lever la poche elle-même. On emploiera au besoin le procédé sur lequel j'aurai à revenir à propos des adhérences contractées par les kystes ovariques, je veux parler de la suture abdominale de la plaie produite par l'ablation de la tumeur et de son drainage par le vagin. Les tentatives autres de destruction des kystes dermoïdes ne donnent que des résultats médiocres.

J'ai opéré jusqu'à présent neuf tumeurs dermoïdes.

4 — Tumeurs solides de l'ovaire

On réunit sous le nom de tumeurs solides de l'ovaire les ***fibroïdes***, les ***carcinomes*** et les ***sarcomes***, quoique toutes ces formes néoplasiques se trouvent associées à des productions kystiques. Les tumeurs solides (1), comparées aux kystes, sont rares. *Léopold* donne une proportion de 1,5 %. Moi-même j'ai enlevé quatorze tumeurs solides sur un total de deux cent huit néoplasmes. Toutes les formes de tumeurs solides présentent cette particularité qu'elles sont bilatérales bien plus souvent que les kystes. Elles n'atteignent pas habituellement le volume de ceux-ci; elles ont une configuration plus ou moins ovalaire, se rapprochant de celle de l'ovaire lui-même. Leur pédiculisation s'opère le plus souvent d'une façon spéciale : la trompe vient faire partie du pédicule bien plus tard que dans les cas de kystes. Enfin elles offrent peu de tendance à contracter des adhérences, probablement parce qu'elles prédisposent à un degré tout particulier au développement de l'ascite.

A — *Fibrome*

Les fibromes, qui sont très rares, peuvent acquérir un volume énorme. J'ai enlevé en juin 1886 à la même femme deux ovaires ayant subi la dégénérescence myxofibromateuse qui pesaient ensemble deux mille cinq cents grammes (2). Ces tumeurs représentent une hypertrophie uniforme de l'ovaire, dont la forme et les rapports avec le ligament large sont conservés (1). *Virchow* nous y a démontré la présence de quelques fibres musculaires lisses; mais ce fait est rare; les tumeurs ont plutôt le caractère exclusivement fibreux.

(1) Th. S. Lee, *Tumeurs de la matrice*, Berlin, 1848. — Virchow, *Tumeurs* III, 222. — Ingham, *Americ. Journ. of Obst.* VI, p. 106. — Spenger Wells. *Diseases of the Ovaries*, 1870. — Leopold, *Arch. f. Gyn.* VI et XIII. — Coe, *Americ. Journ. of Obst.* 1882, XV, p. 261.

(2) Orthmann, *Ges. f. Geb. u. Gyn.*, 25 juin 1886.

La confusion avec les néoplasmes utérins est facile. *Schroeder* (2) va jusqu'à se demander si les fibromyômes de l'ovaire n'ont pas leur point de départ dans l'utérus et si ce ne sont pas les fibromes vrais seuls qui sont d'origine ovarique. Le cas observé par *Waldeyer* (3) où la tumeur avait une structure absolument ostéoïde et celui décrit par *Kleinwächter* (4) où la masse néoplasique était complètement ossifiée, constituent de rares exceptions. *Rokitansky*, *Klob* et *Jenks* (5) relatent des faits où de petits fibroïdes s'étaient développés dans un corps jaune.

Les fibromes ne donnent pas lieu à des ***symptômes*** propres. En règle générale ils s'accompagnent d'ascite. Dans certains cas très rares, il s'y crée des foyers de fonte ou de suppuration, principalement en connexion avec l'état puerpéral.

L'édification d'un ***diagnostic*** sûr est impossible.

Quant au ***pronostic*** il n'est pas défavorable, parce qu'ordinairement le développement des fibromes est lent et qu'il peut même subir des arrêts.

L'extirpation de la tumeur sera l'unique ressource ***thérapeutique***. La tumeur enlevée, l'ascite disparaît aussi.

B — *Carcinome*

Il faut distinguer les cas de carcinome primitif de ceux où l'ovaire kystique a subi la dégénérescence cancéreuse. Le carcinome primitif de l'ovaire n'est pas lié, comme celui des autres organes génitaux, à l'âge mûr.

On l'observe tantôt sous forme d'infiltration diffuse intersti-

(1) Spiegelberg, *Monatsschr. f. Geb.* XXVIII, p. 415.
(2) Schrœder, *Handb.* 7e édit., p. 436.
(3) Waldeyer, *Arch. f. Gyn.* II, p. 440.
(4) Kleinwæchter, *Ibid.* III, p. 171.
(5) *Americ. Journ. of Obstetr.* VI, p. 107.

