

faire le *curettage* des fongosités, suivi de *cautérisation* au fer rouge. Après l'élimination de l'eschare potentielle, on appliquera, pendant six à douze heures, des tampons imbibés d'une solution de chlorure de zinc 5, ou encore, la pâte suivante : chlorure de zinc 4, oxyde de zinc 1 et farine de froment 3, en ayant soin de protéger le vagin avec des tampons imprégnés d'huile résorcinée ou d'une solution saturée de bicarbonate de soude.

Cette opération sera renouvelée dans la suite, à mesure que se reproduiront les fongosités. Dans l'intervalle, il sera bon de maintenir la cavité utérine ouverte, à l'aide de tampons imprégnés, suivant les besoins, de topiques hémostatiques, caustiques (tampons imprégnés de perchlorure de fer et séchés, de chlorure de zinc à 1/2 et bien essorés), ou simplement antiseptiques (tampons iodoformés).

Le curettage est surtout indiqué lorsque les fongosités sont exubérantes et le sujet résistant. Dans ces conditions, il procure ordinairement, du fait de la suppression des écoulements sanguins et septiques, un relèvement notable des forces et du moral, une facilité plus grande dans la marche, un certain retour de l'appétit. Mais cette pratique n'a pas raison d'être dans les formes ulcéreuses, peu secrétantes, et doit être évité aux périodes ultimes de la maladie, lorsqu'il y a imminence de perforation.

A défaut du curettage, on aura recours au fer rouge, aux caustiques, dont l'action doit être surveillée de près (pâte de Canquoin en flèches, tampons imbibés de chlorure de zinc par moitié); aux injections antiseptiques faibles, désodorantes, hémostatiques (liqueur de Labarraque, une cuillerée à bouche par litre, sulfate de cuivre à 1/200, naphтол à 0,40 p. 1,000, perchlorure de fer, une cuillerée à café par litre); ou simplement, aux injections aseptiques (1 cuillerée à dessert de sel gris par litre d'eau bouillie): ces injections seront prises à 40° au moins, renouvelées deux ou trois fois par jour, et prolongées durant une demi-heure, si possible. Desprès a tout dernièrement vanté les applications de pétrole raffiné pur.

Inglis Parsons (1889), Byrne (1889) et Wernitz (1890) disent avoir obtenu, par l'électricité, la disparition des symptômes et la réduction graduelle de la tumeur. Parsons a recours à la galvano-puncture à l'aide d'un grand nombre d'aiguilles et fait passer un courant de 100 milliampères au minimum, avec 50 à 100 interruptions dans chaque direction. Wernitz a eu recours à l'électrolyse, en séances de 5 à 10 minutes, avec 100 à 200 milliampères.

Le curettage n'a d'action sur la douleur que s'il y a dilatation de l'utérus par les tissus cancéreux (Schröder). Les injections chaudes

prolongées donnent un soulagement réel mais de courte durée; l'action de l'électricité mérite confirmation.

Parmi les *analgésiques*, on donnera la préférence aux préparations d'opium, en palliant, autant que possible, les inconvénients du médicament: on ne l'emploiera d'abord que la nuit et, successivement, sous forme de laudanum de XX à XXX gouttes, de suppositoires d'extrait d'opium et de belladone... n'ayant recours, qu'en dernier lieu, aux injections de morphine, qui doivent être rapidement augmentées de nombre et de quantité, pour produire l'effet voulu.

Entre temps, on ne négligera pas de combattre, par les moyens appropriés, le ralentissement des fonctions digestives, les troubles urémiques, etc., tout en s'efforçant de conserver aux malades leurs illusions.

IV. Intervention dans le cas de grossesse.

La grossesse n'est pas une contre-indication absolue à la cure radicale. Elle en aggrave cependant beaucoup le pronostic immédiat et diminue les chances de survie (Bouilly). La femme est-elle près du terme, on pratique l'accouchement prématuré ou la césarienne, avant l'hystérectomie.

En cas de cancer inopérable, on pratique l'avortement si le col n'est pas suffisamment dilatable. Dans le cas contraire, on fera, en temps voulu, la craniotomie ou la césarienne, après avoir essayé, s'il y a lieu, du forceps ou de la version. En faisant choix de la césarienne, l'opérateur n'aura en vue que l'intérêt de la mère, étant donné le peu de survie des enfants qu'engendrent les femmes atteintes de cancer utérin.

CHAPITRE IV

TUMEURS DES ANNEXES

ÉTIOLOGIE

Les *kystes de l'ovaire* se rencontrent, de préférence, pendant la période d'activité génitale, de vingt à quarante ans. Ceux qui se manifestent avant la puberté sont, le plus souvent, de nature *dermoïde*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les néoplasmes des annexes comprennent : A. des kystes ; B. des tumeurs solides et qui tendent généralement aux transformations kystiques.

A. Kystes.

a. Kystes de l'ovaire. — Indépendamment des *micro-kystes séreux, sanguins* et autres qui dépendent de l'ovarite ou de simples troubles nutritifs (livres VI et VII), l'ovaire peut donner naissance à des kystes à grand développement : kystes *prolifères, dermoïdes* et *mixtes* qui, par l'incertitude de leur pronostic, occupent une place à part dans le cadre nosologique.

I. KYSTES PROLIFÈRES. — *Caractères microscopiques.* — Les kystes *prolifères* de l'ovaire sont aussi dénommés *cysto-épithéliomes, épithéliomes mucoides*, termes que nous rejetons, en ce sens qu'ils impliquent une constante malignité. Leur anatomie pathologique s'est beaucoup simplifiée en ces dernières années, tout en se précisant, grâce aux travaux de Waldeyer, Malassez et de Sinéty, Quénu, Poupinel, Doran, etc.

Ils proviennent, soit des tubes de Pflüger, perdus au milieu du tissu ovarien, sans avoir subi leur évolution normale (Waldeyer) ; soit d'une involution pathologique de l'épithélium de revêtement de l'ovaire, au cours de la vie extra-utérine (Malassez et de Sinéty) ; soit enfin d'une expansion néoplasique de la membrane granuleuse du follicule de de Graaf. Ce sont les deux premières opinions qui, sous l'autorité de leurs promoteurs, ont prévalu ; mais la troisième n'a pas été controuvée. En somme, quelle que soit celle que l'on adopte, c'est toujours l'épithélium germinatif, à telle ou telle période de développement (cellule de revêtement, cellule invaginée, cellule enkystée) qui se trouve en cause (fig. 128).

Le développement variable de l'épithélium, d'une part, du tissu conjonctif, d'autre part, donne la clef des variations histologiques du kyste prolifère et fournit, tout au moins, une raison à l'incertitude de ses destinées cliniques.

L'épithélium est plus ou moins métatypique : généralement cubique, il peut être aussi cylindrique et caliciforme dans les enfoncements. Deux choses sont à considérer : les rapports de cet épithélium avec le tissu conjonctif et la disposition de ses cellules entre elles.

