

Tel est le résumé, bien long déjà, quoique aussi succinct que possible, de la discussion de l'Académie de médecine sur le traitement des kystes de l'ovaire. Ce qui en est resté surtout, c'est la conviction pour la plupart des médecins de la possibilité de guérir, au moyen de la ponction et des injections iodées, des kystes placés dans les conditions suivantes : *kystes uniloculaires* et *kystes multiloculaires* dont les loges communiquent entre elles, et dont le volume n'est pas trop considérable.

## SECTION V.

## TUMEURS SOLIDES DES OVAIRES.

Je ferai successivement l'histoire des trois espèces de tumeurs suivantes : les tumeurs *fibreuses*, les tumeurs *cancéreuses* et les *kystes pileux des ovaires*.

## I. Tumeurs fibreuses des ovaires.

C'est à M. Cruveilhier que l'on doit à peu près tout ce que l'on sait sur les corps fibreux de l'ovaire. Aussi lui emprunterons-nous une partie des détails dans lesquels nous allons entrer.

## ARTICLE I. — Anatomie pathologique des tumeurs fibreuses des ovaires.

Une première observation à faire, c'est qu'il est assez facile de confondre les corps fibreux sous-péritonéaux pédiculés de l'utérus avec les corps fibreux des ovaires. L'erreur est d'autant plus facile qu'ils naissent souvent aux angles de l'utérus ou dans leur voisinage. Le pédicule de ces tumeurs a été trouvé quelquefois par M. Cruveilhier peu épais et long de 9 centimètres. On évite cette erreur en constatant l'intégrité des ovaires.

Les véritables corps fibreux varient beaucoup sous le rapport du volume ; on en trouve depuis celui d'un pois jusqu'à des tumeurs pesant 46 livres (Cruveilhier). Quelquefois, surtout dans les tumeurs volumineuses, il vient s'y joindre une dispo-

sition kysteuse. Ce sont alors des kystes aréolaires qu'on rencontre.

On doit distinguer les deux variétés de transformation suivantes dans ces maladies :

1° La *transformation fibreuse atrophique*, assez commune chez les femmes âgées ;

2° La *transformation fibreuse hypertrophique*, qui peut, au contraire, s'observer chez les femmes adultes ou même jeunes. Elle peut n'occuper qu'un seul ovaire et plus rarement les deux. Dans ce dernier cas, elle est cause de stérilité. L'organisation du tissu fibreux des ovaires permet d'en faire trois variétés bien distinctes : 1° Les *tumeurs fibreuses simples*, au milieu desquelles on trouve souvent des productions cartilagineuses ; 2° les *tumeurs fibreuses*, mélangées dans une partie de leur étendue avec le tissu kysteux aréolaire ; 3° les *tumeurs résultant de métamorphoses ovariennes*, kystes fibreux.

On arrive insensiblement des kystes aréolaires à larges mailles, dont il a été donné plus haut l'histoire, aux kystes fibreux à très petites mailles, à parois très épaisses, dans lesquels la cellule ou kyste n'occupe que la plus petite place, et enfin de ce tissu kysteux aréolaire au corps fibreux proprement dit dans lequel la cellule n'est plus apparente à l'œil nu.

L'histoire pathologique de ces tumeurs est assez obscure. Voici cependant quelques faits qui permettent d'en établir la symptomatologie et le diagnostic :

L'*étiologie* de ces tumeurs est inconnue, et la science ne possède pas de collections de faits capables de l'éclairer.

La *symptomatologie* est peu avancée ; on peut cependant assigner les caractères suivants au développement de ces tumeurs :

Le mode de début est toujours lent, insidieux, et la plupart du temps inappréciable pour les malades. Le volume de la tumeur, la gêne qu'elle leur cause, les préviennent seuls de son développement.

