'irradiant dans le côté, une sensibilité très grande des parois abdominales situées au-dessus de la tumeur, etc. Alors même que ces symptômes disparaissent au cours du développement du néoplasme, le soulagement n'est que de peu de

(1) Cohn, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* XII. — Léopold, *Deutsche med. Woch.* 1887, n° 4.

(2) Köberlé, *Gaz. hebdom.* 13 juillet 1886. — A. Martin, *Berl. Kl. Woch.* 1878, n° 12.

durée; car bientôt les phénomènes de compression et de réplétion reparaissent à la suite de l'augmentation de volume de la tumeur kystique.

Lorsque les annexes tombent malades, l'utérus participe très souvent au processus pathologique, et l'on rencontre fréquemment dans les affections ovariques des symptômes d'endométrite et de métrite chroniques. Parmi les autres manifestations morbides il convient de citer les menstruations profuses (1), quoique indolores. La suppression des règles dans la dégénérescence kystique des ovaires est relativement rare. Toutes ces malades sont d'habitude phtisiques ou deviennent une proie facile pour la cachexie.

Les femmes qui présentent des hémorragies cataméniales profuses, ont en même temps des écoulements leucorrhéiques abondants pendant la période intermenstruelle, de sorte qu'elles se plaignent des symptômes d'une endométrite intense. Ces règles qui, nous l'avons déjà dit, ne sont pas d'habitude le moins du monde douloureuses, peuvent cependant s'accompagner de vives souffrances dans le cas où l'accroissement de la tumeur a provoqué une sorte d'incarcération de la matrice. Quant à la compression exercée sur la vessie, elle donne lieu à de fréquentes envies d'uriner; mais grâce à la souplesse du réservoir urinaire, celui-ci peut, de même que dans la grossesse, se développer vers l'un ou l'autre des côtés et ne pas souffrir du tout dans son fonctionnement, même lorsqu'il s'agit de néoplasmes très volumineux. Ce n'est qu'en cas de tumeurs énormes, alors que le contenu tout entier de la cavité abdominale est comprimé, qu'il survient parfois de l'émission involontaire des urines et que ce symptôme vient dominer la scène séméiologique.

L'intestin souffre presque toujours de la dégénérescence de l'ovaire. Celle-ci donne naissance à une atonie intestinale des plus pénibles qui, associée à l'oblitération du calibre, gêne considérablement la digestion et exerce une influence fâcheuse sur la nutrition.

C'est un phénomène bien connu que l'émaciation des femmes atteintes de tumeurs ovariques; les traits du visages surtout

(1) Czempin, *loc. cit.*

sont tellement tirés, qu'on parle aujourd'hui du facies ovarique. Reste à savoir si l'amaigrissement est le résultat de la soustraction faite à l'organisme par la tumeur, des éléments servant à sa nutrition, ou si elle n'est pas due plutôt aux troubles permanents de la digestion. L'amaigrissement est souvent en contraste frappant avec le développement du ventre, à la surface duquel on observe les plexus veineux supplémentaires bien connus; en même temps il y a de l'œdème des extrémités inférieures, des palpitations cardiaques, le tableau en somme d'une cachexie générale.

Les accidents ultérieurs sont provoqués ordinairement ***par des modifications qui surviennent à la surface ou dans le contenu de la tumeur.*** Les adhérences superficielles gênent le fonctionnement des organes intéressés; le moindre mouvement, le moindre changement de position au lit devient douloureux si la tumeur a contracté des adhérences avec la paroi abdominale. Les symptômes sont surtout prononcés du côté des intestins; on observe des coliques violentes, du tympanisme, de la flatulence, des vomissements, des souffrances vives et continues du côté du péritoine, et, lorsque la tumeur refoule le diaphragme, des troubles de la circulation et de la respiration.

Presque toujours les symptômes indiqués ci-dessus ont une marche graduelle et exercent une influence progressive sur la santé générale; ce n'est que l'apparition d'accidents aigus qui éveille l'attention de la malade et de son entourage en leur faisant comprendre toute l'étendue du mal. Ces troubles intercurrents résultent le plus souvent d'états irritatifs du ***péritoine,*** qui précèdent les adhérences et présentent les manifestations ordinaires de la péritonite.