Que la première cavité kystique provienne d'un follicule de de

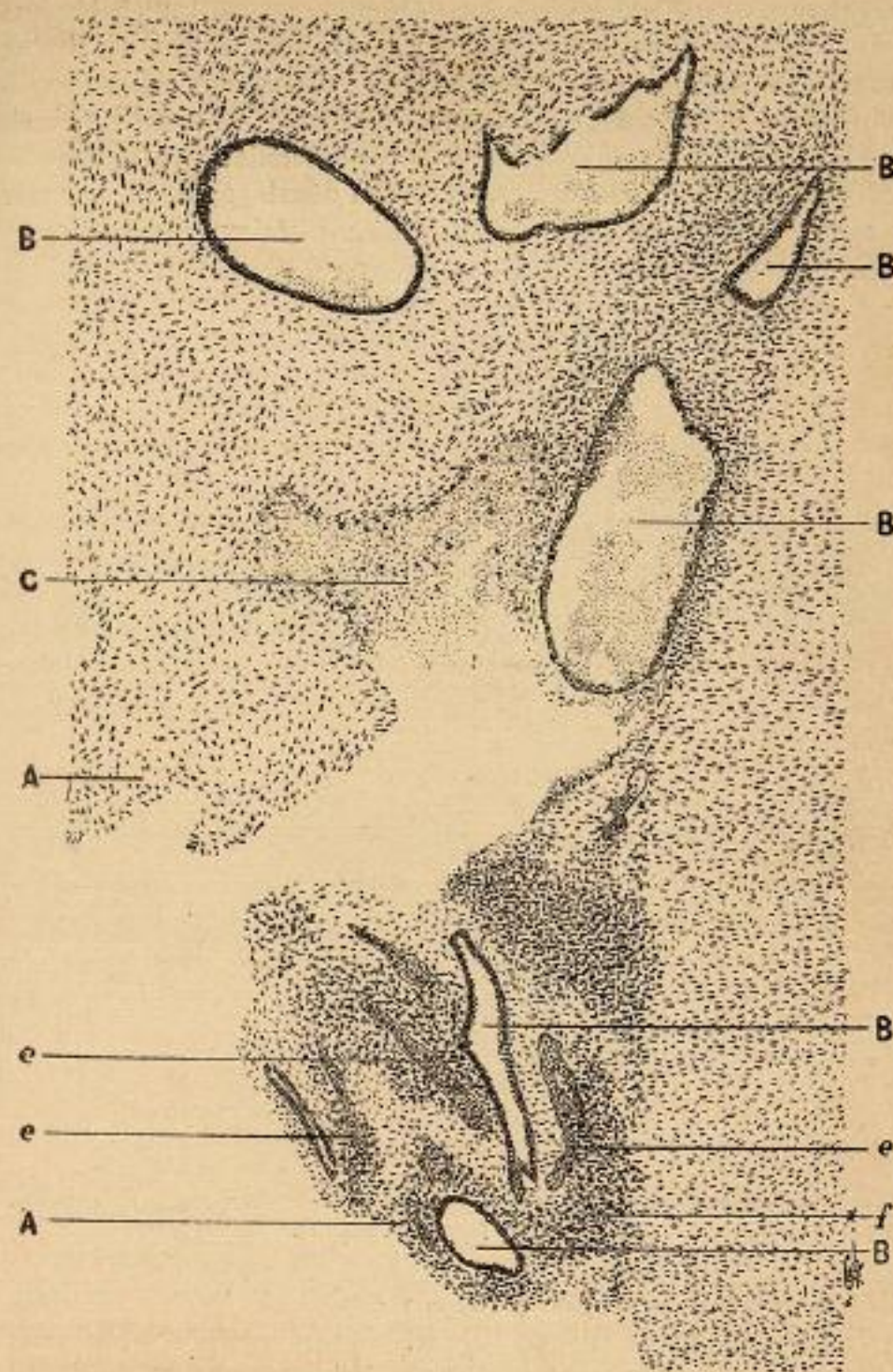


Fig. 128. — Début de kyste prolifère en un point limité d'un ovaire normal par ailleurs (Grossissement de 40 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet). — A, surface de l'ovaire ; B, B, coupes de tubes tapissés d'épithélium cylindrique ou métatypique ; C, cavité incomplètement tapissée d'épithélium folliculaire ; e, e, capillaires dilatés ; f, f, hémorragies interstitielles.

Graaf ou d'un tube de Pflüger, oblitéré dans sa continuité, lorsque cette cavité est constituée avec son revêtement épithélial, il s'en forme d'autres, soit à son intérieur, par soudure des saillies papillaires de la paroi, soit plutôt dans l'épaisseur de cette même paroi, par invagination et oblitération de tubes épithéliaux.

L'ensemble de ces kystes prend, en se développant, l'apparence macroscopique d'un kyste *multiloculaire*. Ultérieurement, un cer-

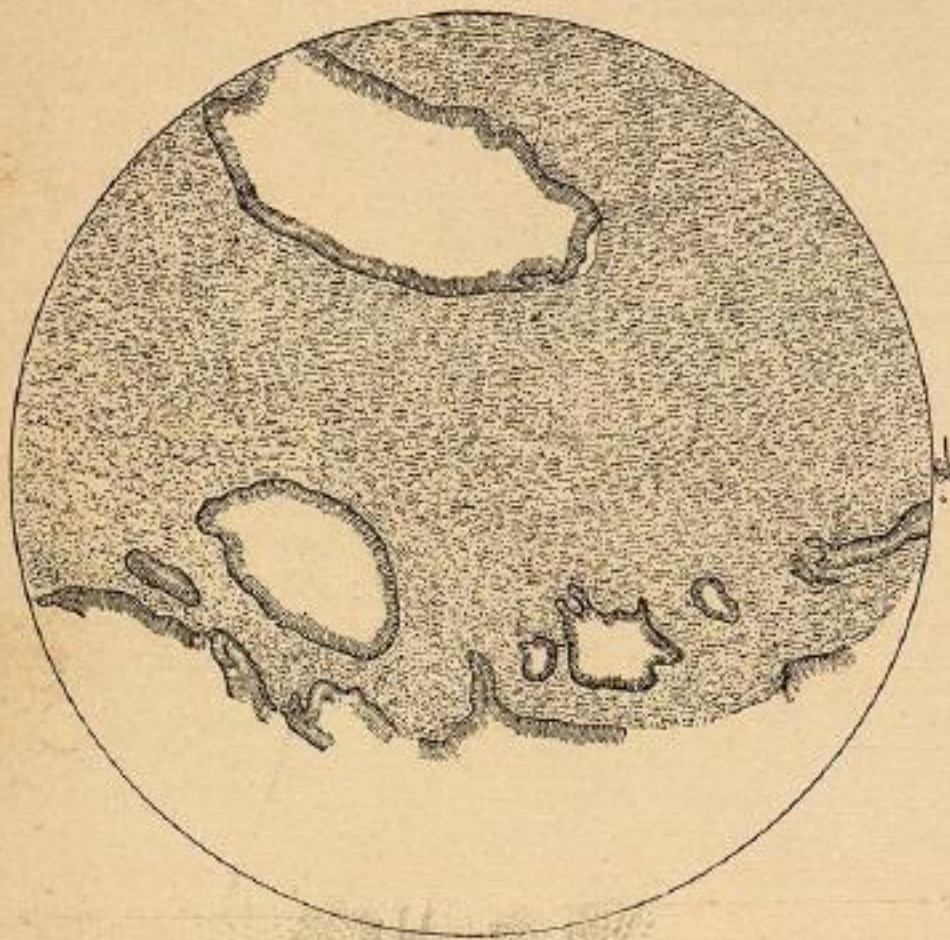


Fig. 129. — Adénome kystique de l'ovaire à contenu gélatineux (Grossissement de 34 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet).

tain nombre de cloisons communes venant à se résorber, le kyste devient *pauciloculaire* ou *uniloculaire*. Mais, en réalité, même dans ce dernier cas, la structure est la même, car, dans la paroi du kyste uniloculaire, on retrouve, soit à l'œil nu, soit au microscope, des loges secondaires.

L'épithélium de revêtement peut être de forme assez régulière et rangé sur une seule couche et, dans ce cas, la tumeur mérite,

au point de vue histologique, le nom d'*adénome kystique* (fig. 129) ; ou bien, il peut avoir proliféré sur plusieurs rangs avec un métatypisme prononcé et semble alors justifier le nom de *cysto-épithéliome* (fig. 130). Mais ces caractères histologiques répondent, en réalité, à des degrés très variables de malignité. Il n'en est pas de même des cas où il existe, dans l'épaisseur de la paroi kystique, une véritable



Fig. 130. — Cysto-épithéliome de l'ovaire (Grossissement de 34 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet).

infiltration de tubes épithéliaux pleins : il s'agit bien alors d'un véritable épithéliome et cette particularité s'est rencontrée, d'après Poupinel, dans 63,38 p. 100 des cas où les kystes se sont comportés comme des tumeurs malignes. En beaucoup de cas, la dégénérescence ne frappe qu'un seul point de la paroi (Cohn).

Le stroma conjonctif est dans une proportion juste suffisante, ou bien il peut exuberer, soit sous forme de cloisons interkystiques très épaisses, soit sous forme de papilles saillantes à l'intérieur des

cavités, ou même à l'extérieur de la poche kystique (kystes *prolifères papillaires* opposés, par Waldeyer, aux autres kystes auxquels il donne le nom de *glandulaires*). Les papilles peuvent même prédominer à tel point que l'on a l'apparence d'un véritable *papillome*. Le tissu conjonctif peut aussi présenter les caractères du tissu sarcomateux ou muqueux : *épithélio-sarcomes*, *épithélio-myxomes*.

La paroi du kyste principal qui fait enveloppe aux autres présente, de l'extérieur à l'intérieur : une couche d'épithélium cubi-



Fig. 131. — Section d'un kyste prolifère de l'ovaire à forme aréolaire (d'après Gallard).

que, une couche lamellaire et une couche vasculaire contenant de petits kystes secondaires.

Caractères macroscopiques. — Le kyste prolifère de l'ovaire se présente, à l'œil nu, sous forme d'une tumeur ovoïde, de coloration bleuâtre, à peu près lisse ou surmontée de bosselures qui correspondent aux loges secondaires. On peut trouver, à sa surface et sur les organes environnants, des productions secondaires, papillomes ou petits kystes, ayant l'aspect de frai de grenouille : cette constatation n'implique en rien la fatalité de la récurrence. Quant au volume,

il varie depuis celui des microkystes jusqu'aux dimensions d'une grosseur à terme et au delà.

A la section, on trouve, soit un certain nombre de cavités de dimensions considérables ou moyennes (kystes *multi*, *pauciloculaires*), soit une poche principale dont la paroi est creusée de cavités petites ou même microscopiques et qui présente parfois, à son intérieur, des brides plus ou moins larges, vestiges d'anciennes cloisons (kystes *uniloculaires*). Ou bien encore, la plus grande masse de la tumeur prend l'aspect *aréolaire* (fig. 131), du fait de la prédominance du tissu conjonctif et du faible développement des kystes (*kystes aréolaires*). Tantôt l'intérieur des cavités est à peu près lisse, tantôt il est rempli de végétations papillaires qui peuvent forcer la paroi pour faire issue dans le péritoine (fig. 132).