*Tumeur.* — La tumeur, à mesure que la maladie se déve-

loppe, devient de plus en plus volumineuse. Elle occupe en général au début un des côtés de l'abdomen, si un seul ovaire est malade, comme cela a lieu la plupart du temps. A une époque plus avancée de la maladie, il est souvent difficile de reconnaître lequel des deux ovaires est atteint de la transformation fibreuse.

La palpation et la percussion permettent de reconnaître ces tumeurs, et il est inutile d'indiquer la marche à suivre pour en déterminer le volume et la forme. La matité et l'absence de fluctuation viennent éclairer le diagnostic; par le toucher vaginal on constate l'état d'intégrité de l'utérus et la conservation de sa mobilité.

*Douleurs.* — A mesure que la tumeur augmente, la malade accuse un sentiment de pesanteur et de gêne; il est très rare qu'il se développe des douleurs vives, et lorsque la sensibilité de l'abdomen augmente, il est probable qu'une péritonite chronique et des adhérences se développent autour de la tumeur.

*Influence sur les fonctions abdominales.* — C'est seulement lorsque ces tumeurs deviennent volumineuses qu'on observe leur action sur les organes voisins. La constipation et les envies fréquentes d'uriner sont les deux premiers phénomènes morbides qu'on observe. Plus tard, il peut survenir de la dyspepsie, une sécrétion gazeuse des intestins et des digestions pénibles et difficiles.

*Complications.* — Si certaines femmes peuvent porter, pendant une partie de leur vie, de pareilles tumeurs dans l'abdomen, il n'en est pas toujours ainsi, et l'on voit quelquefois se développer des complications qui exercent une action fâcheuse sur les malades et amènent une terminaison fatale prématurée.

Parmi ces complications, je citerai en premier lieu la compression des deux grosses veines abdominales, par la tumeur devenue volumineuse; c'est, en général, la veine cave inférieure qui subit cette influence. La compression amène l'infiltration des membres inférieurs d'abord, et plus tard l'ascite. On conçoit qu'en présence d'une pareille complication, une terminaison

fatale soit à redouter. Si la compression s'exerce sur la veine porte, ce qui est beaucoup plus rare et ce qui ne peut guère se produire que quand les tumeurs sont extrêmement volumineuses et remontent jusqu'à la partie supérieure de l'abdomen, c'est par une ascite que commence l'hydropisie, et elle n'en est pas moins grave pour cela.

Une autre complication, qu'on a quelquefois occasion d'observer à la suite de ces tumeurs, est le développement d'une péritonite aiguë ou chronique.

La durée des tumeurs fibreuses de l'ovaire est en général longue; lorsqu'elles n'ont pas un volume très considérable, elles n'abrègent pas l'existence des malades.

#### ARTICLE II. — Diagnostic des tumeurs fibreuses des ovaires.

La percussion, en démontrant la matité absolue de la tumeur, la palpation, en faisant reconnaître l'absence de fluctuation et la dureté, ne laissent pas beaucoup de chances à l'erreur: il y a là un corps fibreux. Mais quel est son siège? Ici le diagnostic est souvent difficile et quelquefois même impossible. S'il s'agit d'une tumeur fibreuse du corps de l'utérus, le toucher vaginal et le toucher rectal permettent d'en découvrir le siège, et démontrent que la tumeur fait partie de cet organe. La tumeur ovarique, au contraire, est située sur une partie plus élevée, n'occupe qu'un des côtés de l'abdomen et peut être facilement circonscrite; le toucher démontre l'intégrité de l'utérus.

Quand il s'agit de ces tumeurs fibreuses sous-péritonéales pédiculées, si bien décrites par M. Cruveilhier, le diagnostic devient impossible; mais ici la question est peu importante.

*Traitement.* — Le seul conseil à donner aux femmes atteintes de tumeur fibreuse de l'ovaire, c'est de porter une ceinture abdominale bien faite qui soutienne la masse, sans comprimer les organes abdominaux. S'il survient quelques complications, on essayera de les combattre par les moyens appropriés.

