

tation et la bénignité de l'ovariotomie entreprise à temps, l'hésitation n'est pas permise<sup>1</sup>. Celle-ci n'est cependant pas acceptée sans contestation; certains auteurs préfèrent l'avortement provoqué<sup>2</sup>, l'accouchement prématuré, ou même la simple ponction de la tumeur<sup>3</sup>. Dans les deux premiers cas, l'obstacle apporté au retrait de l'utérus est une cause éventuelle d'hémorrhagie ou d'accidents puerpéraux; dans le dernier cas, on est exposé à blesser l'utérus et l'on a vu le plus souvent l'avortement se produire dans de fâcheuses conditions.

La question se pose différemment, selon qu'on est appelé près de la malade avant ou pendant le travail.

En dehors du travail, je ne crois pas que l'on doive hésiter à faire l'ovariotomie. A la vérité, d'après les statistiques déjà anciennes rapportées par Rémy<sup>4</sup> on constatait, sur 67 ovariectomies faites pendant la grossesse, 15 fois, une interruption de la gestation et la mort de la femme, 22 fois, l'avortement et la guérison et 52 fois l'accouchement à terme et la guérison, en d'autres termes, 19,4 pour 100 de morts pour la mère et 52 pour 100 de morts pour l'enfant. Mais ces résultats se sont bien améliorés depuis. Sur 56 cas opérés par L. Tait, Spencer Wells et Schröder, il n'y a eu qu'une seule mort. Dans l'immense majorité des cas, la vie du fœtus est aussi sauvegardée, et la grossesse continue.

Olshausen mentionne 7 observations où l'utérus gravide fut pris pour une poche kystique et ponctionné. La plupart des opérateurs firent alors immédiatement l'opération césarienne, et 5 malades guérissent<sup>5</sup>.

L'opération avant le cinquième mois de la grossesse est infiniment moins sérieuse que plus tard; d'après Schröder<sup>6</sup>, cela tient à ce que le pédicule ne tarde pas à être raccourci par le dédoublement des

16 janv. 1888. — GRACE PECHAM. *Med. Record.*, 18 févr. 1888, t. XXXIII, p. 177. — WERTH. *Ueber Entstehung von Psychosen in Gefolge von Operationen im weibl. Genitalapparate* (*Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Gynäk.*, 2<sup>e</sup> Congress. Halle, 1888, p. 60 et suiv.). Voir la discussion. — GAILLARD THOMAS. (*New-York med. Journ.*, 25 mai 1889, t. XLIX, p. 580), a cité 6 cas de folie post-opératoire dont 2 mortels: chez 4 femmes, il y avait des antécédents héréditaires: 2, après l'ovariotomie; 1, après la périméorrhaphie; 1, après l'opération d'Emmet; 2, après l'amputation du sein. — Quelques faits publiés paraissent contestables, comme celui de KREUTZMANN (de San Francisco (*New-York med. Monatschr.*, fév. 1889, Bd. 1, n<sup>o</sup> 2, p. 87; il semble qu'il s'agissait là d'accidents urémiques consécutifs à l'ovariotomie.

<sup>1</sup> REUTER. *Ovariectomie bei Gravidität*. Inaug. Dissert., Iena, 1888.

<sup>2</sup> BARNES. *Traité clin. des maladies des femmes*, trad. franç. 1876, p. 341.

<sup>3</sup> STOLTZ, d'après DOUMAIROU. Thèse de Strasbourg, 1868. — TREILLE. *Les tumeurs de l'ovaire dans leurs rapports avec l'obstétrique*. Thèse de Paris, 1875. — BOINET et FERRAND. Article OVAIRE *Dict. encycl.*, 2<sup>e</sup> série, t. XIX, p. 220. — POLAILLON. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, août 1885, p. 607.

<sup>4</sup> S. RÉMY. *De la grossesse compliquée de kyste ovarique*. Thèse d'agrég. Paris, 1886.

<sup>5</sup> OLSHAUSEN. *Loc. cit.*, p. 129.

<sup>6</sup> SCHRÖDER. *Mal. des organes génitaux de la femme*, trad. franç. 1886, p. 434.

ligaments. Quoi qu'il en soit, sur 21 cas opérés après cette période, un seul fut suivi de mort<sup>1</sup>.

Ce n'est que si l'on se trouvait en présence d'un kyste notoirement inopérable qu'on se bornerait à la ponction.

Pendant le travail, on a mis en œuvre, tour à tour, le forceps, la version, la craniotomie, et jusqu'à l'opération césarienne<sup>2</sup>.