Le contenu, de couleur citrine, verte, noirâtre, est ordinairement

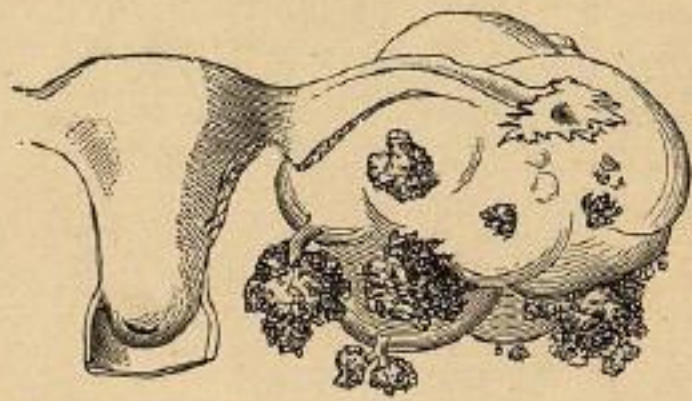


Fig. 132. — Kyste prolifère de l'ovaire à forme papillaire (Kerberlé).

filant et visqueux, mais sa consistance peut varier depuis la fluidité la plus parfaite jusqu'à la densité de la gélatine, suivant l'abondance plus ou moins grande des cellules caliciformes. Les espérances que l'on avait basées, au point de vue du diagnostic, sur l'étude de ses éléments figurés et de sa composition chimique ne se sont pas réalisées. Il faut pourtant retenir de cette étude que la paralbumine manque dans les kystes parovariens.

II. KYSTES DERMOÏDES. — Les kystes *dermoïdes* se rencontrent, par rapport aux kystes prolifères, dans la proportion de 3,5 p. 100 (Olshausen).

Les kystes *purement dermoïdes* sont ordinairement petits et uniloculaires et leur surface interne rappelle plutôt l'aspect d'une muqueuse que celui de la peau.

Leur contenu ressemble généralement à de la purée de châtaignes; mais il peut être beaucoup moins consistant, et même semblable à

de l'huile. Il est formé de déchets épidermiques au milieu desquels se rencontrent de longs poils enroulés, des dents et, plus rarement, des fragments osseux (fig. 133).

La structure de la paroi est identique à celle de la peau, sauf que les glandes sudoripares sont rudimentaires et clairsemées (fig. 134). On peut y trouver greffés tous les tissus de l'embryon et même des organes plus ou moins parfaits (glande sous-maxillaire, œil incomplet, etc.), des membres reliés entre eux (Répin).

A côté des kystes purement dermoïdes, se rangent des tumeurs mixtes qui seraient beaucoup plus fréquentes, d'après les travaux de Poupinel. Ces tumeurs renferment, à côté des cavités mucoïdes,

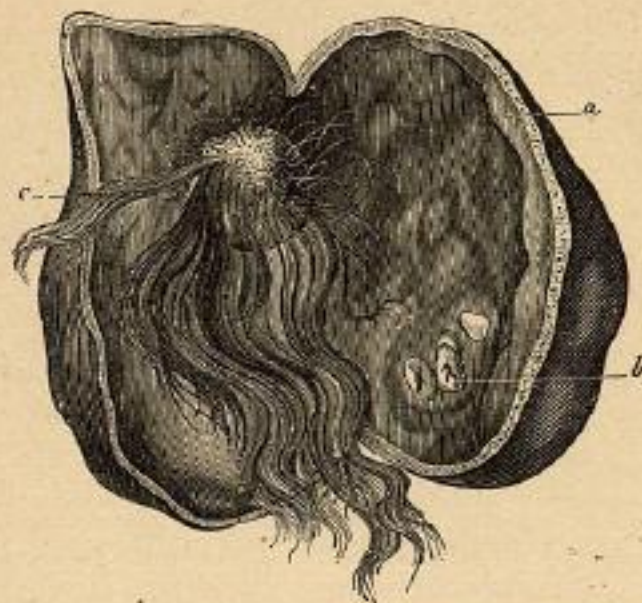


Fig. 133. — Kyste dermoïde de l'ovaire. — a, paroi du kyste; b, dents; c, touffe de cheveux implantée sur un tubercule criblé d'orifices de glandes sébacées (Folin).

des cavités dermoïdes, ou présentent, dans une seule et même cavité, une transition insensible entre la peau et le revêtement polymorphe.

Enfin Krukenberg a rassemblé un certain nombre de faits, dont un personnel, dans lesquels la paroi du kyste dermoïde était envahie par un cancer à épithélium pavimenteux, avec globes épidermiques, reconnaissant comme origine le réseau de Malpighi. L'infiltration néoplasique débute ordinairement par la papille qui porte les poils (Pilliet).

La théorie de l'enclavement, non seulement des téguments, mais des différents tissus de l'embryon (Lannelongue et Achard) suffit à expliquer la généralité des cas. Cependant, si l'ancienne théorie de la grossesse extra-utérine, qui supposait une fécondation préalable, est

à rejeter, de même que l'inclusion fœtale, il n'en est pas de même de l'idée de parthénogenèse soutenue, avec quelques variantes, par Waldeyer en Allemagne et par Mathias Duval et Répin en France. Cette théorie s'appuie : 1° sur les facultés intrinsèques de développement de l'épithélium germinatif (segmentation sans fécondation

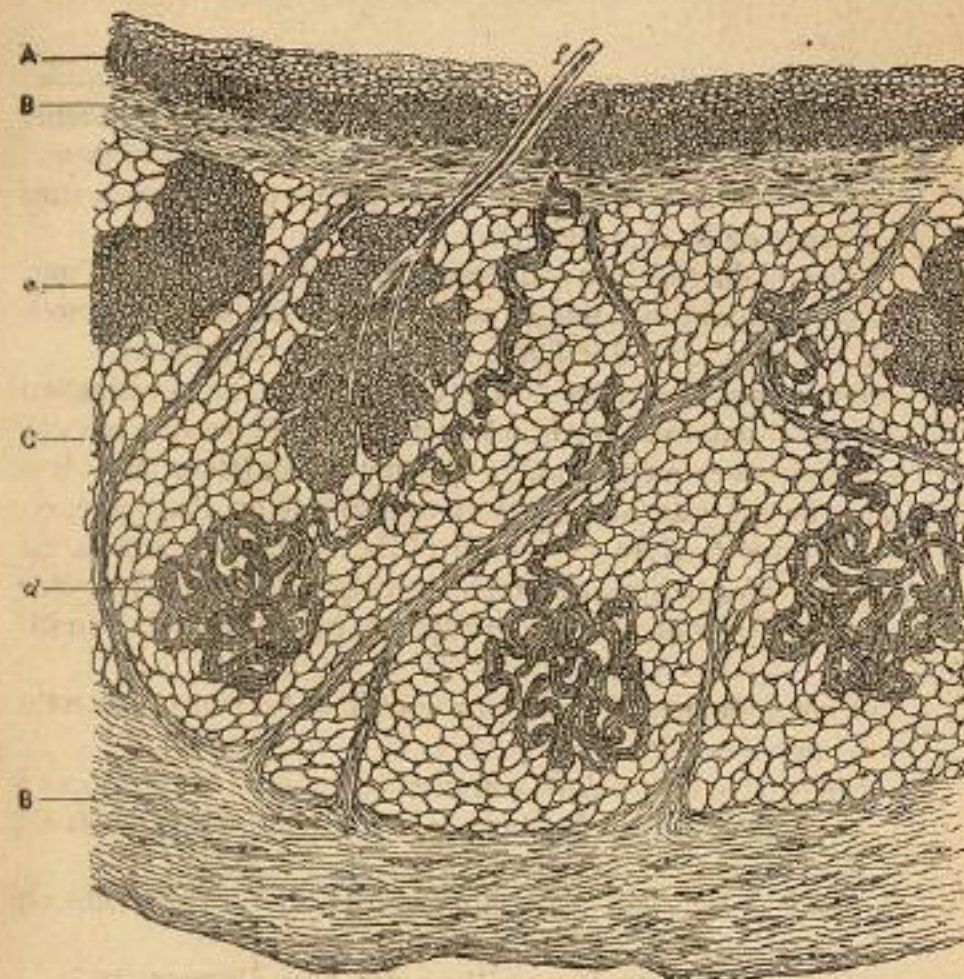


Fig. 134. — Coupe histologique d'un kyste dermoïde de l'ovaire (d'après Wyder). — A, revêtement pavimenteux; B, B, tissu conjonctif fasciculé; C, tissu cellulo-adipeux; d, glomérules sudoripares; e, glandes sébacées dont l'une est munie d'un follicule pileux avec son poil f.

préalable des ovules d'oiseaux, de mammifères et même de l'homme [Morel]); 2° sur la concordance de l'emplacement de l'ovule dans le follicule de de Graaf et du bourgeonnement, qui porte les vestiges embryonnaires, dans le kyste dermoïde à ses débuts; 3° enfin, sur la comparaison des cas où « l'on trouve une ébauche d'embryon nettement individualisé avec la série des autres faits où l'on n'a que des vestiges squelettiques moins aisément reconnaissables » (Répin).

Si l'on accepte cette idée pour le kyste purement dermoïde, le kyste muco-dermoïde ou mixte doit être considéré comme la résultante d'une double évolution de l'épithélium germinatif, dans le sens néoplasique et génésique.

CONNEXIONS DES KYSTES DE L'OVAIRE. — Les kystes de l'ovaire sont ordinairement reliés au ligament large par un *pédicule* formé d'une portion de ce ligament et du ligament de l'ovaire. Très variable d'épaisseur, de largeur et de longueur, ce pédicule peut être à peine isolable entre les doigts ou, au contraire, très long et très grêle.

Dans certains cas, le kyste s'insinue, par son segment inférieur, entre les feuillets du ligament large (Terrillon), de telle sorte que le pédicule est réduit à un faisceau vasculaire qu'il faut reconnaître et lier au cours de la décortication.