## II. Tumeurs cancéreuses des ovaires.

Le cancer des ovaires n'est pas une maladie commune. Il est rare de le voir se développer d'emblée. La plupart du temps il constitue une affection secondaire.

Dans beaucoup de cas, c'est sous l'influence d'un cancer de l'utérus, du sein ou de tout autre organe, que l'on voit survenir des tumeurs cancéreuses de l'ovaire, qu'on trouve alors à l'autopsie. Dans d'autres cas, le cancer des ovaires s'est développé en même temps qu'un kyste aréolaire, et alors c'est tantôt la partie kysteuse qui domine, tantôt la dégénérescence cancéreuse. La première forme est celle qu'on rencontre le plus souvent.

Le cancer primitif des ovaires, tout rare qu'il soit, n'en constitue pas moins une maladie que l'on observe quelquefois.

Son volume varie beaucoup; on en voit de la grosseur d'un œuf de poule jusqu'à celle d'une tête d'adulte, la tumeur restant solide et sans mélange de kyste aréolaire.

Le cancer n'atteint le plus souvent qu'un seul ovaire; il est beaucoup plus rare de l'observer dans les deux.

La matière cancéreuse n'est pas toujours disposée de la même manière; tantôt elle infiltre tout l'organe sous la forme d'une substance mollassse, d'un blanc jaunâtre ou d'un jaune rosé; tantôt elle est dispersée dans de petits kystes fibreux divisant l'organe hypertrophié, et circonscrivant les alvéoles qui en sont remplis. Dans ces deux formes, il existe un suc cancéreux abondant, d'un blanc jaunâtre, trouble et lactescent. L'existence de la cellule cancéreuse y avait été signalée jusqu'à présent; il s'agit de savoir si on l'y trouvera encore.

Le cancer des ovaires peut se compliquer de péritonite chronique.

On ne possède pas assez de faits pour établir une histoire anatomo-pathologique plus complète de ces affections.

Les causes du cancer des ovaires sont à peu près com-

plètement inconnues. On sait seulement que les femmes sont spécialement atteintes de cette affection de quarante à cinquante ans.

Le début est en général lent, insidieux; cependant la femme y accuse de bonne heure des douleurs vives qui attirent son attention. Lorsque le cancer vient compliquer un kyste aréolaire, on ne s'en aperçoit guère que par l'apparition ou l'augmentation des douleurs et par l'altération générale de la santé.

Les symptômes qui caractérisent le cancer développé sont en général les suivants :

1° *Tumeur.* — La tumeur symptomatique du cancer a pour caractère essentiel de se développer et de grossir avec une grande rapidité, beaucoup plus vite que les tumeurs fibreuses. Cette tumeur occupe un des côtés de l'abdomen quand un seul ovaire est malade; on en trouve deux quand les deux sont atteints. Cette tumeur est, surtout au début, irrégulière et dure. Si elle s'accompagne d'un développement kysteux aréolaire, la tumeur grossit plus vite encore; elle est plus molle, plus inégale. La palpation pratiquée avec ménagement et la percussion permettent, en général, de constater le siège, le volume, la forme et la dureté de la tumeur, ainsi que sa mobilité. Le toucher vaginal montrera comme fait négatif l'état d'intégrité de l'utérus.

2° *Douleurs.* — Le cancer ovarique se traduit en général par des douleurs assez vives, et quelquefois par de violents élancements; il y a là un caractère qui tout d'abord permet de différencier ces maladies des tumeurs fibreuses.

3° *Développement de l'abdomen.* — Le développement de l'abdomen se fait assez rapidement sous l'influence d'un cancer de l'ovaire.

4° *Influence de la compression sur les organes abdominaux.* — Le cancer de l'ovaire, en se développant, arrive assez vite à comprimer les principaux viscères de l'abdomen. Ainsi il existe de l'inappétence, des troubles digestifs, de la dyspepsie,

une constipation opiniâtre ; la miction devient souvent difficile. Lorsque les gros vaisseaux de l'abdomen, et en particulier la veine cave inférieure, sont comprimés par la tumeur cancéreuse, il se développe rapidement une infiltration des membres inférieurs, et plus tard une ascite.

