

pour qu'on ait le devoir d'en faire bénéficier les malades. On fait alors la *marsupialisation* de la poche; on libère et on résèque la plus grande étendue possible des parois, puis on en suture les bords, séreuse à séreuse, à l'angle inférieur de l'incision abdominale, en les plissant si leurs trop grandes dimensions l'exigent.

La partie supérieure de la plaie abdominale est suturée comme d'habitude et on laisse béante l'entrée de la poche qu'on bourre ensuite de gaze iodoformée. Freund et Terrier ont, en outre, conseillé de jeter des ligatures sur les pédicules du kyste, afin d'en favoriser l'*atrophie*. La partie abandonnée de la poche peut, en se rétractant, déterminer un relâchement des adhérences tel qu'on a pu l'enlever complètement par une opération secondaire (Condamin). Sans doute, les suites opératoires de l'extirpation incomplète sont longues et, dans quelques cas malheureux, ont pu aboutir à la septicémie chronique; mais, avec une antisepsie attentive, on obtient généralement une guérison progressive et complète.

Lorsque le kyste est inclus dans le ligament large, il doit être traité comme les *kystes parovariques* et nous verrons de quelle manière on peut arriver à en pratiquer l'énucléation.

**Pronostic de l'opération.** — Les accidents observés à la suite de l'opération, accidents d'ailleurs de plus en plus rares, sont les mêmes qu'après n'importe quelle laparotomie. L'*occlusion intestinale* cependant semble plus fréquente après l'ovariotomie qu'après toute autre opération abdominale. Imputable ordinairement à des adhérences néoformées, elle peut résulter aussi d'une coudure de l'angle colique gauche, ainsi que Adenot (1) et Legueu (2) en ont observé des exemples probants. — La gravité absolue de l'opération est difficile à évaluer en raison de l'extrême dissemblance des cas; on peut admettre toutefois que la mortalité, en bloc, n'excède pas 4 p. 100. Quant aux suites éloignées, elles dépendent surtout de l'état du second ovaire. Si celui-ci est sain, s'il a pu être conservé au moins en partie, la menstruation continue plus ou moins régulière et la fécondation est possible. Dans l'hypothèse contraire, surtout si la femme est jeune et prédisposée, elle peut présenter à un degré exagéré, et poussés jusqu'aux troubles psychiques, tous les phénomènes de la ménopause anticipée et de la cachexie oophoriprive.

Des récidives, plus faciles lorsqu'il s'agit de kystes papillaires, peuvent se produire soit sur le pédicule, soit sur le péritoine voisin, soit même à distance. Elles apparaissent avec les mêmes caractères de cysto-épithéliome ou, beaucoup plus souvent, sous forme de cancer. D'après Poupinel, elles affectent l'un ou l'autre des types suivants: épithélial, sarcomateux ou mixte. Rien d'ailleurs ne permet de prévoir ces formations secondaires.

(1) ADENOT, *Gaz. hebdomadaire*, 1895.

(2) LEGUEU, *Gaz. des hôp.*, 23 nov. 1895.

**Ovariectomie vaginale.** — C'est pour un kyste dermoïde suppuré qu'Atlee fit sa première ovariectomie vaginale en 1856, et l'opération a toujours joui d'une grande faveur en Amérique. Nous avons vu, à propos du *traitement des salpingo-ovarites*, que, si la cœliotomie vaginale a été longtemps négligée en France, elle entre depuis quelques années dans une brillante période de renaissance. Les rapporteurs du Congrès de Genève lui ont fait, à côté de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale, une place honorable dans le traitement de la plupart des affections pelviennes, et il est très légitime d'y recourir en cas de kystes de petit volume, accessibles par le vagin ou suffisamment abaissables, surtout en cas de poche unique. Cette voie permet aussi de marsupialiser et de drainer, avec moins d'inconvénients peut-être que par la paroi abdominale, les poches trop adhérentes pour être extirpées en totalité. Citons enfin, non pour la recommander, l'*ovariotomie rectale* qui a été pratiquée en cas de prolapsus rectal (H. Peters).

#### B. — TUMEURS VÉGÉTANTES DE L'OVAIRE.

Au point de vue de l'histogénèse et de la structure microscopique, ces tumeurs ne peuvent être considérées comme formant une entité pathologique distincte; elles dérivent du kyste mucoïde et ne représentent, en somme, qu'une exagération, primitive ou secondaire, de la tendance aux formations papillaires que nous avons étudiée à propos de ces kystes. Mais cette disposition, qui en fait des tumeurs *solides*, leur donne un aspect macroscopique et leur imprime une évolution clinique tellement spéciale qu'elles méritent une mention à part. Leurs caractères particuliers ont été signalés surtout par Olshausen (1877), Pfannenstiel (1873 et 1895) (1), Péan (2), J.-W. Williams (3), Duret (4), Cazenave (5), etc.