Les vaisseaux du pédicule sont très volumineux; les artères sont fournies par l'utéro-ovarienne et aussi par sa branche anastomotique avec l'utérine, quand le kyste vient s'accoler à l'utérus.

Le pédicule peut se rompre du fait de sa torsion, de la rétraction d'adhérences circulaires (Terrillon) ou de la simple traction exercée par des adhérences ou par un néoplasme voisin (Heurtaux). Une fois séparé de ses attaches, le kyste se sphacèle ou s'atrophie, ou encore, continue à vivre par l'intermédiaire des adhérences. Ce pédicule de néoformation, unique ou multiple, peut du reste subir les mêmes accidents de torsion, de rupture, que le pédicule primitif (Chalot).

Le plus généralement, l'épiploon recouvre la tumeur et l'intestin est refoulé derrière elle.

La vessie peut la suivre dans son développement et s'appliquer à sa paroi antérieure sur une hauteur de 10 à 15 centimètres; le fait a surtout lieu dans le cas de tumeur intra-ligamentaire.

L'adhérence à l'uretère peut entraîner la rupture partielle ou complète de ce conduit, à l'insu de l'opérateur.

L'utérus peut occuper les positions les plus diverses. Refoulé généralement en avant et sur le côté, plus rarement, dans le cul-de-sac de Douglas, il peut encore être attiré en haut, jusque dans la cavité abdominale.

MODIFICATIONS ÉVOLUTIVES DES KYSTES DE L'OVAIRE. — *Ascite.* — L'ascite coexiste moins souvent avec les kystes qu'avec les tumeurs solides.

Une ascite *abondante* est ordinairement l'indice d'une tumeur végétante. L'épanchement, formé d'un liquide visqueux, souvent sanguinolent, renferme de 60 à 70 gr. p. 1000 de matières fixes, c'est-à-dire, deux à trois fois plus que l'ascite ordinaire, dans laquelle la proportion de ces matières ne dépasse pas 25 p. 1000

(Méhu). Les cellules variées qu'on y rencontre n'ont pas de signification précise.

Cette ascite symptomatique dépend des végétations qui se développent à la surface de la tumeur et du péritoine; plus rarement, de la rupture du kyste ou de la dégénérescence de sa paroi. Quant à sa viscosité, elle est due, soit à la sécrétion des végétations, soit au jetage des invaginations épithéliales ouvertes à la surface du péritoine (Quénu).

Inflammation. — L'inflammation peut aboutir à la suppuration du kyste et s'observe surtout après la ponction exploratrice. Il importe de ne pas confondre le pus véritable avec certains contenus lactescents qui n'ont du pus que l'apparence et sont dus, en réalité, à une simple desquamation épithéliale. De même, à côté de l'inflammation véritable, se placent des lésions *pseudo-inflammatoires*, de nature irritative, qui se bornent à des adhérences. Ces adhérences, ordinairement lâches et peu vasculaires, renferment parfois de gros vaisseaux; elles peuvent être serrées au point de souder intimement la paroi du kyste au péritoine et à l'intestin.

Dégénérescences. — Nous nous contenterons de signaler les *dégénérescences calcaire* et *graisseuse*.

Torsion du pédicule. — La torsion du pédicule a plus souvent lieu du côté gauche (Olshausen) et de dedans en dehors.

La torsion brusque donne lieu à des hémorragies graves, si les veines seules sont comprimées; au sphacèle et à la rupture de la tumeur, si l'obturation porte à la fois sur les artères et les veines.

La torsion lente peut provoquer les mêmes accidents; mais elle aboutit plus souvent à un travail d'adhérences intimes, ou de thrombose veineuse qui provoque l'œdème des membres inférieurs; parfois enfin, à une guérison relative, par résorption graisseuse et calcification.

La torsion est favorisée par le poids, par le petit volume de la tumeur et par la longueur de son pédicule. On lui reconnaît un certain nombre de causes déterminantes: mouvements brusques, développement inégal du kyste, pressions exercées par une tumeur voisine, alternatives de réplétion et de déplétion de la vessie et du rectum.

Rupture du kyste. — La rupture intra-péritonéale des kystes prolifères, et même des kystes dermoïdes, peut donner lieu à leur ensemençement, non seulement dans le péritoine, mais même dans la plèvre, par l'intermédiaire des lymphatiques. La production des papillomes ou des kystes secondaires n'implique pas fatalement,

comme nous l'avons dit, la malignité de la tumeur et sa récurrence après ablation.

Les kystes ovariens peuvent encore s'ouvrir à travers la paroi abdominale ou dans un viscère quelconque, après formation d'adhérences.

Hémorragie intra-kystique. — L'hémorragie intra-kystique se produit par suite d'un traumatisme, de la torsion du pédicule, ou simplement, par le fait de l'hypervascularité des végétations.

b. **Kystes du ligament large.** — On peut rencontrer dans le ligament large, comme dans l'ovaire, des *kystes prolifères* et des *kystes dermoïdes*.

I. **KYSTES PROLIFÈRES.** — Les kystes prolifères du ligament large se distinguent en kystes *hyalins* et kystes *papillaires*.

1° *Kystes hyalins.* — Les kystes *hyalins*, généralement sphériques, uniloculaires, à parois minces et transparentes (fig. 135), renferment un liquide clair et limpide, qui ne contient ni albumine ni paralbumine, mais une forte proportion de chlorures (8 à 16 gr. par litre). Ils sont revêtus, à leur intérieur, d'épithélium cylindrique simple ou à cils vibratiles.

2° *Kystes papillaires.* — Les kystes *papillaires* diffèrent des précédents par l'existence de papilles à leur intérieur et de cavités microscopiques dans leur paroi, par la viscosité de leur contenu, enfin, par leur adhérence prononcée aux tissus voisins.

Nous avons vu (liv. III, chap. 1) qu'il existe, dans le ligament large, trois sortes de débris de la période embryonnaire : les tubes verticaux de l'*époophore*, tapissés d'épithélium prismatique cilié, les corpuscules arrondis du *paroophore* ou *parovarium*, tapissés d'épithélium cylindrique, et enfin, des débris testiculaires qui pénètrent l'ovaire. Les premiers organes, avec leurs étranglements multiples, et les seconds, fermés déjà sous forme de petites poches, semblent tout disposés pour la genèse kystique.

Pour Doran, les kystes provenant de l'*époophore* sont les seuls qui renferment de l'épithélium cilié et qui peuvent devenir papillaires, tandis que, d'après Tait, les deux variétés de kystes, hyaline et papillaire, ne sont que les deux phases différentes d'un même processus.

Il est possible, du reste, que les kystes du ligament large puissent relever d'une autre origine que du corps de Rosenmüller, qu'ils proviennent, par exemple, d'hydropisies sous-séreuses (Doran et Mangin), ou d'ovaires surnuméraires (de Sinéty).

Des kystes *hyalins intra-ligamentaires*, nous rapprocherons certains *petits kystes extra-ligamentaires*, paratubaires, à contenu séreux et

transparent, à enveloppe très mince, qui semblent ne devoir guère dépasser le volume d'un pois ou d'une noisette. Le kyste de ce genre que l'on trouve appendu au pavillon de la trompe, et qui porte le nom d'*hydatide de Morgagni*, a une origine bien déterminée : c'est le vestige de l'extrémité du *conduit de Müller*. D'autres kystes de même apparence, appendus parfois en assez grand nombre à la trompe, comme des grains de raisin à leur branche, sont considérés, par les uns, comme des *boules d'œdème sous-séreux* et, par d'autres (Pozzi),

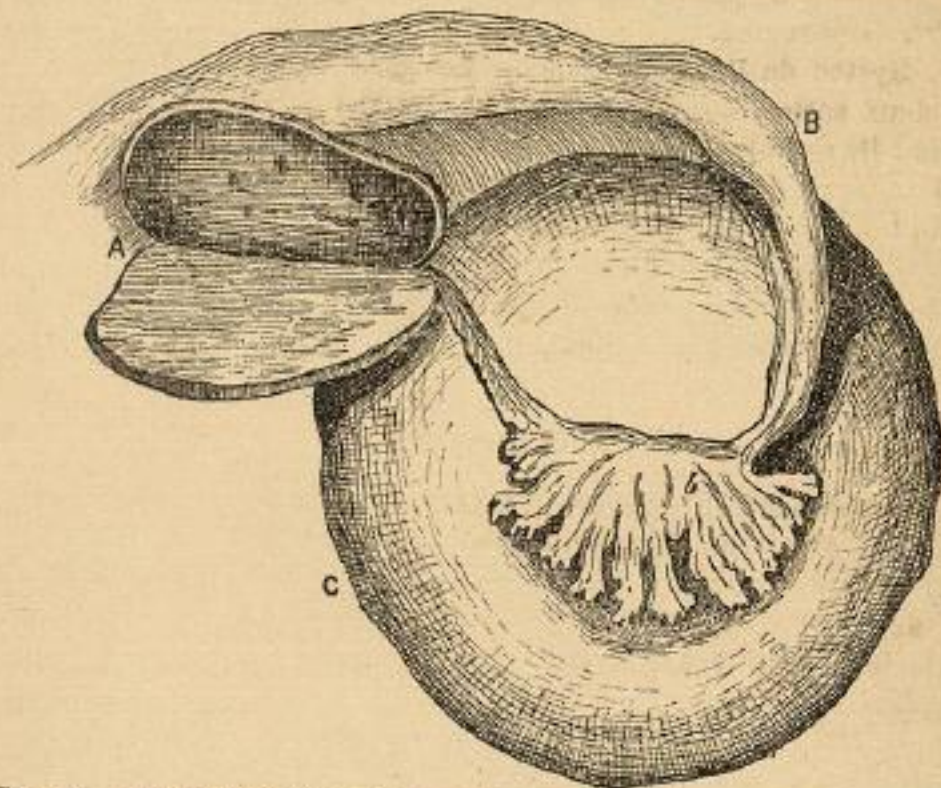


Fig. 135. — Kyste uniloculaire du ligament large (Doran). — A, ovaire fendu par le milieu ; B, trompe, avec son pavillon *b* ; c, kyste.

comme des *kystes aberrants* du ligament large : ils nous ont paru répondre, dans un cas, à l'enkystement du péritoine entre les plicatures externes de la trompe, soudées par un travail d'adhérence.