Avant tout, il faut essayer de refouler la tumeur au-dessus du promontoire à l'aide des doigts introduits dans le rectum, la femme étant placée en position genu-pectorale. Si l'on ne réussissait pas, on ferait la ponction de la tumeur à travers le cul-de-sac postérieur du vagin (Lomer). Si le contenu en est trop épais pour être ainsi évacué, on a conseillé de faire une large incision à ce niveau, pour enlever le kyste (d'ordinaire dermoïde), dont on n'a pu amener la réduction. Quant au forceps, il expose à de grands dangers de déchirure; la version est rarement exécutable. On n'a guère le choix qu'entre la craniotomie, si le fœtus a succombé, et l'opération césarienne, si le fœtus est vivant.

Pour ma part, je n'hésiterais pas à faire la laparotomie pour reconnaître si l'ablation du kyste est possible; l'ovariotomie lèverait alors l'obstacle et l'accouchement n'aurait plus de difficulté à se faire. Dans le cas contraire, l'opération césarienne ou l'opération de Porro ne me paraissent pas plus graves pour la mère que les violences aveugles et excessives exercées par les voies naturelles<sup>3</sup>, et l'on a, en outre, ainsi l'avantage de sauver l'enfant.

<sup>1</sup> TERRILLON et VALAT (*De la conduite à tenir en présence d'une grossesse compliquée de kyste ovarique* in *Arch. de tocol.*, avril 1888, p. 207) rapportent 5 observations suivies de guérison; il y a eu avortement dans l'une d'elles, où l'opération avait été faite à la fin du 2<sup>e</sup> mois de la grossesse. — O. ENGSTRÖM (*Ueber Ovariectomie während der Schwangerschaft*, in *Centr. f. Gyn.*, 1890, n<sup>o</sup> 41, p. 743) a pratiqué l'ovariotomie pendant la grossesse dans 7 cas; toutes ses opérées ont guéri et accouché à terme, excepté l'une d'elles, qui était sujette à des avortements répétés.

<sup>2</sup> S. RÉMY. *Loc. cit.*

<sup>3</sup> NOLTING (*Schwangerschaft und Geburt complicirt durch Ovarialtumor*. Dissert. inaug., Berlin, 1884) rapporte l'observation d'une femme multipare, ayant un kyste de l'ovaire de la grosseur du poing. Au moment du travail, tentative d'application du forceps insuffisante, ponction du kyste. Enfant mort-né; quatre jours après, la mère succombe à des accidents puerpéraux. — J. WILLIAMS (*Note on the involution of the puerperal uterus in the absence of the ovaries* in *Amer. Journ. of Obstet.*, 1884, p. 778) a fait avec succès l'ovariotomie pendant le travail.

## CHAPITRE IV

### TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE.

Définition. — Division. — Fibromes. Anatomie pathologique. Symptômes. Marche. Diagnostic. Pronostic. Traitement. — Sarcome. Anatomie pathologique. Symptômes. Marche. Traitement. — Épithéliome ou Carcinome. Anatomie pathologique. Symptômes. Marche. Diagnostic. Traitement.

Définition. Division.

**Définition. Division.** — On comprend ordinairement sous le nom de tumeurs solides les fibromes, les sarcomes et les épithéliomes ou carcinomes. Quelques auteurs y joignent les papillomes, les enchondromes et les tubercules; je n'imiterai pas leur exemple. En effet, j'ai présenté l'histoire des premiers avec les kystes papillaires dont ils ne sont, en réalité, qu'une dépendance. L'enchondrome n'a aucune existence clinique propre, c'est une lésion anatomique excessivement rare (Kiwisch). Quant aux tubercules, ils sont très exceptionnellement localisés à l'ovaire, et quand ils donnent lieu à des symptômes, c'est en provoquant une péritonite tuberculeuse, ou une pyo-salpingite où le microscope décèle des cellules géantes et des bacilles, mais dont le tableau symptomatique se confond avec celui des autres suppurations des annexes, à propos desquelles j'en ai parlé; je renvoie au chapitre de l'OOPHORO-SALPINGITE KYSTIQUE.

#### Fibromes.

Anatomie pathologique

**Anatomie pathologique.** — Les fibromes de l'ovaire sont rares. Ils ne forment pas des néoplasmes limités, circonscrits, sorte de parasites presque indépendants des parties voisines, comme les corps fibreux de l'utérus: c'est plutôt ici une dégénérescence fibreuse de l'organe, qui est assez uniformément hypertrophié pour que sa forme et ses rapports ne soient pas dénaturés. Leopold<sup>1</sup> a bien fait ressortir ce fait que la trompe conserve, ici, toute son indépendance, au lieu de devenir solidaire de la tumeur ovarienne, comme cela a lieu pour les kystes. Cependant, si la tumeur a largement dédoublé le ligament

<sup>1</sup> LEOPOLD. *Die soliden Eierstocksgeschwülste* (Arch. f. Gyn., 1874, t. VI, p. 189).

large en s'y enclavant, cette distinction disparaît. On peut, alors, avoir beaucoup de peine à distinguer un fibrome provenant de l'ovaire d'un fibrome provenant de l'utérus, et ayant acquis les mêmes connexions<sup>1</sup>.