**Pathogénie et anatomie pathologique.** — Nous avons vu qu'il y a des *kystes végétants* et que les végétations peuvent, à un moment donné, envahir toute la poche, la faire éclater et se répandre en dehors d'elle. C'est la transformation d'un kyste en tumeur végétante. Ce processus peut aussi envahir *primitivement* l'ovaire avec une telle activité que le kyste n'a pas le temps de se développer, qu'il se borne à des invaginations glandulaires microscopiques et que *la tumeur est végétante et solide d'emblée*. Le processus initial est d'ailleurs le même dans tous les cas: il consiste en une prolifération et une invagination de l'épithélium qui se ramifie à l'infini en surface et en profondeur, s'accompagne, pour chaque végétation, d'une formation conjonctive

(1) PFANNENSTIEL, *Archiv für Gynæk.*, 1895, p. 507.

(2) PÉAN, *Sem. méd.*, 2 juin 1887.

(3) WILLIAMS, *John Hopkins Reports*, 1892, vol. III.

(4) DURET, *Congrès de Bruxelles*, 1892.

(5) CAZENAVE, thèse de Paris, 1895.

centrale qui conduit les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Ces tumeurs s'observent surtout vers la quarantième année: Pfannenstiël les a rencontrées 60 fois dans 400 ovariectomies, et 29 fois elles étaient bilatérales; mais si elles sont unilatérales d'abord, le deuxième ovaire ne tarde pas à être envahi et, pour peu que la lésion soit déjà ancienne, on trouve des végétations non seulement sur l'autre ovaire, mais dans tout le bassin. En effet, la caractéristique clinique de ces tumeurs est leur tendance à la dissémination. Leur volume varie aussi avec l'âge de la lésion, et peut atteindre celui d'une tête d'enfant ou même d'adulte; mais les très grosses tumeurs

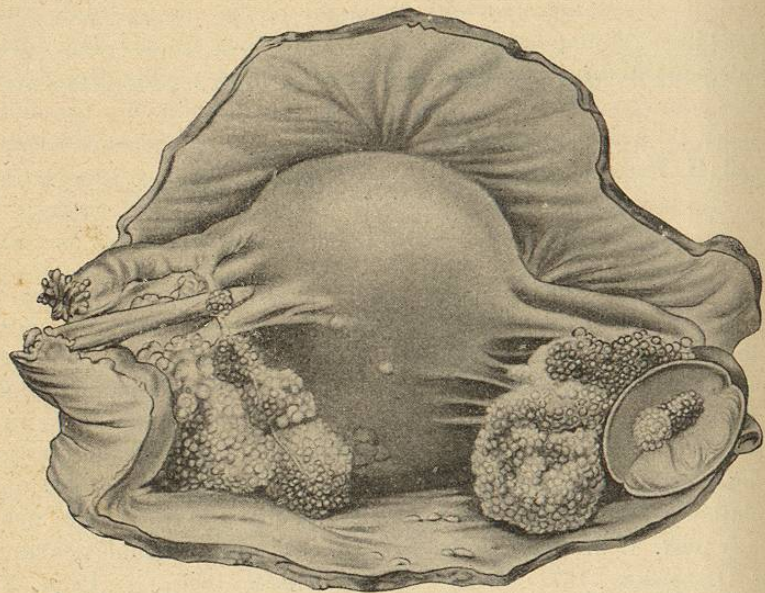


Fig. 236. — Papillome des deux ovaires (d'après Howard A. Kelly).

sont rares, et elles sont d'autant plus *végétantes*, qu'elles sont moins volumineuses. Elles sont formées de *végétations* identiques à celles décrites dans les kystes végétants (p. 860), mais sans poches liquides, et présentant d'infinies variétés de siège, de forme, de volume, d'aspect et d'agglomération, non seulement d'une tumeur à l'autre, mais dans divers points d'une même tumeur.

**Structure.** — Ces excroissances papillaires sont essentiellement composées d'une couche d'épithélium et d'un stroma conjonctif.

L'*épithélium* est cylindrique avec ou sans cils vibratiles, disposé sur une seule couche; dans les formes à marche plus rapide, il peut être stratifié, polymorphe, et se développe d'une façon atypique.

Le *tissu conjonctif* soutient l'épithélium directement et loge des vaisseaux peu développés en général, quelquefois affectant une disposition cavernueuse, comme dans l'angiome. Le tissu conjonctif,

fibreux, dans les formes les plus simples, est parfois infiltré de cellules embryonnaires, rappelant la structure du sarcome ou du myxome.