II. **KYSTES DERMOÏDES.** — La genèse des *kystes dermoïdes* du ligament large s'explique facilement par la formation du corps de Wolf, qu'il dérive des feuillet externe et moyen (His), du blastoderme ou, seulement, du feuillet moyen (Waldeyer), mais au contact immédiat du feuillet externe.

CONNEXIONS DES KYSTES DU LIGAMENT LARGE. — Les grands kystes du ligament large, en se développant, dédoublent les ailerons de la trompe et de l'ovaire et s'appliquent à l'utérus. Ils peuvent envahir

le cul-de-sac de Douglas, la fosse iliaque, refouler le cul-de-sac vésico-utérin en entraînant avec eux la vessie par le haut, passer dans le ligament large du côté opposé en contournant l'utérus. De *sous-péritonéo-pelviens* qu'ils sont jusque-là, ils peuvent devenir *sous-péritonéo-abdominaux* : il suffit, pour cela, qu'en se portant vers la grande cavité abdominale, ils s'insinuent sous le péritoine, en le décollant, au lieu de l'étirer suffisamment pour se constituer un pédicule. Ils peuvent ainsi s'étendre jusqu'au foie et même jusqu'au diaphragme.

c. **Kystes du ligament rond.** — Les kystes du ligament rond sont de deux sortes. Les uns sont des *hydrocèles enkystées du canal de Nück* : ils remplissent plus ou moins complètement le canal inguinal et peuvent s'étendre jusqu'aux grandes lèvres. Le ligament rond longe leur face postérieure.

D'autres sont *intra-ligamentaires* : ils relèvent d'un arrêt de développement du *gubernaculum de Hunter* qui est creux chez l'embryon et constitue plus tard le ligament rond.

B. Tumeurs solides.

a. **Fibrome et fibro-myome.** — I. **FIBROME ET FIBRO-MYOME DE L'OVAIRE.** — Indépendamment des petits nodules fibreux que l'on trouve à la surface de l'ovaire et qui dépendent de l'ovarite chronique ou d'une ponte exagérée, il existe de véritables *fibromes de l'ovaire* qui comptent, pour 1 à 2 p. 100, dans la totalité des tumeurs de cet organe.

Les *fibromes de l'ovaire* peuvent atteindre un grand volume (130 gr., Terrier; 8 kilogr., Doran; 30 kilogr., Spiegelberg). Ordinairement pourvus d'un pédicule bien isolé et libres d'adhérences, ils peuvent être, en partie, inclus dans le ligament large; mais leurs rapports avec la trompe permettent encore de spécifier leur origine.

Lorsqu'ils ont acquis un certain développement, ils deviennent le plus souvent kystiques, du fait de dégénérescences cellulaires ou de dilatation œdémateuse des espaces lymphatiques. Assez pauvres en vaisseaux et dépourvus de capsule, ils tirent leur origine, soit du stroma conjonctif, soit d'un corps jaune (Rokitansky), et présenteraient, dans ce dernier cas, à leur périphérie, les papilles caractéristiques du follicule vide de l'œuf.

Au microscope, ils se montrent formés de faisceaux conjonctifs irréguliers et d'une assez grande quantité de cellules conjonctives jeunes, ce qui s'explique par la nature même du stroma de l'ovaire, déjà très voisin du tissu embryonnaire. Cette particularité implique

sans doute une grande tendance à la transformation maligne (Doran). Les fibres musculaires lisses peuvent être complètement absentes.

Le *fibro-myome* de l'ovaire est beaucoup plus rare que le *fibrome pur* (Doran, 2 cas; Bagot, 1 cas).

Les *myomes purs*, signalés par Sangalli, Sims et Coe, sont très discutables.

Le *fibro-myome* se confond presque avec le *fibrome*, étant donnée l'ordinaire richesse de celui-ci en cellules conjonctives jeunes. Dans une tumeur de cette variété qui, à la coupe, était formée d'un tissu aréolaire blanchâtre et pulpeux, nous avons trouvé, dans l'intervalle de faisceaux conjonctifs très denses ou, au contraire, lâches et ondulés, des conglomerats de cellules nettement ramifiées et anastomosées.

Le ligament large, la trompe, le ligament rond, le ligament de l'ovaire, n'étant que de simples dépendances de l'utérus, on s'explique facilement qu'ils puissent être le point de départ de fibromes.

II. **FIBRO-MYOME DU LIGAMENT LARGE.** — Il semble démontré qu'en dehors des fibro-myomes utérins intra-ligamentaires et aberrants, le ligament large peut renfermer des tumeurs de même siège et de même nature et d'origine intrinsèque.

Signalés par Kiwisch, Scanzoni, les *fibro-myomes du ligament large* ont été étudiés, pour la première fois, par Virchow. Ils peuvent se développer dans l'épaisseur du ligament et se pédiculiser à sa surface. Les tumeurs de la première espèce, quand elles sont volumineuses, peuvent être facilement prises pour des tumeurs primitivement utérines, devenues libres par rupture de leur pédicule. Leur existence propre ne fait cependant pas de doute : ainsi, dans un cas de Virchow, le fibro-myome, de la grosseur d'un haricot, était immédiatement sous-jacent au ligament ovarien et très éloigné de l'utérus et de l'ovaire. Dans un cas de Tédénat, il existait des fibromes multiples du ligament large avec un utérus petit et normal. Gross, de Nancy, a relevé six cas de tumeurs pédiculées opérées par Mikulicz, Sanger, Barker, Billinger, Doran et lui-même. L'origine de ces tumeurs ne semble pas prêter à la discussion. Gross et Klebs ont pourtant avancé qu'elles pourraient provenir d'ovaires surnuméraires; mais, étant donnée la rareté des fibres musculaires dans l'ovaire, il serait plus juste encore de supposer que les soi-disant fibro-myomes de l'ovaire proviennent des ligaments larges. Mikulicz a émis, d'autre part, l'hypothèse que les tumeurs en question naissent dans le parovarium; mais on devrait y trouver, en ce cas, des traces de canalicules; Billinger

signale que, dans son cas, le parovaire a été trouvé intact à côté de la tumeur.

Il faut se garder de conclure à première vue à un *myome du ligament large*, les kystes de la même région pouvant être entourés de trousseaux musculaires très épais susceptibles d'induire en erreur (Doran).

III. **FIBRO-MYOME DE LA TROMPE.** — Il n'existe pas de cas authentique

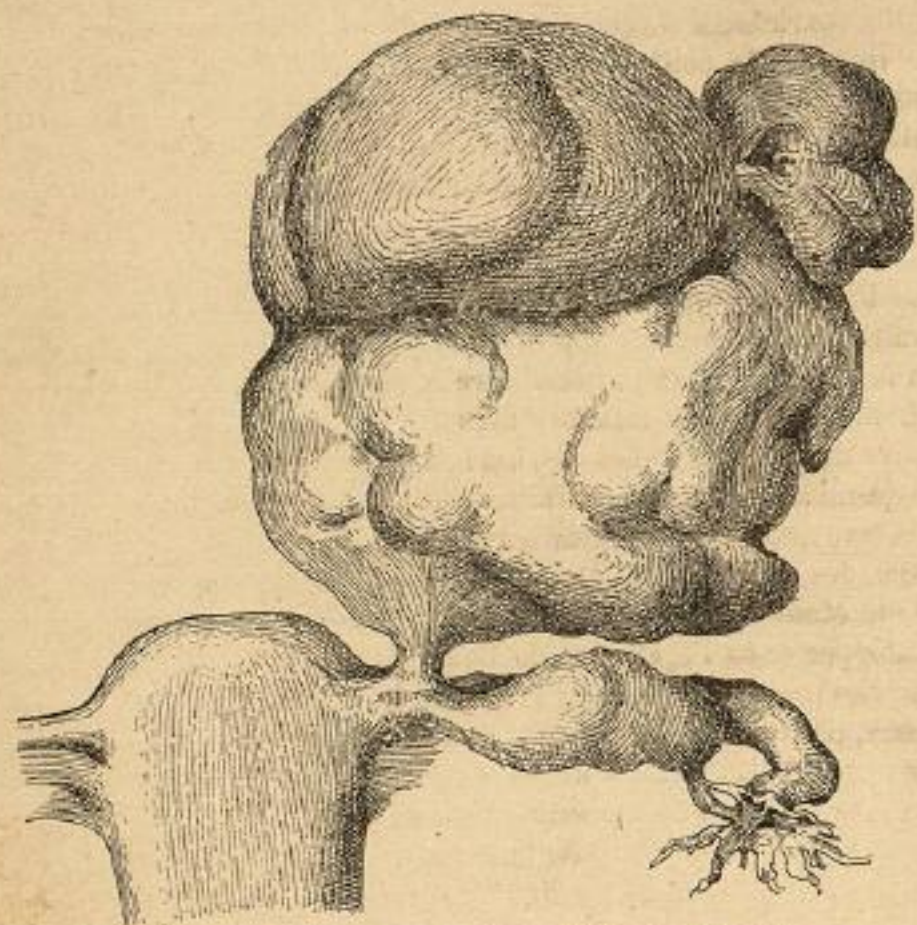


Fig. 136. — Fibro-myome du ligament de l'ovaire (Dolérès).

de *fibro-myome de la trompe*. Celui de Simpson (tumeur grosse comme une tête d'enfant) se rapporte en réalité à une tumeur paratubaire (Doran).