5° *État général.* — Un des phénomènes morbides les plus caractéristiques du cancer des ovaires, est la rapidité avec laquelle la santé générale s'altère et la cachexie cancéreuse survient. Cette modification de l'état général, cette teinte jaunâtre, cette diminution considérable des forces, forment un contraste avec la conservation de la santé qu'on observe dans les tumeurs fibreuses de l'ovaire.

La *marche* du cancer des ovaires est en général rapide, et il est rare de voir cette maladie se prolonger au delà d'un an. Elle se termine toujours d'une manière fâcheuse, qu'elle soit simple ou qu'elle s'accompagne d'un développement kysteux aréolaire.

Le *diagnostic* du cancer est basé sur les considérations suivantes : *a.* la rapidité du développement de la tumeur ; *b.* les douleurs vives spontanées ; *c.* la mobilité de la tumeur ; *d.* la position de la tumeur d'un seul côté de l'abdomen, ou l'existence de deux tumeurs quand les deux ovaires sont atteints ; *e.* la rapidité du développement de la cachexie cancéreuse.

*Traitement.* — On se trouve complètement dépourvu de moyens d'agir devant cette terrible maladie. Il serait absurde de songer à une guérison radicale par l'extirpation de l'ovaire. Aucun médecin sensé ne saurait y penser. Les narcotiques constituent le seul moyen palliatif auquel on puisse avoir recours, et encore est-il, la plupart du temps, bien peu efficace.

### III. Kystes pileux des ovaires.

Nous ne nous étendrons pas longtemps sur les kystes pileux des ovaires, affection qui ne présente pas un très grand intérêt sous le point de vue pratique. Les kystes pileux ovariens

sont constitués par des poches fibreuses, évidemment formées aux dépens de l'ovaire, et contenant, avec une matière grasse assez consistante, des cheveux, des dents, des portions de squelette plus ou moins reconnaissables, quelquefois des portions de peau adhérentes aux parois du kyste.

Telle est la définition donnée par M. Cruveilhier, auquel j'emprunterai la plupart des détails dans lesquels je vais entrer.

Les kystes pileux ont un volume très variable, depuis celui d'un œuf de pigeon jusqu'à celui de la tête d'un adulte.

Les poils sont adhérents ou libres ; ces derniers sont enchevêtrés dans la matière grasse. Les poils adhérents tiennent au kyste par une de leurs extrémités, ou par un des points de leur longueur. Les premiers sont pourvus d'un bulbe pileux bien organisé qui manque aux autres. Quelquefois les poils sont maintenus adhérents aux parois du kyste par une plaque crétacée.

Les poils sont, la plupart du temps, roux ; cependant il y en a de châains et quelquefois de noirs. Leur longueur varie de quelques lignes à plusieurs pieds. Lorsqu'ils sont débarrassés de la matière grasse qui les entoure, ils se présentent sous la forme d'un feutre plus ou moins épais.

Les parois de ces kystes sont denses, épaisses et formées de plusieurs couches de tissu fibreux. La surface externe, tantôt lisse, tantôt rugueuse, présente souvent des plaques cartilagineuses ou crétacées. On trouve quelquefois ces parois atteintes d'une espèce d'usure, ou bien présentant une dégénérescence athéromateuse assez analogue à celle des artères.

Un certain nombre de kystes pileux contiennent des dents, mais jamais il n'y a de dents sans poils. Ces dents appartiennent en général à la première dentition, et sont contenues dans des alvéoles supportés par un fragment osseux plus ou moins considérable, caché dans l'épaisseur des parois du kyste. Il est rare qu'on y trouve des dents permanentes.

On trouve en général les trois espèces de dents, au nombre

de 1 à 2, et 5 ou 6, et même bien davantage. Meckel cite un cas où il y avait 44 dents; Ploucquet, 300 dents, outre une multitude d'os informes.