BIBLIOTECA

tielle, tantôt sous forme de noyaux cancéreux disséminés. Dans le premier cas, l'organe est transformé en une masse carcinomateuse unique, ayant à peu près conservé sa configuration normale, mais fortement augmentée de volume; dans le second l'ovaire est devenu une tumeur présentant à sa surface des bosselures multiples. On peut considérer comme un sous-genre de dégénérescence carcinomateuse les végétations papillaires qui recouvrent la surface de l'ovaire et qui, revêtues d'épithélium cylindrique, se ramifient en tous sens et constituent des excroissances en choux-fleurs (1).

Quant à la dégénérescence cancéreuse des kystes ovariques, elle se développe sous forme de prolifération papillaire ou de carcinome glandulaire intrakystique.

La production de foyers carcinomateux dans l'ovaire irrite toujours fortement la séreuse péritonéale, de sorte que l'ascite et la péritonite chronique font rarement défaut. J'ai observé, bien plus fréquemment que ne l'indiquent les différents auteurs, l'apparition et l'évolution, soit dans le mésentère, soit dans le groupe des ganglions rétropéritonéaux, de noyaux pathologiques disséminés et en apparence indépendants les uns des autres. L'épiploon tombe malade également; tantôt il est transformé en une masse épaisse, couenneuse qui s'insinue, dure comme une planche, entre les intestins et la paroi abdominale; tantôt il se pelotonne par places et forme des bosselures qui donnent l'illusion de tumeurs spéciales et tout à fait atypiques. Dans bien des cas on ne saura pas si le carcinome est primitif ou secondaire (2).

Les ***symptômes*** de l'affection cancéreuse des ovaires demeurent souvent latents pendant longtemps. A un moment donné la tumeur grossit rapidement et détermine des signes de péritonite chronique, d'obstruction intestinale et de marasme. Lorsque l'épanchement ascitique est considérable, le tableau de l'épuisement général peut être dominé par les accidents qui sont en rapport avec l'augmentation de volume du ventre.

(1) Gusserow et Ebert, *Virchow's Arch.* T. XLIII, p. 14. — Klebs, *Handb. der path. Anat.*, 1873. — Birch-Hirschfeld, *Lehrb. der path. Anat.* 1101. — Marchand, *loc. cit.* 1879, fig. 4.

(2) Olshausen, *Krankh. der Ovarien*, 1886, p. 428. — Förster, *Verhandl. der Würzb. phys.-med. Gessellsch.* X, p. 24. — Klob, *loc. cit.* — Thomas, *Amer. Journ. of Obstetr.*, IV. — Wittrock, thèse Erlangen, 1879. — V. Cohn, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, XII, 1885. Discuss. in der *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, ibid.* — Léopold, *Deutsche med. Woch.* 1887, n° 4.

On n'arrive la plupart du temps à poser le ***diagnostic*** que quand il existe déjà une ascite abondante. Parfois on constate nettement la présence, dans le cul-de-sac de Douglas, de noyaux cancéreux, avant ou seulement après l'évacuation de l'épanchement ; en même temps on parvient à délimiter aisément l'ovaire qui offre une segmentation toute spéciale. Dans d'autres cas on se rend facilement compte de l'état noueux du péritoine pariétal qui peut, sinon donner la certitude, du moins faire soupçonner la véritable nature du mal.

J'ai extirpé jusqu'à présent huit tumeurs carcinomateuses de l'ovaire, deux papillomes et un myxome. Parmi vingt-huit cas d'incision exploratrice avec ponction de la tumeur ou réocclusion de la cavité abdominale sans ablation de quoi que ce soit, il y en a vingt-deux où il s'agissait d'un carcinome. Mais ces faits ne peuvent servir pour établir une statistique, car, pour le plus grand nombre d'entre eux, il n'a même pas été possible de déterminer avec certitude le point de départ du néoplasme.

En collationnant les documents de *Schrœder, Cohn* a fourni des données très intéressantes au point de vue du ***pronostic*** des carcinomes de l'ovaire. En y ajoutant les chiffres indiqués par *Léopold* au commencement de l'année 1887, nous arrivons à montrer que, lorsque l'extirpation est faite en temps opportun, plus de 20 °/₀ des malades guérissent pour plus d'une année. Je n'ai pas encore pu utiliser mes propres observations pour la solution de cette question. Il faut certainement des chiffres statistiques plus élevés pour permettre de poser des conclusions définitives. Mais dès aujourd'hui l'on peut affirmer :

1° Que l'affection carcinomateuse des ovaires est relativement fréquente (16, 6 °/₀);

2° Que la possibilité de la guérison en cas d'extirpation opportune est prouvée, et

3° ***Que, pour cette raison, il faut extirper les néoplasmes***

ovariques le plus tôt possible, fussent-ils encore petits et presque latents. C'est là la recommandation expresse de *Kœberlé* (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1877, n° 3) et la mienne (depuis 1878).