Celui de Schwartz (de Paris), où il est question d'un fibrome développé sur la trompe droite, au niveau de son insertion sur l'utérus, semble n'être qu'un fait de tumeur migratrice de ce dernier organe.

Enfin, tout récemment (1892), Spaeth a cité un fait d'*épaississement uniforme* de la paroi tubaire, présentant une structure identique à celle du fibro-myome ; mais, bien qu'il n'y eût, d'après l'auteur, ni

infiltration embryonnaire ni arborescences muqueuses, nous nous demandons s'il ne s'agissait pas simplement, dans ce fait, de *salpingite chronique hypertrophique* assez ancienne, avec développement concomitant du tissu conjonctif et des éléments musculaires.

IV. **FIBRO-MYOME DU LIGAMENT ROND.** — Les *fibro-myomes du ligament rond* ont été constatés par Spencer Wells, Michel, Léopold, Kleinwacher, Duplay, Verneuil, etc. Ils s'en détachent, dans la cavité péritonéale ou au voisinage de son insertion pubienne, pour s'insinuer dans la grande lèvre.

V. **FIBRO-MYOME DU LIGAMENT DE L'OVAIRE.** — Doran, Le Dentu, Dolérès (fig. 136), ont opéré des *fibro-myomes du ligament de l'ovaire*. Celui de Doran pesait 16 livres. Dans le cas de Dolérès, dont nous avons fait l'étude, la tumeur, fixée au ligament par un pédicule de cinq à six centimètres de long et de la grosseur du petit doigt, affectait la forme d'un globe du volume des deux poings. A peu près lisse et de consistance ferme dans ses deux tiers inférieurs, elle était divisée, vers son tiers supérieur, en deux ou trois kystes de volume inégal. A l'examen histologique, la partie solide de la tumeur s'est montrée constituée par du fibrome fasciculé ou lamellaire, avec points myomateux. Elle était semée de petites cavités formées par l'écartement des faisceaux conjonctifs. Les grands kystes n'avaient d'ailleurs pas d'autre origine.

b. **Enchondrome.** — L'*enchondrome de l'ovaire* est une tumeur exceptionnelle. Kiwisch en a cité deux cas.

c. **Papillomes.** — Comme nous l'avons déjà dit, les *papillomes de l'ovaire* sont identiques, comme structure histologique, aux végétations des grands kystes papillomateux et partagent l'incertitude de leur pronostic.

Les *papillomes de la trompe* ont été signalés par Doran, Eberth et Kaltenbach, Dolérès (fig. 137). Dans le cas d'Eberth et Kaltenbach il s'agissait bien d'un véritable papillome : l'épithélium, disposé sur une couche unique, était formé de cellules cubiques ou cylindriques sans cils vibratiles. Dans le cas de Dolérès, la prolifération de l'épithélium, sur deux et trois rangées, son léger degré de polymorphisme, nous ont donné à penser que la tumeur partageait l'incertitude pronostique des tumeurs similaires de l'ovaire.

d. **Épithéliomes.** — Les *épithéliomes proprement dits de l'ovaire* sont très rares. Ils sont formés par une masse friable, ou solide et dure, renfermant, ou non, de petits kystes, et affectant, au point de vue histologique, la forme cylindrique (Claisse) ou pavimenteuse (Thévenard).

Nous connaissons, en tout, sept cas d'*épithéliome primitif, uni ou*

bilatéral de la trompe (Kaltenbach, Schede, Doran, Martin, Orthmann, Westermarck et Ulrik Quensel (1), Routier) (2). L'épithéliome *secondaire*, lui-même, est assez rare. Sur 13 cas relevés par Orthmann, le néoplasme avait débuté neuf fois dans l'utérus et quatre fois dans l'ovaire.

Au point de vue macroscopique, la confusion avec le papillome est assez facile.

e. **Sarcome.** — Le *fibro-sarcome* est l'espèce la moins à craindre : il établit la transition entre le *fibrome* et d'autres formes plus malignes : *sarcome fasciculé, embryonnaire, alvéolaire*. Le *fibro-sarcome*

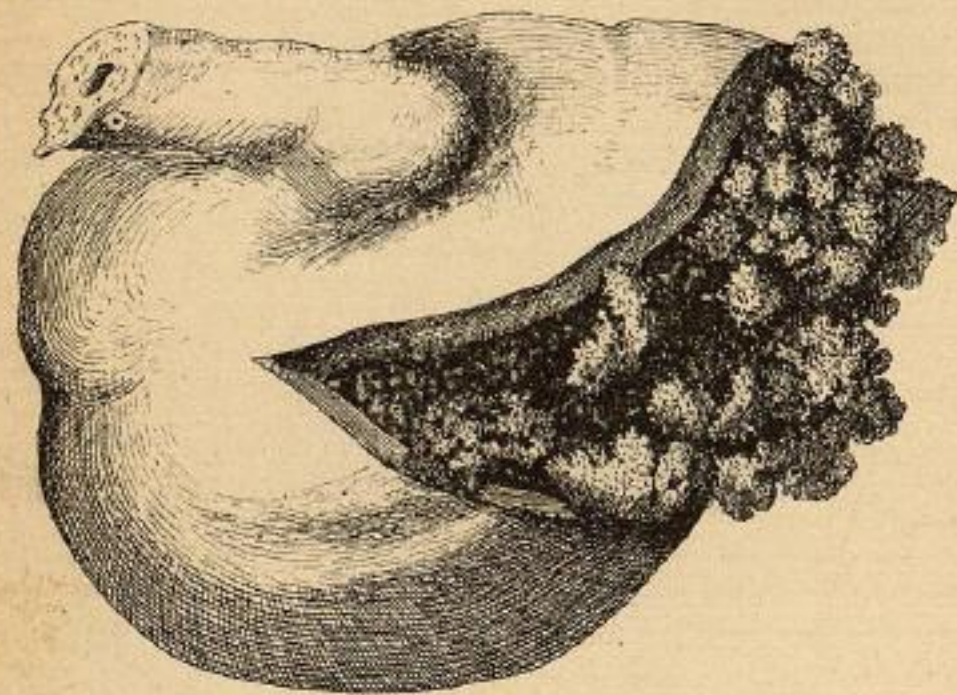


Fig. 137. — Papillome de la trompe (Doléris).

ovarien est constitué, en partie, par un tissu de cellules fusiformes parcouru par des trousseaux fibreux et, en partie, par des cellules rondes comprises dans des trabécules conjonctives très déliées (Doran).

Les *sarco-épithéliomes* de l'ovaire sont des tumeurs mixtes dans lesquelles l'élément solide présente, en tout ou en partie, les caractères du sarcome embryonnaire, tandis que l'épithélium de revêtement des kystes les rapproche des kystes prolifères. Ces tumeurs méritent d'être distinguées des *cysto-épithéliomes*, avec simple prédo-

(1) *Nordiskt med. Archiv.*, 1892 (Stockholm).

(2) *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, janvier 1893. Dans ce cas, examiné par Cornil, et dans les deux précédents, il s'agissait d'épithéliome à forme alvéolaire.

minance de l'élément solide qui conserve les caractères du tissu conjonctif normal.

Les *endothéliomes de l'ovaire* constituent une variété de sarcome signalée, pour la première fois, par Léopold et qui tire son origine de l'endothélium des fentes lymphatiques et des capillaires.

Le cas de *rhabdomyome* du même organe, signalé par Vignard, représenterait, d'après Cornil, une variété de tumeurs par inclusion fœtale.

Pozzi a relevé deux faits de *sarcome tubaire*.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Nous envisagerons successivement : les kystes de l'ovaire, les kystes du ligament large, les tumeurs solides, et nous terminerons par quelques mots sur les tumeurs intra-péritonéales du ligament rond.

Symptômes et diagnostic des kystes de l'ovaire.

A. **Symptômes fonctionnels.** — A peu près silencieux à leur début, les kystes de l'ovaire provoquent, à un moment donné, en l'absence de toute complication, des troubles divers : des *douleurs*, qui sont dues, soit à la compression ou au tiraillement des nerfs, soit à la surdistension de la poche ; des *phénomènes de compression vasculaire ou viscérale* dus à l'enclavement de la tumeur dans le pelvis ou à son grand développement. La compression des vaisseaux donne lieu à des souffles vasculaires, aux hémorroïdes, à l'œdème des membres inférieurs, des grandes lèvres, de la paroi abdominale. La compression du tube digestif se traduit par des troubles dyspeptiques, par la constipation, voire l'obstruction intestinale ; la compression de la vessie, par la dysurie, par la rétention ou, au contraire, l'incontinence. Le refoulement du diaphragme par la tumeur, lorsqu'elle arrive à emplir tout le ventre, peut entraîner une dyspnée inquiétante. Enfin, la compression des uretères occasionne l'urémie et ses conséquences.