Dans un certain nombre de kystes, M. Cruveilhier a trouvé la face interne tapissée, dans un espace limité, par un tissu cutané parfaitement organisé qui, dans un cas, était doublé de tissu adipeux. La peau de ces kystes est remarquable par le développement des trous ou pores à travers lesquels on voit sortir les poils. M. Cruveilhier pense que ce tissu cutané doit toujours exister, et que si on ne le rencontre pas, c'est qu'il s'est transformé en tissu fibreux. Quant à l'origine de la graisse, il l'attribue au tissu cellulaire, aux os, et à une production analogue à celle du gras de cadavre.

Les kystes pileux peuvent rester stationnaires pendant trente ou quarante ans sans manifester leur présence, à moins qu'ils ne soient trop volumineux; ce n'est souvent que le hasard qui les fait découvrir, tellement ils déterminent peu de gêne et peu de douleur. Lorsqu'ils sont volumineux, ils peuvent gêner mécaniquement les fonctions des organes abdominaux.

Les kystes pileux peuvent devenir le siège d'un travail inflammatoire. En pareil cas il se forme un abcès, et, suivant la manière dont les rapports se sont établis, ce kyste pourra s'ouvrir dans le vagin, l'utérus, la vessie ou le rectum; on en a vu se faire jour à travers les parois abdominales.

Comment expliquer la formation des kystes pileux? Je ne puis mieux faire que de transcrire la conclusion de M. Cruveilhier.

« La conception extra-utérine pour l'immense majorité des cas de kystes pileux ovariens, l'inclusion parasitaire pour quelques cas, me paraissent répondre pleinement à tous les faits; et voici comment les choses doivent se passer: Une conception extra-utérine ovarienne a lieu; sous l'influence d'une cause difficile à déterminer, une adhérence s'établit dès les premiers temps de la conception entre les parois du kyste et l'embryon; cette adhérence est compliquée de la destruction plus ou

moins complète de l'embryon lui-même: or, tantôt il ne reste de l'embryon que la peau qui revêt une étendue plus ou moins considérable des parois du kyste, et alors le kyste est simplement pileux; tantôt avec la peau, et j'ai dit que c'était surtout la peau du cuir chevelu, il reste une portion plus ou moins considérable de mâchoire supérieure ou inférieure, ou même des autres os du squelette. »

Cette explication, qui rend bien compte des kystes pileux, avec ou sans débris de fœtus, qui occupent les ovaires, les trompes, la cavité abdominale chez les femmes qui ont dépassé l'époque de la puberté, ne s'applique plus aux kystes pileux ovariens observés chez des jeunes filles non pubères, ni pour ceux placés dans d'autres parties du corps; ici l'inclusion parasitaire peut seule en rendre compte.

M. Lebert (1) n'a pas admis que les kystes pileux fussent le produit d'une inclusion fœtale; il désigne la loi qui préside à leur formation sous le nom d'*hétérotopie plastique*. Suivant lui, il y a génération spontanée sur place d'une partie du tégument.

Pour ne prendre dans son mémoire que ce qui concerne les kystes pileux ovariens, je dirai qu'il appuie sa manière de voir sur les faits suivants:

a. *Couleur différente des poils* contenus dans un même kyste.  
b. *Nature variable des kystes* contenus dans un même ovaire.

c. *Structure des parois du kyste*. — Voici les éléments que M. Lebert y signale: Il existe une couche fibro-cellulaire, doublée d'une couche fibreuse, qui forme un véritable kyste adventif. — En dedans de cette couche se trouve souvent une coque ossiforme, qui n'est qu'une partie de la couche fibreuse ossifiée; il en résulte que le produit kystique est véritablement contenu dans une couche osseuse. — En dedans de cette couche fibreuse il y en a une troisième tout à fait analogue à la peau;

(1) *Mémoires de la Société de biologie*, 1853, p. 203.