Les ***ruptures*** se révèlent par l'apparition de signes de collapsus très aigus, sans cependant que ceux-ci prennent une forme excessivement menaçante. Quant aux ***hémorragies*** intra-kystiques, à la ***suppuration*** et à la ***décomposition*** du contenu de la tumeur, elles déterminent nécessairement une anémie grave, de la fièvre hectique et une prostration rapide des malades. Au surplus la marche des néoplasies ovariques est souvent extrêmement lente et dure de longues années. Quelquefois au

contraire l'augmentation de volume de la tumeur est des plus rapide. Les poussées aiguës d'accroissement, greffées sur un développement lent d'habitude, dépendent d'altérations survenues dans la masse kystique ou bien marquent l'apparition de la dégénérescence maligne dans une tumeur à caractère bénin jusqu'alors.

Sans tenir compte des variations de la santé occasionnées par les différentes modifications que subit la tumeur, il n'y a pas à nier que même les kystes ovariques les plus simples ne puissent faire périr les malades. Dans ces cas celles-ci meurent en proie à une cachexie profonde, ou sont enlevées rapidement par les catarrhes bronchiques ou intestinaux les plus légers, ou encore par des accidents en connexion avec la néoplasie elle-même, par des thromboses, de la gangrène, des escarres, etc.

L'influence des néoproductions ovariques sur la ***vie sexuelle*** de la femme est des plus variable ; quoique la ***stérilité*** accompagne fréquemment le développement des kystes ovariques, il est des cas où l'aptitude à la conception n'est aucunement entravée. J'ai observé bien des cas où la grossesse suivit l'ablation d'un ovaire dégénéré, le second qui était sain ayant été conservé. J'ai vu une femme qui devint enceinte après avoir subi une ovariotomie simple et une ponction de l'autre ovaire pour un kyste du volume d'une grosse noix. (Voir plus bas pour la résection partielle de l'ovaire.)

Tant que les kystes ovariques sont d'un petit volume et ne restent pas enclavés dans le petit bassin, la grossesse peut incontestablement suivre son cours à côté du néoplasme et la parturition s'opérer d'une façon normale. Ce n'est que quand ces tumeurs, arrivées à un développement considérable, gênent le développement de l'utérus gravide, amènent une distension trop forte de l'abdomen et mettent par conséquent en péril la malade, ou encore quand, enclavées dans le petit bassin, elles mettent obstacle à l'expulsion de l'enfant, ou enfin quand dans les tumeurs elles-mêmes il se produit des altérations délétères, que la situation devient grave. Il semble que les néoplasmes de l'ovaire augmentent de dimension sous l'influence de la grossesse ; l'accouchement lui-même est une cause occasionnelle fréquente de torsion

BIBLIOTECA

du pédicule, d'hémorragies intrakystiques ou de décomposition du contenu de la tumeur. En tous cas il est certain que les processus phlegmasiques pendant la période des couches donnent naissance à un travail de décomposition dans les kystes de l'ovaire.

Les recherches récentes, nous le répétons, montrent l'extrême fréquence de la ***dégénérescence carcinomateuse*** des tumeurs au début tout à fait bénignes. On ne peut pas encore établir de conclusions sans appel à ce sujet ; il semblerait cependant que les formes ***papillaires*** ne seraient pas seules le premier degré de l'acheminement de la masse néoplasique vers la malignité, et que les formes ***glandulaires*** auraient une prédisposition des plus suspectes à la récidive et à la transformation maligne ultérieure.

L'introduction en gynécologie de l'exploration bimanuelle a considérablement facilité le ***diagnostic*** des tumeurs ovariques. Aujourd'hui on les diagnostique avec certitude, avant qu'elles ne remplissent la cavité abdominale tout entière. Tant qu'elles sont situées dans la profondeur du bassin, on arrive facilement en général à les délimiter par rapport à la matrice. Il n'y aura pas d'erreur possible si elles sont mobiles, si elles partent du niveau ordinaire de l'ovaire, et si à côté d'elles on ne trouve point d'organe ressemblant à ce dernier. L'appréciation sera plus difficile si la masse kystique a contracté des adhérences avec le voisinage, si cette masse, soudée à l'utérus, a dévié celui-ci et a subi elle-même un déplacement anormal, par suite d'un mouvement de torsion sur son axe. Dans ces cas il faut tout d'abord chercher à isoler la matrice, fût-ce au moyen du chloroforme et avec l'aide de la sonde ; puis on cherchera à sentir les organes qui correspondent aux ovaires, non seulement par l'exploration vaginale, mais encore par le toucher rectal. On pourra encore avoir recours à la descente de l'utérus au moyen de la pince à mors (*Hegar*) ou au soulèvement de la tumeur tel que le recommande *Schultze* (1). La plupart du temps on réussit ainsi à établir le siège de la tumeur, à explorer sa surface, à se rendre compte de sa consistance, de sa grosseur et de l'état du pédicule.