Ces tumeurs sont généralement assez petites, quand il s'agit de fibromes purs. Ce sont les fibro-sarcomes<sup>2</sup> ou les fibro-myxomes<sup>3</sup> qui acquièrent des dimensions énormes. Alban Doran<sup>4</sup> a pourtant enlevé un fibrome du ligament de l'ovaire qui ne pesait pas moins de 16 livres. La consistance des fibromes purs est dure, leur surface est mamelonnée; ils sont habituellement pédiculés et libres d'adhérences, à cause de l'ascite qu'ils provoquent. Une variété de fibromes, intéressante au point de vue anatomique seulement, est le fibrome du corps jaune, décrit par Rokitansky<sup>5</sup>; il ne dépasse pas de très petites dimensions. Cependant Klob<sup>6</sup> en a vu un, ayant la grosseur d'une tête d'enfant; à la coupe, on reconnaît vers la surface la coque dentelée du corps jaune dont le microscope permet de retrouver la structure.

Les fibromes ovariens sont ordinairement creusés de petites géodes contenant du liquide; il est difficile de dire si ces cavités proviennent des follicules de de Graaf, de points limités de désintégration moléculaire ou d'ectasies lymphatiques<sup>7</sup>.

On a constaté la calcification et même l'ossification des fibromes de l'ovaire<sup>8</sup>.

La structure des fibromes est surtout fibreuse, dans le sens propre du mot; ils présentent d'abondantes fibres connectives et peu ou point de fibres musculaires lisses; quand celles-ci existent en grand nombre, il est très vraisemblable que l'origine de la tumeur a été méconnue et que cette dernière provient de l'utérus<sup>9</sup>. Exceptionnelle-

<sup>1</sup> SPENCER WELLS (*Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, trad. franç., Paris, 1883) prétend même que la plupart des prétendus fibromes ovariens ne sont que des fibromes utérins migrants.

<sup>2</sup> O. SPIEGELBERG (*Monatschr. f. Geb.*, 1866, Bd. XXVIII, p. 415) a décrit un fibrome pesant 50 kilog. C'était vraisemblablement un fibro-sarcome (Schröder). — Ch. MOXON (*Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 15 nov. 1889, p. 728) a enlevé, chez une femme de 50 ans, un fibro-sarcome gros comme un melon, accompagné d'une ascite énorme.

<sup>3</sup> MARTIN (*Traité clin. des mal. des femmes*, trad. franç., p. 590) a enlevé, en juin 1886, à la même femme, deux ovaires ayant subi la dégénérescence fibro-myxomateuse, qui pesaient ensemble 2 500 grammes.

<sup>4</sup> ALBAN DORAN. *Brit. med. Journ.*, 8 juin 1889, t. I, p. 1287.

<sup>5</sup> ROKITANSKY. *Lehrb. der path. Anat.*, 5<sup>e</sup> édit., t. III, p. 425.

<sup>6</sup> KLOB. *Path. Anat. der weibl. Sexualorg.* 4<sup>e</sup> édit., t. II, p. 127.

<sup>7</sup> PATENKO. *Ueber die Entwicklung der Corpora fibrosa in den Eierstöcken* (*Centr. f. Gyn.*, 1880, p. 441).

<sup>8</sup> WALDEYER. *Arch. f. Gyn.*, 1871, Bd. II, p. 440.

<sup>9</sup> P. BAGOT. *Fibro-myoma of the ovary* (*New-York med. Journ.*, 1890, p. 248). — Sur la pièce enlevée par cet auteur, EARL aurait trouvé une quantité considérable de fibres musculaires lisses.

ment, les vaisseaux peuvent prendre des dimensions inusitées comme dans les fibromes caverneux de Spiegelberg; mais dans ces tumeurs très vasculaires, il y a souvent mélange de tissu sarcomateux.

Les fibromes de l'ovaire se rencontrent, relativement, assez souvent chez les jeunes femmes. Leopold en mentionne 15 cas, de 5 à 30 ans, et 4 seulement, de 30 à 40 ans; on les voit aussi dans la vieillesse. Terrier<sup>1</sup> en a enlevé par la laparotomie, chez une femme âgée de 77 ans.

Symptômes.

**Symptômes.** — C'est l'ascite qui attire, généralement, l'attention tout d'abord, elle est provoquée par la grande mobilité de la tumeur, ainsi que cela se voit dans certains corps fibreux pédiculés de l'utérus. Lorsque ce symptôme manque, la tumeur peut rester inaperçue, ou n'être découverte que par hasard, si l'on pratique l'exploration bi-manuelle, ou si l'on fait la laparotomie pour une autre cause.

Marche.

La marche est lente. On a signalé un cas de péritonite, par torsion du pédicule (Van Burren). On connaît aussi quelques cas d'inflammation (Rokitansky, Kiwisch, Safford Lee).

Diagnostic.