au-dessous est un derme bien organisé, dans lequel M. Lebert admet des papilles. Il y signale même, lorsqu'il y a de la graisse dans les kystes, des glandes sébacées avec leur conduit excréteur et des glandes sudoripares.

d. *Composition du contenu du kyste.* — Il y a de la graisse, qui constitue quelquefois la masse presque totale, et qui se présente au microscope sous forme granuleuse ou vésiculeuse, mais jamais avec des cristaux gras; mêlée aux poils, elle donne naissance à un mélange spécial de ces deux productions, que Rokitansky appelle *globes pili-graisseux*.

e. *Caractères des dents.* — L'implantation des dents est variable. Elle a lieu tantôt dans un os, tantôt dans des parties molles, parfois même elles sont libres. — Ces dents, d'après M. Lebert, sont un produit de sécrétion des parois du kyste, lequel s'est lui-même formé accidentellement sur place: telle est la doctrine de M. Lebert. Je ne puis que dire, avec M. Houël, qui a très bien discuté cette question dans son ouvrage (1), que tout en s'appuyant sur des faits vrais et incontestables, que la doctrine de M. Lebert semble forcée dans son ensemble, car on ne comprend que difficilement cette production sur place d'une membrane aussi complexe que la peau. La plupart des faits invoqués par M. Lebert pourraient même être retournés contre lui.

M. Pigné a publié quelques détails intéressants relatifs aux kystes pileux des ovaires. Sur 18 observations de ces kystes qu'il a compulsées, 5 ont été trouvés chez des filles vierges n'ayant pas douze ans; 6 chez des jeunes filles de six mois à deux ans; 4 chez des fœtus femelles arrivés à terme; enfin, 3 chez des fœtus avortés au huitième mois (2).

Ces faits ne concordent guère avec la doctrine de M. Lebert, car il faudrait que son hétérotomie plastique se fût produite pendant la vie intra-utérine, ce qui est assez difficile à admettre. Du reste, M. Pigné a conclu, dans son travail, que tous les

(1) Houël, *Manuel d'anatomie pathologique*, 1857, 1 vol. gr. in-18, p. 651.

(2) *Bulletins de la Société anatomique*, 1846, t. XXI, p. 200.

kystes pileux, pili-graisseux ou pili-dentaires, reconnaissent pour cause l'inclusion, tandis que dans la conception extra-utérine, il y a momification du fœtus et les éléments restent reconnaissables.

## SECTION VI.

## DE QUELQUES AFFECTIONS DES TROMPES.

La plupart des maladies des trompes ne sont que des affections consécutives et résultant de l'extension des lésions organiques des parties voisines. Ainsi le cancer des trompes, qu'on a quelquefois observé, n'existe jamais seul, il est toujours la conséquence de l'extension du cancer, soit de l'utérus, soit des ovaires. Il est évident que nous ne devons pas nous occuper de telles affections, dont les symptômes disparaissent devant les phénomènes morbides, graves, des lésions organiques primitives. Je vais parler simplement du *rétrécissement* et de la *dilatation des trompes*, et des *kystes tubo-ovariens*.

*Rétrécissement des trompes.*

Le rétrécissement et l'oblitération des trompes s'observent quelquefois chez les femmes âgées, à la suite de l'atrophie sénile que subissent tous les organes génitaux internes de la femme. — Les inflammations aiguës et chroniques de l'utérus, les phlegmasies du péritoine, peuvent, chacune de leur côté, se propager à l'extrémité de la trompe avec laquelle elles sont en rapport, et en déterminer souvent le rétrécissement ou l'oblitération. Si la maladie s'est propagée des deux côtés, il en résulte une stérilité complète de la femme. Le rétrécissement et l'oblitération des trompes sont beaucoup plus communs à l'extrémité de cet organe, la plus voisine de l'utérus, ce qui est sans doute dû à l'étroitesse du canal de cet organe. — Aucun autre signe ne peut annoncer pendant la vie l'oblitération des trompes que la stérilité, encore faut-il que la lésion anatomique soit double.