La morphologie si variable de ces deux éléments: épithélium et tissu conjonctif; leurs associations si complexes expliquent, en même temps que les variétés d'aspect de ces tumeurs, les divergences des auteurs relativement à leur nature et les dénominations diverses qui leur ont été données: *papillome* (fig. 236), *adénome*, *adéno-papillome*, *adéno-cystome*, *adénome papillaire*, *adéno-sarcome*, *adéno-carcinome*, etc.

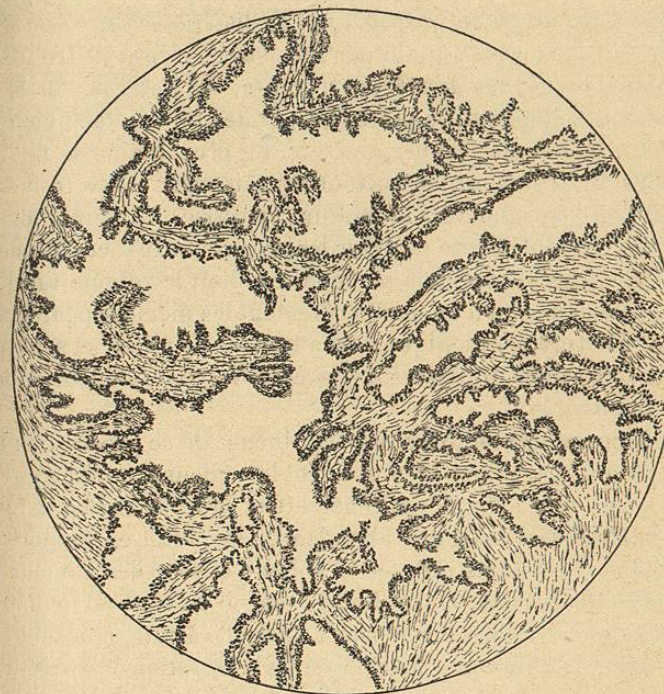


Fig. 237. — Adéno-carcinome de l'ovaire (d'après S. Bonnet et P. Petit).

En réalité, ces tumeurs sont histologiquement des épithéliomes, mais, en raison du sens spécial qu'on attache à ce terme et de l'analogie de disposition avec les adénomes glandulaires, il vaut mieux leur conserver, avec Pfannenstiël, l'appellation d'*adénomes* et ceux-ci évoluent suivant trois types principaux:

a. L'*adénome papillaire*, qui représente la structure de la végétation dans sa forme la plus simple;

b. L'*adéno-carcinome*, dans lequel l'épithélium dévie ou dégénère, devient polymorphe, métatypique, en même temps que se développent des tubes pleins dans le stroma intermédiaire aux végétations. Il présente donc la même structure que l'épithélioma vrai et, en fait, évolue avec la même malignité (fig. 237);

c. Enfin l'*adéno-sarcome*, caractérisé par l'infiltration embryonnaire concomitante du stroma conjonctif.

Une variété plus rare de tumeur végétante a été signalée par Rochaska, observée par Gusserow, Coblenz, Marchand, Pozzi, et décrite par Patton (1). Elle est caractérisée par un semis de fines végétations répandues comme du sable à la surface de l'ovaire, et celui-ci, à peine augmenté de volume, conserve sa forme et son aspect.

Le propre de ces tumeurs, quelle qu'en soit la variété, et elles sont souvent mixtes, est de se propager, de se disséminer au voisinage, et même de se transporter au loin par métastases. On peut trouver des végétations, des greffes de même structure, sur l'utérus, sur le péritoine pariétal, l'épiploon, le mésentère, l'intestin, à la face inférieure du foie, sur la rate, le diaphragme, etc. La propagation se fait aussi au-dessous de la séreuse, en suivant les vaisseaux et les traînées de tissu cellulaire, jusque vers le rectum, la vessie, les parois abdominales. Elles peuvent encore perforer les gros vaisseaux, comprimer les organes, etc. Ces végétations secondaires, dont le volume varie d'un grain de plomb à celui d'un œuf, présentent les mêmes apparences et la même structure histologique que la tumeur primitive et sont généralement adhérentes au tissu sous-jacent, au point que leur énucléation est impossible.

Le péritoine réagit toujours sous l'influence de ce processus : il est épaissi, rouge ; des adhérences unissent la tumeur aux viscères et les viscères entre eux. L'*ascite* est constante et précède même la formation des métastases ; mais son abondance est plutôt en rapport avec l'activité des végétations qu'avec le volume absolu des tumeurs. Le liquide peut être séreux, citrin, fluide ; mais il est souvent hématique, épais, gélatineux, riche en matériaux fixes. Il résulte, non seulement de l'irritation de la séreuse, mais aussi de la sécrétion des végétations (Quénu). On y trouve des cellules cylindriques, des cils vibratiles, des cellules caliciformes, des cellules atypiques plus ou moins dégénérées, et souvent de la pseudomucine.