**Diagnostic.** — Il est presque impossible de distinguer un fibrome de l'ovaire d'un corps fibreux pédiculé de l'utérus; l'ascite pourrait également faire penser à une tumeur maligne. L'incision exploratrice est seule capable de lever les doutes. Elle est d'autant plus légitime que, dans tous les cas, la tumeur doit être enlevée.

Pronostic. Traitement.

Le pronostic est favorable s'il s'agit d'un fibrome pur, qui est une tumeur bénigne. Elle doit cependant être extirpée par la laparotomie, dès qu'elle donne lieu à des douleurs, et même dès qu'elle est reconnue, car on n'est jamais absolument certain qu'il ne s'agisse pas d'un sarcome.

### Sarcomes.

Anatomie pathologique.

**Anatomie pathologique.** — Ce néoplasme est très rare; d'après les importants relevés faits sur les ovariectomies de Schröder, Cohn<sup>2</sup> en estime la fréquence à 1 pour 100, relativement aux kystes. Il est le plus souvent bilatéral. La variété fasciculée ou fibroplastique est plus fréquente que la variété encéphaloïde ou embryoplastique; la première a une consistance lardacée, la seconde est beaucoup plus molle. Des cavités kystiques et des foyers de désintégration graisseuse sont fréquents dans l'épaisseur du tissu. On y observe de nombreux vaisseaux. Leur volume, généralement moyen, peut atteindre des proportions considérables. Suivant la remarque de Sinéty, on paraît avoir quelquefois confondu avec des sarcomes des kystes prolifères

<sup>1</sup> TERRIER. *Progrès méd.*, 1888, p. 466.

<sup>2</sup> COHN. *Loc. cit.*, p. 19.

(épithélioma mucoïde de Malassez), dans lesquels l'élément solide dominait. La description d'une forme mixte, voisine de l'adénome et du carcinome (Olshausen), n'est peut-être pas toujours exempte de cette confusion<sup>1</sup>.

Je dois exposer, à ce propos, des recherches intéressantes par la nouveauté de leurs résultats.

On a récemment décrit une variété de néoplasme ovarien, inter-

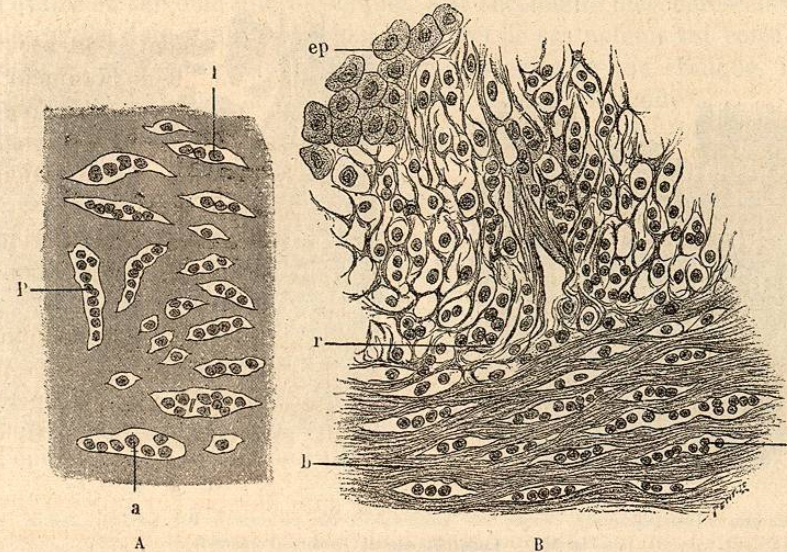


Fig. 562. — Endothéliome de l'ovaire (Pomorski).

A. Prolifération commençante de l'endothélium dans les fentes lymphatiques.

I. Fente lymphatique, avec des cellules d'endothélium au milieu de la substance interstitielle de nature conjonctive; a, dilatation alvéolaire des fentes lymphatiques; p, prolifération des cellules qui s'alignent en chapelet. (Hartnack, oc. 5, obj. 7).

B. Modification réticulaire du tissu conjonctif sous l'influence de la prolifération endothéliale.

I. Fente lymphatique de forme allongée se transformant en alvéole. b. Tissu conjonctif interstitiel fasciculé. r. Transformation du tissu conjonctif fibrillaire en une trame réticulaire. ep. Transformation des cellules épithéliales en cellules épithélioïdes; connexion des grosses cellules avec le tissu matriculaire. (Même grossissement.)

médiaire, au point de vue histologique, entre l'épithéliome et le sarcome, qu'on a rencontrée tour à tour dans certains kystes dermoïdes dégénérés, dans des kystes papillaires, et dans ces tumeurs solides, criblées de petites cavités, qu'on rangeait jusqu'ici dans la classe des sarcomes. Eckardt<sup>2</sup> et Pomorski<sup>3</sup> les ont appelées *endo-*

<sup>1</sup> SEEGER (*Ueber solide Tumoren des Ovarium*. Dissert. inaug. Munich, 1888) a publié 3 cas de *carcinoma sarcomatosum*.