(1) *Centralbl. f. Gyn.* 1879, nº 6, et 1880, nº 1.

Je tiens à faire remarquer qu'une palpation minutieuse des diverses parties de la tumeur, et les tentatives destinées à édifier un diagnostic exact exigent les plus grandes précautions. Trop souvent ces explorations déterminent des lésions ou des déchirures d'adhérences délicates, la rupture de kystes superficiels, surtout de kystes tubaires ou tubo-ovariques situés à côté de l'utérus. Trop souvent j'ai eu à opérer des tumeurs à la suite de destruction précoce, de ruptures et de phlegmasies aiguës dues à ces tentatives, dans des cas où le désir seul d'une démonstration claire et complète avait été le mobile des investigations. Il est vrai que jusqu'à présent j'ai toujours réussi, grâce à une laparatomie immédiate, à conjurer les accidents et à rendre inoffensifs l'épanchement de sang ou de pus dans l'abdomen et les déchirures des adhérences, alors même que mes malades présentaient de la péritonite aiguë, une température de plus de 40° et un pouls de 136° et au-dessus. Dans l'intérêt des malades cependant il faut faire ressortir qu'il suffit de déterminer l'existence de la tumeur, son volume, sa consistance et ses rapports avec le voisinage. Des explorations plus minutieuses ne me semblent justifiées et permises que quand l'explorateur est en état de remédier par une laparatomie pratiquée avec toutes garanties de succès aux complications qu'il peut créer.

Le ***diagnostic différentiel*** devra tenir compte, en cas de ***tumeurs de petit volume,*** de bien des conditions qui n'ont pas d'importance pour celles ***qui sont déjà sorties du petit bassin***. Lorsqu'il s'agit de ces dernières, la constatation de la mobilité et le contrôle du pédicule sont très faciles ; de plus tout ce qui est du domaine de la cavité abdominale entre en ligne pour l'édification du diagnostic différentiel. Au contraire quand les ***tumeurs sont petites***, quand elles résident encore dans le petit bassin, il faut tout d'abord savoir si elles sont en connexion ou non avec l'utérus. L'erreur avec une ***grossesse commençante*** n'est que trop fréquente. Aussi ne peut-on prendre trop de précautions pour établir le diagnostic. Et en effet, dans la grossesse, il se produit parfois, même en dehors de toute affection des organes génitaux, une élongation spéciale sus-vaginale du col qui confère au corps de l'utérus une mobilité presque absolue par rapport au

col (1). Dans ces cas on est tenté de regarder le col comme un utérus entier, parce que l'on n'arrive pas à palper exactement le point de transition aminci entre le col et le corps, point qui est d'ailleurs situé généralement très en arrière. On croit alors avoir le droit de regarder cette tumeur mobile comme un néoplasme et un néoplasme de l'ovaire, parce que placée tout à fait de côté, elle a l'air d'avoir refoulé l'utérus vers les parties latérales ; parce que sa mobilité est presque extraordinaire ; parce qu'enfin sa consistance et l'état de sa surface ne rappellent pas du tout la dureté et les bosselures du fibroïde. La confusion avec ces états gravidiques est d'autant plus facile que la menstruation est très irrégulière, c'est-à-dire qu'il y a des hémorragies (c'était du moins le cas dans les faits observés par moi), que la coloration et le ramollissement des organes génitaux ne donnent pas des indications suffisantes, que les bruits cardiaques ne peuvent être perçus en raison de l'époque précoce de la grossesse, et que les femmes éprouvent précisément dans ces cas des troubles profonds de la santé générale (dépression des forces, amaigrissement, chute des cheveux, insomnies, anorexie, troubles digestifs des plus pénibles).

On évitera la confusion avec ***les fibromes sous-péritonéaux de l'utérus*** par la connaissance de ce fait que, dans les fibromes, l'allongement sus-vaginal du col est rarement assez prononcé pour qu'on ne distingue pas avec certitude le corps utérin à côté de la tumeur. Il ne faudra pas oublier, dans ce cas, qu'il existe le plus souvent des noyaux multiples et qu'il n'y a aucun empêchement à ce que l'on trouve des nodosités dures dans le corps de l'utérus. Au surplus les fibromes ont en général un pédicule bien plus court que celui que l'on observe dans les cas de grossesse. Leur développement est bien plus lent que celui de l'utérus gravide ou des tumeurs ovariques. Quant à moi je crois que l'exploration combinée, aidée du chloroforme, ne laissera subsister aucun doute sur la différenciation des trois états susnommés, tumeur ovarique, grossesse avec élongation sus-vaginale du col et fibromes pédiculés sous-péritonéaux, et qu'au besoin même l'abaissement utérin de *Hegar* avec l'extension du pédicule qu'il

(1) Voir ma communication in *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, tome V.

détermine, ou bien la propulsion de la tumeur hors du petit bassin d'après le procédé de *Schultze* suffisent pour permettre l'édification du diagnostic différentiel.