Les *troubles cardiaques*, bien étudiés par Sébileau, semblent avoir un mécanisme assez complexe ; ils relèvent de la dilatation ou de l'hypertrophie et portent plus souvent sur le cœur gauche.

Les *troubles de la menstruation*, assez inconstants d'ailleurs, se traduisent par des modifications quantitatives, en plus ou en moins.

La grossesse n'est pas incompatible avec des tumeurs volumineuses de l'ovaire ou de tout autre organe abdominal ; par contre, on l'a vue assez souvent survenir immédiatement après leur ablation.

A une période avancée de leur évolution, les kystes ovariens altèrent profondément l'état général, s'opposent au fonctionnement des organes qui les avoisinent et entraînent, sans être forcément de nature maligne, un état d'émaciation extrême qui contraste avec le volume parfois énorme du ventre.

B. Signes physiques et diagnostic différentiel. — Quand la tumeur est encore *pelvienne*, on ne peut la reconnaître que par le palper combiné. Si elle est mobile, la confusion n'est guère possible qu'avec l'*hydrosalpinx* ou les *kystes non néoplasiques* de l'ovaire, en particulier, avec les *kystes sanguins* qui peuvent être uniques et assez volumineux. Les anamnétiques, le mode de développement de la tumeur et certaines particularités sur lesquelles nous avons déjà insisté (développement parfois brusque dans le cas de kyste sanguin, sensation de ressort, de bosselures, dans le cas d'*hydrosalpinx*, etc), pourront mettre sur la voie du diagnostic.

Quand le kyste est adhérent, il devient difficile à distinguer de la *salpingite chronique enkystée* ou d'une *collection inflammatoire ou sanguine du péritoine*. La confusion avec la *rétroflexion de l'utérus gravide*, avec la *grossesse extra-utérine*, sera généralement moins pardonnable.

Quand la tumeur a franchi les limites du pelvis, elle fait peu à peu saillir l'abdomen et lui donne la forme d'un dôme. Fluctuante, mate à la percussion dans toute son étendue, elle se laisse bien délimiter entre les deux mains quand elle n'est pas trop volumineuse et que la paroi abdominale est peu épaisse. On n'oubliera pas de rechercher, par le palper combiné, l'utérus, dont la position, comme nous l'avons dit, est assez variable.

A cette période abdominale de l'évolution du kyste, les chances d'erreur sont multiples. Mais il faut surtout se garder de le confondre avec l'*ascite*, la *grossesse* et les *tumeurs fibro-kystiques de l'utérus*.

La Société de chirurgie a récemment insisté sur les difficultés du diagnostic entre l'*ascite* et les *kystes de l'ovaire*.

Dans l'*ascite*, la forme du ventre est plus aplatie, il peut y avoir saillie de l'ombilic, œdème ou anasarque se rattachant à une affection du cœur, du foie; mais ce qui la caractérise surtout, ce sont les modifications apportées aux limites de la matité par les changements de position de la malade et la sonorité à la percussion, dans une zone plus ou moins étendue vers le milieu du ventre. Il faut savoir que la sonorité des flancs, qui se rencontre dans les kystes de l'ovaire, peut s'observer dans l'*ascite*, pour peu que le colon soit distendu par des gaz.

Il peut y avoir, tout à la fois, ascite et kyste de l'ovaire. Si le li-

quide épanché dans le péritoine est peu abondant, il fuit sous la pression de la main et permet l'examen direct de la tumeur. S'il est abondant, on peut percevoir une sensation analogue au ballonnement foetal et qui peut suffire pour mettre sur la bonne voie. Mais nous signalerons, à ce sujet, une cause d'erreur dont nous avons fait l'expérience et qui consiste dans la présence d'une poche secondaire, de petit volume, au pôle inférieur d'une vaste poche remplissant l'abdomen.

Dans un troisième ordre de faits, le liquide ascitique se produisant très rapidement, s'infiltré entre les organes, sans se collecter dans les points déclives, d'où absence de critérium pour le diagnostic (Duplay).

Dans le cas où l'on n'a pu reconnaître, sous le doigt, l'utérus à l'état de vacuité, il suffit, le plus souvent, de penser à la *grossesse* et d'en supputer les signes, pour éviter la plus regrettable des erreurs, surtout si l'on croit devoir recourir à la ponction. Il faut cependant savoir que, dans l'*hydromnios*, les signes de certitude, battements du cœur, reconnaissance des parties fœtales, peuvent manquer. Tillaux ayant ponctionné un hydramnios qu'il avait pris pour un kyste de l'ovaire, a retiré le trocart en sentant la tumeur se contracter sous sa main: la grossesse s'est du reste très bien trouvée de l'intervention et a pu arriver à terme. Qu'il nous suffise de signaler la coïncidence, maintes fois signalée (257 cas relevés par Rémy), de la *grossesse et des kystes de l'ovaire*, et les causes d'erreur relevant de la *grossesse gemellaire avec hydropisie de l'un des œufs* et de la *coexistence d'une grossesse extra-utérine et intra-utérine*.

Hormis les cas où l'on peut établir l'indépendance de l'utérus et de la tumeur, il n'est pas d'autre moyen sûr de distinguer le kyste de l'ovaire d'une *tumeur fibro-kystique de l'utérus* que l'emploi de l'hystéromètre; et encore, n'est-on pas à l'abri de cette chance d'erreur, peu commune il est vrai, à savoir, l'*allongement* de l'utérus du fait de ses connexions avec la tumeur voisine (Farr a signalé un cas d'élongation de 21 centimètres). Le *bruit aortique* et la *coagulabilité* du liquide kystique sont en faveur du fibro-kyste; mais le dernier de ces signes ne peut être reconnu que par la ponction, qui est très dangereuse en raison de la rigidité et de la vascularité des parois de la tumeur (Doran).

Lawson Tait a donné l'appellation suggestive de *tumeurs fontômes* à des tuméfactions relevant du tympanisme intestinal associé à un certain degré de contracture localisée des muscles de la paroi et simulants, à s'y méprendre, les kystes annexiels. Ces fausses tumeurs s'effacent, dit-on, complètement dans la résolution anesthé-

sique ; cette assertion n'est pas absolument exacte : la tuméfaction diminue avec la cessation de la contracture, mais celle-ci peut s'accompagner d'un certain degré de dilatation, non pas tant gazeuse que liquide, d'un segment d'intestin, l'S iliaque par exemple, dilatation qui persiste et peut encore induire en erreur.

Les tumeurs de la rate, du foie, se distinguent par la zone de sonorité intermédiaire à leur bord inférieur et à la symphyse ; les tumeurs du rein, par l'anse intestinale qui les traverse en écharpe.

On peut encore confondre les kystes de l'ovaire avec la péritonite enkystée (voir livre VI, chap. iv), avec la vessie distendue par l'urine (mais, dans ce cas, la tuméfaction est purement médiane et le cathétérisme lève aisément les doutes) ; avec les tumeurs du mésentère, les tumeurs rétro-péritonéales, qui ne sont généralement reconnues qu'après l'ouverture du ventre.

Au besoin, on aura recours à la laparotomie exploratrice ou à la ponction. Si le liquide extrait par ce dernier moyen est visqueux et de couleur brunâtre ou verdâtre, on peut conclure au kyste de l'ovaire.

C. Diagnostic des complications. — La rupture d'un kyste de l'ovaire se traduit, tout d'abord, par son affaissement. Si la rupture est intra-péritonéale, il se produit du péritonisme ou de la péritonite aseptique. On a signalé la peptonurie, une diaphorèse et une diurèse abondantes dues à la résorption du contenu liquide. Si la rupture se fait dans la vessie, dans l'intestin ou dans la trompe, on constate l'issue du contenu kystique au dehors par le méat, l'anus, le vagin.

La torsion, quand elle est brusque, provoque des douleurs vives et des vomissements, auxquels peuvent venir se joindre des symptômes de péritonite, d'hémorragie intra-kystique, d'occlusion intestinale ou de rupture du kyste. Si la torsion est lente, elle donne lieu à un accroissement de volume de la tumeur, à des douleurs irradiées et à des symptômes de péritonite plus ou moins intenses. Au bout de 20 à 30 jours, tout peut rentrer dans l'ordre (Terrillon). Si la torsion est très lente, elle peut ne s'accompagner d'aucun symptôme appréciable, bien qu'il se produise encore des adhérences (Terrillon).

L'inflammation du kyste se distingue d'une poussée de pelvi-péritonite par une hyperthermie prononcée et par le syndrome septicémique.

L'hémorragie intra-kystique produit une augmentation de volume et de l'anémie.

Les adhérences pelviennes se reconnaissent à l'impossibilité de mobiliser la tumeur, à la douleur provoquée, à l'induration des culs-de-sac vaginaux ; les adhérences pariétales, à l'action des

mouvements respiratoires, des mouvements communiqués à l'ombilic, des changements du décubitus sur la situation de la douleur.

D. Diagnostic de la variété du kyste ovarique. — Les kystes dermoïdes ne se distinguent guère que par la lenteur de leur marche et leur plus grande fréquence chez les femmes jeunes.