<sup>2</sup> ECKARDT. *Ueber endotheliale Eierstocktumoren* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1889, Bd. XVI, Heft 2, p. 344). — Il s'agissait dans ce cas d'un kyste dermoïde, paraissant avoir subi une dégénérescence sarcomateuse.

<sup>3</sup> J. POMORSKI. *Endothelioma ovarii* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1890, Bd. XVIII, Heft 1, p. 92).

*théliomes*, pour indiquer nettement leur provenance de l'endothélium des fentes ou des capillaires lymphatiques, soit même des vaisseaux capillaires sanguins (Eckardt). On a pu suivre pas à pas la transformation des éléments conjonctifs en cellules épithélioïdes d'une part, et, de l'autre, la prolifération diffuse de l'endothélium des fentes lymphatiques du tissu conjonctif. Ce néoplasme est donc mixte et participe à la fois des tumeurs d'origine conjonctive, ou

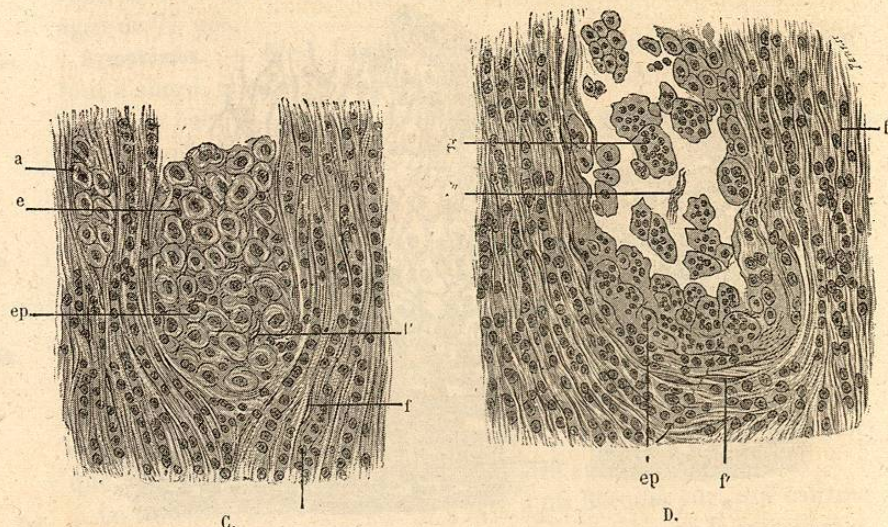


Fig. 365. — Endothéliome de l'ovaire (Pomorski).

C Stratification en couches parallèles du tissu conjonctif, début de la formation des alvéoles. p. Alignement en chapelet des cellules. f. P. Cellules fusiformes, vestige du tissu conjonctif fibrillaire. ep. Transformation directe des cellules tuméfiées en cellules épithélioïdes. e. Cellule résultant de la prolifération, située entre les cellules épithélioïdes et non encore complètement transformée. a. Stratification commençante du tissu conjonctif, sous l'influence de la prolifération cellulaire dans un grand alvéole en formation. (Même grossissement.)

D. Alvéole.

ep. Transformation directe des cellules de prolifération en cellules épithélioïdes. g. Cellule géante. f. Cellules fusiformes formant cloison dans l'intérieur de l'alvéole. f. Cellules fusiformes dans la paroi de l'alvéole. f. tissu conjonctif. (Même grossissement.)

sarcomes, et des tumeurs d'origine épithéliale, ou épithéliomas<sup>1</sup> (fig. 362 et 365).

La première indication de ces tumeurs de l'ovaire appartient à

<sup>1</sup> La première description de tumeurs de ce genre a été faite par J. KOLACZEK *Ueber das Angiosarcoma* (*Zeitschr. f. Chir.*, 1878, Bd. IX, p. 1 et 165; *ibid.*, 1880, Bd. XIII, p. 1). — Il a réuni soixante observations publiées sous les noms les plus divers, ayant toutes ce caractère commun de dériver des parois capillaires, d'être des productions endothéliales ou périthéliales. Il les a nommées *angiosarcomes*. Les observations de KOLACZEK se rapportent presque exclusivement à des tumeurs de la tête, ayant leur point de départ au front, aux joues, à la mâchoire; aucune ne se rapporte à l'ovaire. — GOLGI (*Sulla struttura e sullo sviluppo degli Psammomi*. Pavie, 1869. Anal. in *Virchow's Arch.*, 1869, Bd. LI, p. 314) a le premier appelé *endothéliomes* les tumeurs de cet ordre. Au point de vue histologique pur, ces productions seront rapprochées avec intérêt des recherches de

Leopold<sup>1</sup>. Deux autres observations, analogues au point de vue histologique, quoique très différentes au point de vue de l'anatomie pathologique macroscopique, avaient été publiées par Marchand<sup>2</sup>, et on peut encore, rétrospectivement, rattacher à ce type les observations plus anciennes de Olshausen-Ackermann<sup>3</sup> et de Fleischlen<sup>4</sup>.