Le ***traitement*** des carcinomes de l'ovaire ne donnera de résultats favorables qu'autant qu'on réussira à enlever de très bonne heure des tumeurs tout à fait circonscrites. J'ai extirpé, chez une jeune femme de ma clinique, un kyste de l'ovaire qui n'offrait que des excroissances papillaires isolées; dix-huit mois plus tard mon opérée succomba aux progrès de l'ascite. A l'autopsie je constatai l'intégrité absolue du péritoine, surtout du moignon du pédicule. En revanche la vésicule biliaire était profondément dégénérée; c'est cette dégénérescence qui avait occasionné la mort.

Mais souvent ces sortes de malades ne viennent vous consulter que tardivement. Il faut se borner alors à évacuer l'épanchement ascitique et à instituer un traitement symptomatique. Si l'on ne réussit pas à conjurer les accidents, on pourra chercher à soulager les malades par de larges incisions. En tous cas, lorsque le péritoine est infecté, toute tentative d'extirpation sera chose grave, car cette infection même exclut la possibilité d'un traitement du pédicule et d'une hémostase définitive.

Mes documents personnels ne me permettent pas de partager l'opinion d'*Olshausen* qui considère comme fâcheux le pronostic de l'incision exploratrice. Sur vingt-deux femmes chez lesquelles je pratiquai cette incision pour un carcinome de l'ovaire, je n'en ai vu succomber que quatre immédiatement après l'opération; les autres vécurent pendant plus d'un an encore à partir de l'intervention.

Si l'on songe au découragement auquel on livre les malades en leur refusant toute opération, si l'on songe au désespoir de ces malheureuses qui se sentent vouées à une vie désormais toute de souffrances, si l'on pense, d'autre part, au soulagement quoique passager que peut leur procurer une ouverture de la cavité abdominale, on n'hésitera pas à pratiquer l'incision exploratrice dans les cas même absolument désespérés.

BIBLIOTECA

C — *Sarcome de l'ovaire*

La dégénérescence sarcomateuse de l'ovaire (1), qui est très rare, se présente sous la forme du sarcome à cellules fusiformes né dans le stroma conjonctif de la glande, ou sous celle du sarcome à cellules rondes, comme *Beigel* et *Olshausen* (2) en ont décrit des cas. Le ***diagnostic*** de ces tumeurs est généralement difficile à poser. Un développement rapide, une ascite précoce, des signes de péritonite chronique et de cachexie permettront de soupçonner la nature du mal. Dans le sarcome comme dans le carcinome, le traitement ne donne que des résultats douteux.

Je n'ai observé jusqu'à présent qu'un cas unique de cystosarcome.

D — *Tuberculose*

Des cas de tuberculose primitive et isolée n'ont été relatés jusqu'ici que par *Klob* et *Spencer Wells* (3). D'habitude il s'agit d'une tuberculose généralisée du péritoine avec granulie concomitante de l'ovaire. Dans son ouvrage sur la tuberculose génitale, *Hegar* (4) rapporte six cas où les ovaires semblaient, il est vrai, malades à côté des trompes tuberculeuses, mais où il n'y avait pas de tuberculose ovarique vraie.

Ces cas se caractérisent par la tendance à la production d'hydropisies enkystées, et sont ainsi une occasion de confusions avec des tumeurs et d'incisions exploratrices consécutives. On trouve l'ovaire recouvert, sur une étendue plus ou moins considérable, de noyaux tuberculeux; le péritoine lui-même en est envahi; il est fortement épaissi, vascularisé et présente des adhérences absolument anormales avec les intestins ou d'autres organes. Quoique

(1) Wilks, *Transact. of the path. Soc. of London*, X, p. 146. — Virchow, *Tumeurs*, I, p. 369. — Léopold, *Arch. f. Gyn.*, VI.

(2) Beigel, *Krankh. der weibl. Geschlechtsorg.* 1874, p. 440. — Olshausen, *Krankh. der Ovarien*, 1886, p. 420. — Klob, *Path. anat. der weibl. Sexualorg.*, p. 372.

(3) Klob, *Path. anat. d. weibl. Sexualorg.*, p. 372. — Spencer Wells, *loc. cit.*, p. 64.

(4) Stuttgart, 1886.

leur pronostic soit en apparence défavorable, ces cas n'offrent cependant pas de danger aussi immédiat que pourrait le faire supposer le tableau symptomatique. J'ai opéré jusqu'à présent neuf cas de ce genre ; les neuf malades ont parfaitement supporté l'opération et trois d'entre elles, dont j'ai encore des nouvelles, se trouvent considérablement soulagées. Je les ai vues, ces trois-là ; elles sont très bien remises et il semble que l'intervention ait exercé une influence favorable sur la diathèse elle-même. *Schroeder* et *Küster* (1) relatent des observations semblables ; il est vrai qu'ils ont fait largement usage, dans ces cas, de préparations d'iodoforme. Je n'ai eu recours qu'une seule fois à ce médicament ; dans les autres cas j'ai hésité à m'en servir. Je ne le regrette pas, car les résultats ont été satisfaisants même sans l'adjonction de ce moyen thérapeutique.