Les saillies multiples des kystes multiloculaires peuvent se révéler avec une grande netteté sous le doigt explorateur, ou même, à la simple vue. La sensation de flot ne s'y propage pas de bout en bout et dans tous les sens, comme dans les kystes uniloculaires.

Dans les kystes à contenu colloïde, la fluctuation peut être nulle et remplacée par une sorte de crépitation neigeuse.

Les kystes papillaires sont ordinairement d'un développement lent, et l'on reconnaît parfois très nettement leurs végétations extérieures à travers les culs-de-sac vaginaux.

Enfin, pour apprécier le degré de malignité de la tumeur, on se basera sur la rapidité de son développement, sur le volume de l'ascite, parfois compliquée d'épanchement pleural par transsudation, et sur les atteintes portées à l'état général.

Symptômes et diagnostic des kystes du ligament large.

Les kystes du ligament large donnent lieu à des symptômes analogues à ceux des kystes ovariques, mais beaucoup moins accentués. Ils se distinguent surtout par leur développement latéral, par la saillie qu'ils font dans le vagin, par leur fixité et leuraccolement étroit à l'utérus.

Les kystes uniloculaires, hyalins, se présentent au palper comme des poches sphériques, à parois minces, uniformément fluctuantes, et donnent, à la ponction, un liquide clair comme l'eau de roche.

Les kystes papillaires, multiloculaires, donnent des sensations objectives analogues à celles des kystes ovariques de même nature.

On évitera de confondre les kystes intra-ligamentaires avec l'hématome extra-péritonéal, avec la grossesse extra-utérine, avec les abcès chroniques et latents de l'ovaire qui peuvent être absolument dépourvus d'adhérences et complètement enfermés dans le ligament. Il est bien difficile de les distinguer des kystes ovariques en partie inclus ; mais cette distinction n'a, en pratique, qu'une minime importance.

Symptômes et diagnostic des tumeurs solides des annexes.

Ces tumeurs s'accompagnent le plus généralement d'ascite. On

les distinguera des tumeurs utérines de même consistance à leur non-continuité avec l'utérus, à l'absence ordinaire de métrorrhagies et aux données de l'hystérométrie.

La question de *malignité* ou de *bénignité* sera tranchée d'après la durée de l'évolution, l'état général, la sensibilité locale et la participation, ou non, des tissus voisins à la tuméfaction, s'il n'y a pas eu de cause manifeste d'inflammation péri-utérine.

Si la tumeur est bénigne, il s'agit, presque à coup sûr, de *fibrome*. Les tumeurs solides et bilatérales de l'ovaire sont, le plus souvent, des *sarcomes* ou des *carcinomes*.

Un écoulement sanieux, coïncidant avec l'intégrité de la muqueuse utérine et le développement rapide d'une tumeur pelvienne, fera penser au *cancer de la trompe*.

Symptômes et diagnostic des tumeurs intra-péritonéales du ligament rond.

Les tumeurs intra-péritonéales du ligament rond se développent dans le trajet inguinal ou font saillie à son orifice externe.

Les kystes intra-inguinaux devront être distingués de l'entérocele et de l'hygroma dans un sac herniaire déshabité; les fibromes intra-inguinaux, de l'ovaire hernié, de l'épiplocèle, d'une masse ganglionnaire.

Les tumeurs intra-labiales ne seront pas confondues avec celles qui naissent dans l'épaisseur des lèvres, en particulier, avec les kystes des glandes de Bartholin dont les rapports sont caractéristiques.

PRONOSTIC, MARCHE ET TERMINAISON

On a cité quelques cas de guérison de kystes de l'ovaire par atrophie, à la suite de rupture de leur pédicule ou de l'évacuation de leur contenu; mais ils entraînent le plus généralement la mort au bout d'un temps plus ou moins long: la moyenne est de deux ans pour le *cysto-épithéliome* (Quénu).

La terminaison fatale résulte des phénomènes de compression ou d'une complication: péritonite, hémorragie, suppuration, rupture, grossesse (23 p. 100 de mortalité pour la mère et 30 p. 100 pour l'enfant, d'après Rémy).

La généralisation ou la récurrence auraient lieu dans la proportion de 2 à 3 p. 100. La récurrence se fait le plus souvent dans le pédicule ou à la surface du péritoine. Comme nous l'avons déjà dit, nous n'avons aucun critérium macroscopique ou histologique qui puisse nous permettre de la prévoir.

Le pronostic des kystes papillaires du ligament large est analogue à celui des kystes de l'ovaire de même structure.

Les kystes parovariens, hyalins, sont de nature bénigne et toute leur importance réside dans les phénomènes de compression qu'ils engendrent.

Inutile d'insister sur les différences de gravité et de marche des tumeurs solides dont nous avons suffisamment spécifié la nature.

TRAITEMENT

La ponction mérite d'être conservée comme moyen palliatif quand l'ovariotomie est contre-indiquée d'une façon temporaire ou définitive.

Elle peut suffire à guérir les kystes hyalins du ligament large (1 fois sur 3, d'après Terrillon). Mais ces kystes se traitent généralement d'emblée par l'ablation qui, dans l'espèce, offre très peu de risques. Dans un certain nombre de cas où le kyste bombait franchement dans le vagin, Segond a obtenu un résultat suffisant de l'incision combinée à la résection de la poche.

L'ovariotomie ne donne plus, à l'heure actuelle, que 10 à 15 p. 100 de mortalité (Segond). Plus elle est précoce et plus elle a de chance de réussir. En dehors des contre-indications communes à toutes les grandes opérations (affections locales ou générales, susceptibles de provoquer la mort par elles-mêmes ou d'être aggravées par le traumatisme chirurgical), celles qui relèvent de la tumeur elle-même sont actuellement très restreintes. Les adhérences, dont on ne peut jamais apprécier au juste le degré, ne peuvent empêcher la laparotomie, mais si elles sont trop intimes, elles doivent arrêter à temps les manœuvres de libération. Les complications diverses dont nous avons parlé, torsion du pédicule, rupture, etc., ne peuvent que hâter l'intervention. L'épuisement, les phénomènes graves de compression, ne sont que des obstacles momentanés auxquels on opposera la médication générale et la ponction palliative.

Quant à la malignité des kystes de l'ovaire, nous savons combien elle est difficile à apprécier: aussi, quand bien même on aurait des raisons de croire à un véritable cancer, il ne faut pas hésiter à opérer, en poursuivant, sur le péritoine et les viscères, les proliférations secondaires du néoplasme.

Quand le kyste se complique de grossesse et qu'il est franchement abdominal, ou pelvi-abdominal, tout le monde est actuellement d'accord pour l'enlever et, autant que possible, dans les cinq premiers mois.

S'il est uniquement pelvien, on aura recours, pendant la grossesse, au simple refoulement de bas en haut, par le vagin ou le rectum ou, dans des cas plus graves, à l'avortement provoqué. Pendant le travail, on essaiera encore du refoulement, de la ponction ou de l'incision au point le plus accessible. Au cas où l'effet produit ne serait pas suffisant, recourir au forceps ou à la version, si l'enfant est vivant et si l'opération ne doit pas être trop laborieuse; à la craniotomie d'emblée, si elle se présente comme beaucoup plus facile et si l'enfant est mort, ou après échec de la version et du forceps. Si ces opérations diverses sont impraticables ou insuffisantes, il faudra opter entre l'ablation du kyste et l'opération césarienne.

Aux kystes du ligament rond convient l'incision simple ou l'extirpation.

Les tumeurs solides, aussi bien que les kystes, réclament l'ablation, à moins que leur fixité et l'infiltration des tissus voisins, jointes à la déchéance de l'état général, n'impliquent, tout à la fois, leur malignité et l'exceptionnelle gravité de l'opération. Celle-ci se fera, suivant les cas, par la voie vaginale ou par la voie abdominale, avec ou sans morcellement.

LIVRE X

TROUBLES NERVEUX

Sous le nom de *troubles nerveux*, nous étudierons des manifestations hyperesthésiques, douloureuses ou spasmodiques, le plus souvent en rapport avec des lésions manifestes, mais qui peuvent suffire, par elles-mêmes, à constituer des espèces cliniques.

I. Prurit vulvaire.

Étiologie et pathogénie. — Le *prurit vulvaire* n'est ordinairement que l'expression symptomatique de lésions diverses de l'appareil génital : diabétides, herpès, leucoplasie, etc., de la vulve; écoulements liés à la vaginite, à la métrite, au cancer. On a même dit que les affections des ovaires et des trompes suffisaient, par elles-mêmes, à le produire. Lorsque l'appareil génital paraît absolument indemne, on en est réduit à admettre l'hypothèse d'une *origine centrale*.

Symptômes. — Le *prurit* peut être continu ou intermittent. Le grattage qu'il suscite dénature plus ou moins les lésions causales et détermine l'onanisme, la nymphomanie, des troubles nerveux divers.

Traitement. — Il faut s'efforcer de modifier l'état général, quand il y a lieu (diabète, arthritisme, hystérie).

Localement, on aura recours aux badigeonnages avec la solution de nitrate d'argent à 1/20; aux lotions très chaudes avec la solution phéniquée à 1,50 p. 100, avec des infusions ou décoctions astringentes (décoction d'écorce de chêne à 50 p. 1000, infusion de thé noir), ou calmantes (infusion de menthe). En cas d'insuccès, recourir à la solution recommandée par Tarnier chez les femmes enceintes :

Bichlorure de mercure.....	2 gr.
Alcool.....	10
Hydrolat de roses.....	40
Eau distillée.....	450