D'après l'ensemble des faits connus, on voit qu'il s'agit là d'une variété curieuse de sarcome, soit primitif (tumeur papillaire de l'ovaire ou sarcome microkystique), soit secondaire (dégénérescence des parois d'un kyste dermoïde). L'intérêt de ces notions est considérable, mais purement histologique. Au point de vue clinique, il semble qu'il s'agisse là de tumeurs d'une grande malignité<sup>5</sup>.

Les symptômes sont ceux d'une tumeur maligne à développement rapide.

Leur surface est lisse et la forme générale de l'ovaire conservée; la lésion est parfois bilatérale<sup>6</sup>.

La grosseur lui donne parfois une sorte de coup de fouet. Münchmeyer<sup>7</sup>, dans un cas où celle-ci avait amené un développement colossal de la tumeur, dut faire la craniotomie. L'ascite est constante et la cachexie survient hâtivement. Cette marche galopante est ce qui distinguera, cliniquement, le sarcome du fibrome. On l'observe le plus souvent aussi dans la jeunesse; comme il en est de même de l'épithéliome, l'âge ne fournit ici aucun élément de diagnostic.

Symptômes.

Marche.

J. MICHEL. *Beitrag zur Kenntniss der Entstehung der sogen. Stauungspapille und der pathologischen Veränderungen in dem Raume zwischen äusserer und innerer Opticus-scheide* (*Arch. der Heilk.*, 1875, t. XIV, p. 59).

<sup>1</sup> LEOPOLD. *Die soliden Eierstockgeschwülste* (*Arch. f. Gyn.*, 1874, Bd. VI, p. 189). — Il lui donne le nom de *lymphangioma cystomatosum*. Tumeur trouvée à l'autopsie d'une petite fille de 8 ans, de la grosseur de la tête; à la coupe, trame réticulaire parsemée d'une grande quantité de petites cavités kystiques.

<sup>2</sup> MARCHAND. *Beitrag zur Kenntniss der Ovarialtumoren* (*Abhandl. der Naturf. Gesellsch. Halle*, 1879, Bd. XIV, Heft. 5). Dans le premier cas, il s'agissait d'une tumeur papillaire bilatérale chez une femme de 48 ans; dans le second, de nodules parsemant un ovaire gros comme une demi-pomme, rencontré dans une hernie inguinale.

<sup>3</sup> OLSHAUSEN. *Krankh. der Ovarien*, 2<sup>e</sup> édit., p. 540. Tumeur de la grosseur de la tête trouvée, à l'autopsie, sur une jeune fille de 17 ans, composée d'un amas réticulaire de capillaires remplis, non de globules sanguins, mais de cellules rondes. Les mailles du réseau étaient remplies d'une masse albumineuse, parsemée de noyaux. Il y a là pour ECKARDT (*loc. cit.*) un exemple certain d'*endothéliome intravasculaire de l'ovaire*, qu'il rapproche de sa propre observation.

<sup>4</sup> FLAISCHLEN. *Zur malignen Degeneration von Ovarialkystomen* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VII, p. 449). Kyste dermoïde multiloculaire avec dégénérescence d'apparence sarcomateuse des parois de la poche, où le microscope fait voir que le néoplasme conjonctif a pour origine les fentes lymphatiques.

<sup>5</sup> P. FRIEDLÄNDER (Dissert. inaug., Munich, 1891) a décrit un cas de sarcome ovarien avec métastase dans le péritoine, les ganglions rétro-péritonéaux et bronchiques et dans le foie.

<sup>6</sup> WEINLECHNER a montré à la *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, le 26 mars 1889, les deux ovaires d'une jeune fille de 21 ans, du poids de 600 et 700 grammes, transformés en sarcome rondo-cellulaire (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n<sup>o</sup> 56, p. 655).

<sup>7</sup> MÜNCHMEYER. *Soc. gyn. de Dresde*, 4 juill. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 186).

Traitement.

Le seul traitement est l'extirpation. La récurrence est plus à craindre que dans le fibrome, mais est moins fatale que dans l'épithéliome. C. Braun<sup>1</sup> a cité un cas de sarcome avéré de l'ovaire où la guérison, sans récurrence, s'est maintenue depuis onze ans.

### Épithéliomes ou Carcinomes.

Si l'on fait abstraction de la dégénérescence cancéreuse secondaire des kystes, le cancer primitif de l'ovaire est rare. On l'observe pourtant à tout âge, même dans l'enfance.

Anatomie pathologique.

**Anatomie pathologique.** — On lui décrit deux formes anatomiques principales : l'une diffuse et médullaire, l'autre superficielle et papillaire.