5 — Ovariotomie

L'histoire de l'ovariotomie a une importance extrême par cela même que cette opération, plus que beaucoup d'autres, débarrasse les malades, à coup sûr, certitude d'un mal qui met leurs jours en danger, et est capable de ramener, à part les cas d'extirpation bilatérale, une *restitutio ad integrum* relativement complète.

Au XVIIe siècle déjà, *Schorkopf* (2) avait eu l'idée de l'extirpation des ovaires et plusieurs auteurs pratiquèrent cette opération. Mais c'est à *Ephraïm Mc Dowell* (3) du Kentucky que revient le mérite d'avoir enlevé des ovaires suivant une méthode déterminée. Elève de *John Bell* d'Edimbourg, il fut poussé à ce mode d'intervention par les conseils de son maître (1809). Peu à peu l'ovariotomie fit du chemin en Amérique ; elle fut érigée en opération courante par *Atlee, Kimball* et *Peaslee* (4). Malgré cela, ce ne fut qu'en 1865

(1) Küster, *Verhandl. der Berl. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn.* 1880.

(2) Schorkopf, thèse de Bâle, 1685.

(3) Ephraïm Mc Dowell, *London med. Gaz.* V, p. 35 ; *Eclect. repertory and analytical. Review.* Phil. Oct. 1818. — Voir également L. Tait, *The pathol. and treatm of diseases of the ovaries.* London, 1874.

(4) Atlee, *Amer. Journ. of med. sc.* XXIX. — Peaslee, *Ovarian tumors. Mem. path. diagn. and treatm.* 1872.

que les dernières oppositions s'évanouirent. Pendant toute la longue durée du développement de l'ovariotomie, la seule modication apportée par les chirurgiens américains au manuel opératoire, consista dans la sortie des fils à ligature à travers la voûte vaginale au moyen d'une aiguille (*A. March*). Presque tous avaient adopté le traitement intrapéritonéal du pédicule. C'est en 1824 que *Lizars* (1) fit, à Edimbourg, la première ovariotomie ; mais celle-ci doit son droit de cité tout d'abord à *Sir Spencer Wells* (2), et puis à *West*, à *Warner* et *Ch. Clay* (3), à *Bird* (4) et à *Baker Brown* (5). Le premier a réduit l'incision abdominale au juste nécessaire ; il a réglé le mode de fixation extra-péritonéale du pédicule et la suture de la plaie abdominale avec le péritoine : en perfectionnant le manuel opératoire de l'extirpation des ovaires, il est devenu le maître de la presque totalité des ovariotomistes. La première ovariotomie fut pratiquée en Allemagne, en l'année 1809, par *Chrysmar* d'Isny (Wurtemberg) ; d'autres chirurgiens ont fait l'ablation d'ovaires avec plus ou moins de succès et plus ou moins indépendamment les uns des autres. Cela n'a pas empêché un chirurgien, tel que *Dieffenbach*, de rejeter cette opération comme non justifiée et trop dangereuse. En 1841, par conséquent antérieurement à *Spencer Wells, Stilling* (6) a recommandé le traitement extra-péritonéal du pédicule. *E. Martin* (7) également eut recours à ce procédé en 1849 et 1851 et en obtint des succès. L'Anglais *Duffin* a, paraît-il, employé la fixation extra-péritonéale du pédicule indépendamment des chirurgiens allemands. Enfin c'est à *Hutchinson* que l'on doit l'invention du premier clamp (1858).

C'est la France qui a fermé le plus longtemps ses portes à l'ovariotomie. A part quelques tentatives à résultats médiocres,

(1) Lizars, *Edinb. med. and surg. Journ.* Oct. 1824.

(2) Spencer Wells, *Dubl. quart. Journ.* 1859. *Diseases of the ovaries.* Londres, 1872.

(3) Ch. Clay, *Med. Times.* 1842, VII.

(4) Bird, *ibidem.* Août 1843.

(5) Baker Brown, *Transact. obstetr. soc. of London*, 1866, VII.

(6) Stilling, *Holscher's Annalen.* Neue Folge, I. 1841 et *Extraperitonealmeth. der Ovariot.* Berlin, 1866.

(7) E. Martin. *Die Eierstockswassersuchten.* Iéna, 1852.

BIBLIOTECA