La consistance, la couleur et les pulsations au niveau du col et de la voûte vaginale sont des facteurs très importants pour empêcher la confusion avec la grossesse, à moins que les renseignements fournis par la malade elle-même au sujet de l'irrégularité ou de la suppression des règles n'aient déjà suffisamment éclairé le praticien.

Parmi les tumeurs siégeant à côté de la matrice, celles qui méritent une attention spéciale sont les néoplasmes développés dans le ***ligament large*** et ***ceux des trompes de Fallope.***

Autant les ***tumeurs du ligament large*** sont rares, autant elles sont difficiles à différencier des tumeurs ovariques qui se sont soudées largement au plancher du ligament large par l'intermédiaire d'exsudats ou d'adhérences (1). Dans les deux cas la mobilité est ou complètement nulle ou simplement apparente. La constatation d'un ovaire à côté de la tumeur serait certainement un argument décisif; mais si l'on songe que la poche néoplasique peut se rompre sous notre main si la palpation est un peu trop vigoureuse, cette recherche ne doit être tentée qu'avec les plus grandes précautions.

Dans les ***tumeurs kystiques*** du ligament large, il serait à désirer qu'on pût se renseigner par la ponction et l'évacuation du contenu de ces tumeurs. Le liquide qu'elles renferment est transparent, pauvre en albumine, deux caractères qui le distinguent complètement du liquide ovarique. Mais quant à moi je regarde la ponction exploratrice comme n'étant pas inoffensive le moins du monde. En admettant même la possibilité pour le kyste de s'affaisser après la ponction et de ne plus se remplir, je préférerais pratiquer la laparatomie et énucléer la tumeur par l'ouverture abdominale; car les kystes de ce genre sont rares, et je crains plus la production dans la profondeur d'une lésion impossible à contrôler qu'une mise à découvert immédiate de la région sous l'égide de l'antisepsie.

(1) Sanger, *Arch. f. Gyn.* 16, p. 258.

BIBLIOTECA

Il est parfois extrêmement difficile de distinguer les ***tumeurs de la trompe*** de celles de l'ovaire. Dans bien des cas l'examen combiné permettra de saisir, entre la main abdominale et celle qui se trouve dans le vagin ou dans le rectum, le segment qui relie la poche tubaire à la matrice. Ce segment donne la sensation d'un cordon, de la grosseur d'un crayon, qui naît de la corne utérine et va se perdre dans la masse néoplasique, après un trajet plus ou moins long et flexueux. Les tumeurs de la trompe se présentent sous la forme de grosses masses offrant des bosselures multiples et des flexuosités suivant leur axe longitudinal. Tantôt elles remplissent l'un des côtés de leurs circonvolutions vermiculaires, tantôt elles occupent, quand elles ont plus de développement, toute la cavité du petit bassin. Dans ce dernier cas l'exploration rencontre évidemment les plus grandes difficultés. Malgré cela, tant que le néoplasme n'a pas acquis un volume par trop considérable, l'état de l'extrémité utérine de la trompe pourra toujours servir de caractère pathognomonique. D'autres fois la trompe se confond avec la masse de la tumeur ovarique, et la distinction entre celle-ci et la tumeur tubaire deviendra pour ainsi dire impossible sans et assez souvent même avec le secours de la laparatomie.

Le diagnostic différentiel des tumeurs de petit volume d'avec les ***exsudats paramétriques et péritoniques*** n'est généralement pas trop difficile. Les ***exsudats paramétriques***, dont les commémoratifs indiqueront presque toujours la connexion avec un accouchement, avec un avortement ou avec une intervention opératoire, s'étendent dans la profondeur du ligament large. Rarement ils présentent une délimitation aussi complète que les tumeurs, et ils sont toujours absolument immobiles. L'exsudat embrasse, le cas échéant, les côtés de la paroi postérieure de l'utérus et l'immobilise, tandis que les tumeurs ovariques offrent des contours arrondis, nettement séparables de la matrice. Le diagnostic ne devient malaisé que si les exsudats sont atrophiés et siègent dans le ligament large, sous forme de reliquats enkystés, ou si les tumeurs ovariques se compliquent d'exsudats de ce genre dans le ligament large ou le péritoine. La configuration spéciale de ***l'exsudat périmétrique*** siégeant dans le cul-de-sac