Il est certain qu'une véritable confusion règne sur ce dernier point, et que des kystes papillaires rompus ont été souvent décrits, sous le nom de cancers ou de papillomes cancéreux. On doit, avec Cohn<sup>2</sup>, bien distinguer des végétations qui peuvent avoir, à l'œil nu, un aspect commun, suivant que le microscope témoigne de leur structure carcinomateuse ou simplement papillaire. Ce qui rend le sujet exceptionnellement difficile, c'est la transition entre ces deux formes qui peut être cliniquement et anatomiquement insensible.

L'épithéliome ou carcinome médullaire devrait aussi, au moins théoriquement, être nettement séparé des kystes prolifères glandulaires, à contenu colloïde et gélatiniforme et à petites cavités, qui peuvent lui ressembler tout à fait, à l'œil nu. Même au microscope, le diagnostic exact est parfois très difficile, à cause des transformations carcinoïdes de la paroi des kystes. En somme il faut avouer, avec de Sinéty<sup>3</sup>, « qu'aujourd'hui il nous semble impossible de tracer une ligne de démarcation précise entre les kystes et le cancer de l'ovaire ». Toutefois, si cela est absolument vrai dans une catégorie de cas douteux, au point de vue anatomique, la distinction est généralement possible, au point de vue clinique, quoiqu'elle expose encore à bien des mécomptes. Winter<sup>4</sup> a vu la trompe perforée et intérieurement envahie par le cancer né dans l'ovaire, qui la distendait de manière à simuler un hydro-salpinx.

Symptômes et marche.

Les symptômes n'ont rien de caractéristique, au début. Mais bientôt le développement de l'ascite, dont le liquide est souvent sanguinolent, et le dépérissement général, ainsi que la marche extraordinairement rapide de la tumeur, viennent affirmer son caractère malin.

<sup>1</sup> C. BRAUN. *Soc. obst. et gyn. de Vienne*, 26 mars 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 36, p. 655.)

<sup>2</sup> COHN. *Loc. cit.*, p. 25.

<sup>3</sup> DE SINÉTY. *Loc. cit.*, p. 758.

<sup>4</sup> WINTER. *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 24 juin 1887 (*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 497).

On peut observer l'œdème des membres inférieurs, la thrombose, enfin apparaît une généralisation métastatique.

Le diagnostic n'est guère hésitant que dans la première période; on peut croire alors à un fibrome de l'ovaire, ou à un sarcome. La marche se charge de lever bientôt les doutes.

Diagnostic.

Au point de vue du traitement, deux opinions sont en présence. Les uns, parmi lesquels se place Schröder, envisageant le peu de chances de guérison durable offert par l'opération et ses dangers plus grands alors qu'en cas de tumeur bénigne, préconisent l'abstention et les palliatifs. Les autres, considérant que l'on peut toujours procurer à la malade un soulagement momentané, et même une guérison temporaire, opèrent, pour peu que l'extirpation entière soit possible. Spencer Wells, Gaillard Thomas, Ruge, Cohn, A. Martin, Duvelius<sup>1</sup> se rangent à cette opinion, que je partage. Je crois, avec ce dernier auteur, qu'on est autorisé, dans le doute, à faire une incision exploratrice et qu'elle n'a pas alors le fâcheux pronostic que lui attribue Olshausen. Dans les deux seuls cas où je l'ai pratiquée, la malade en a, au contraire, retiré le bénéfice de voir l'ascite diminuer pour quelques mois dans des proportions considérables.

Traitement.

<sup>1</sup> Voir la discussion sur ce point à la *Soc. d'obst. et de gyn. de Berlin*, le 27 nov. 1885 (*Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 9). — Voir aussi, ci-dessus, les indications bibliographiques, citées à propos des indications et contre-indications de l'ovariotomie.

## CHAPITRE V

### TUMEURS DES TROMPES, DES LIGAMENTS LARGES ET DES LIGAMENTS RONDS.

Tumeurs des trompes : Fibromes. Épithéliomes ou carcinomes et sarcomes. Papillomes. — Tumeurs des ligaments larges : Kystes. Corps fibreux. Lipomes. Épithéliomes et sarcomes. Varicocèle parovarien et phlébolithes. Échinocoques. Symptômes. Diagnostic. Traitement. — Tumeurs des ligaments ronds : Kystes ou hydrocèles. Fibromes. Anatomie pathologique. Symptômes. Diagnostic. Traitement.

#### Tumeurs des trompes<sup>1</sup>.

**Fibromes.** Les fibromes sont rares et de médiocre volume; ils se développent vers l'extérieur et ne rétrécissent pas, d'ordinaire, le calibre de l'oviducte.

**Épithéliomes et sarcomes.** Les épithéliomes ou carcinomes et les sarcomes de la trompe se rencontrent, le plus souvent, comme propagation d'un cancer de l'ovaire, et comme propagation ou métastase d'un cancer de l'utérus. Il est très remarquable de voir, parfois, un cancer avancé de l'ovaire et une trompe absolument saine. Ce fait est sans doute dû à la direction du cours de la lymphe (Olshausen). Sur 75 observations d'utérus cancéreux, Kiwisch a noté 18 fois le cancer de la trompe, et Dittrich, sur un ensemble de 94 cas de cancers divers, a seulement trouvé 4 dégénérescences malignes de l'oviducte. Cette affection est donc assez peu fréquente. Orthmann<sup>2</sup> a rassemblé 13 observations où 9 fois l'utérus était le point de départ, et l'ovaire 4 fois. Dans un cas unique, provenant de la clinique de A. Martin, le carcinome (épithéliome) de la trompe était primitif; c'était un carcinome de forme végétante papillaire, chez une femme de 51 ans. Je n'ai pu réunir que très peu d'autres cas avérés de cancer primitif; l'un, qui était un sarcome, a été publié par Senger<sup>3</sup>. Un troisième, opéré par Landau, et présenté par Gottschalk<sup>4</sup>, était encore un sarcome. Un quatrième, carcinome ou épithé-

<sup>1</sup> Les tumeurs kystiques ont été décrites au chapitre des KYSTES DE L'OVAIRE (*Kystes tubo-ovariques*), et au chapitre des OOPHORO-SALPINGITES KYSTIQUES (*Pyo-salpinx, hydro-salpinx, hémato-salpinx*).

<sup>2</sup> ORTHMANN. *Soc. gyn. de Berlin*, 27 avril 1888 (*Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 21, p. 545).

<sup>3</sup> ÉMILE SENGER. *Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 601.

<sup>4</sup> GOTTSCHALK. *Soc. des natural. et med. all.*, Berlin, 1886 (cité par A. DORAN).

liome, appartient à Kaltenbach<sup>1</sup>. Un cinquième est dû à A. Doran<sup>2</sup>. L'ovaire et la trompe étaient atteints de carcinome, mais l'altération de celle-ci paraissait manifestement primitive. Il s'agissait d'une femme de 48 ans qui présentait, depuis trois ans, un écoulement vaginal aqueux et parfois sanieux, puis avait eu, après un curettage sans résultat, une inflammation pelvienne; la tumeur des annexes n'était nullement apparente auparavant, et se développa à partir de ce moment.

Il semble, d'après les cas publiés, que le cancer de la trompe se manifeste surtout à l'époque de la ménopause et qu'il ait une marche assez lente. Il donne lieu de bonne heure à un écoulement vaginal sanieux qui contraste avec l'intégrité de l'utérus.

A. Doran<sup>3</sup> a décrit un papillome des trompes, qu'il croit de nature bénigne et qu'il rapproche des condylomes de la vulve et du vagin. Il pense que ces productions sont, non des néoplasmes, mais de simples hyperplasies dues à une inflammation chronique de l'organe. Il en a rapporté deux observations intéressantes, qui ne suffisent pas à établir l'existence de cette lésion, comme répondant à une forme clinique définie. Il est très probable qu'ici, comme dans les papillomes de l'ovaire, une forme anatomique, en apparence identique, peut, pour des causes inconnues, évoluer soit comme une tumeur bénigne, soit comme une tumeur maligne. Bland Sutton, qui admet aussi comme forme anatomique spéciale et bénigne le papillome de la trompe, attribue dans ces productions une grande importance à la gonorrhée. On aurait peine, d'après cela, à s'expliquer son excessive rareté: il ne faut pas confondre, en effet, les papillomes et l'hypertrophie foliacée des plis de la muqueuse tubaire, dans certaines salpingites.

Papillomes.

#### Tumeurs des ligaments larges.

Les kystes ont été étudiés en même temps que ceux de l'ovaire avec lesquels ils se confondent cliniquement.

Des corps fibreux, indépendants de l'utérus, ont été observés dans le ligament large. Se sont-ils développés primitivement aux dépens des nappes des tissus conjonctif et musculaire propres à ces replis ou bien ne sont-ils pas dus à la migration de corps fibreux de l'utérus? Il est impossible de résoudre cette question; la dernière opinion a été soutenue par Klob, Kiwisch et Virchow<sup>4</sup>; d'autre part, Sanger<sup>5</sup>,

Kystes.

Corps fibreux.

<sup>1</sup> KALTENBACH. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 5, p. 74.

<sup>2</sup> A. DORAN. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1889. (Anal. in *Arch. de tocol.*, mai 1890, p. 526).

<sup>3</sup> A. DORAN. *Trans. obstet. Soc.*, Londres, 1886, t. XXVIII, p. 229.

<sup>4</sup> VIRCHOW. *Pathologie des tumeurs*, trad. franç. 1871, t. III, p. 412.

<sup>5</sup> SÄNGER. *Ueber primäre dermoide Geschwülste der Ligamenta lata* (*Arch. f. Gyn.*, 1880, Bd. XVI, Heft 2, p. 258 et *ibid.*, 1885, Bd. XXI, p. 179).