**Symptômes et marche.** — Le début de ces tumeurs est insidieux : elles peuvent rester latentes ou stationnaires pendant un certain temps, puis affecter tout à coup une marche rapide. Peu douloureuses en général, elles attirent surtout l'attention par le développement du ventre que produit l'*ascite*, par les troubles de compression viscérale, par l'affaiblissement général et l'amaigrissement.

Si l'on examine alors les malades, on trouve, *par le vagin*, les culs-de-sac effacés, l'utérus enclavé, fixe, parfois dévié par des masses irrégulières, végétantes, peu douloureuses, qui, *au palper combiné*, envahissent plus ou moins le bassin, remontent sur le fond de

(1) PATTON, *New York med. Journ.*, 1892, p. 312.

l'utérus et derrière le pubis. Parfois, au lieu de donner à la main une sensation de résistance, de dureté, elles sont mollasses, friables, dépressibles. Si l'*ascite* est très abondante, elle masque les lésions et il est nécessaire, pour les reconnaître, de faire une ponction préalable.

**Diagnostic.** — Ces tumeurs ne pourraient guère être confondues qu'avec l'*ascite* médicale, la péritonite tuberculeuse et les suppurations pelviennes.

L'aspect du liquide retiré par la ponction, sa nature souvent hématique, sa consistance plus épaisse, l'examen microscopique et l'analyse chimique fournissent des éléments surabondants pour le diagnostic de la nature de l'épanchement péritonéal.

Les *suppurations pelviennes* ont une histoire antérieure différente, s'accompagnent de fièvre, ne présentent pas à l'examen les mêmes irrégularités, et l'*ascite* manque.

La *tuberculose pelvienne* pourrait plus facilement prêter à confusion ; cependant, la péritonite tuberculeuse est plus douloureuse à la pression, les exsudats n'ont ni la même exubérance, ni la même consistance que les végétations, et il est généralement possible de relever d'autres localisations de la tuberculose.

**Pronostic.** — La gravité de ces tumeurs est subordonnée à la rapidité de leur allure et ne peut être déterminée par leurs caractères anatomiques qui sont sensiblement les mêmes. Elle est surtout en rapport avec le séjour plus ou moins prolongé de la lésion dans la cavité abdominale (Bouilly). Cependant, il en est de relativement bénignes et d'autres à évolution franchement maligne.

Les premières, qui correspondent au type d'*adénome papillaire simple* de Pfannenstiel, peuvent répandre de bonne heure leurs greffes sur le péritoine voisin, se compliquer plus tard d'*ascite*, cause nouvelle de dissémination ; mais les métastases, par voie sanguine ou lymphatique, sont exceptionnelles, et leur extirpation peut être suivie d'une guérison qui se maintient pendant plusieurs années (Bouilly, Léopold, Thornton, etc.).

Par contre, les tumeurs de *type adéno-sarcomateux*, caractérisées par l'atypie de l'épithélium et la structure embryonnaire du tissu conjonctif, déterminent des métastases à distance par voie vasculaire s'accompagnant d'une cachexie précoce, *récidivent* rapidement après opération et peuvent tuer en quelques mois.

**Traitement.** — A moins de cachexie trop avancée, ces tumeurs doivent être opérées, et plus l'opération sera précoce, plus grandes seront les chances de survie pour la malade. Tel est l'enseignement de Pozzi, Léopold, Collin, Thornton. L'opération, même incomplète, supprime l'*ascite*, quelquefois même d'une façon définitive, et peut marquer un temps d'arrêt appréciable dans la marche de la tumeur et de la cachexie. L'extirpation, même partielle, de ces tumeurs est difficile, en raison de leur adhérence, de la multiplicité des végéta-

tions secondaires, de leur pénétration au-dessous de la séreuse et dans le ligament large, de leurs connexions avec l'intestin et la vessie. L'hémorragie en nappe est abondante et impose ordinairement le drainage, et Pozzi insiste avec raison sur l'utilité de l'emploi simultané d'un tube et de lanières de gaze : on assure ainsi l'évacuation de l'ascite par le tube et l'hémostase par le tamponnement.

C. — TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE.

Sous cette dénomination, on ne décrit généralement que le *fibrome*, le *sarcome* et l'*épithélioma* ou *cancer* : les deux premières variétés sont souvent associées. Le *papillome* se confond avec les tumeurs végétantes; l'histoire de l'*enchondrome* se borne à un ou deux cas de Kiwisch; enfin les *tubercules* ne peuvent être considérés comme des tumeurs et leur description rentre dans celle de la tuberculose génitale. Les tumeurs solides sont rares, d'ailleurs, et n'entrent guère

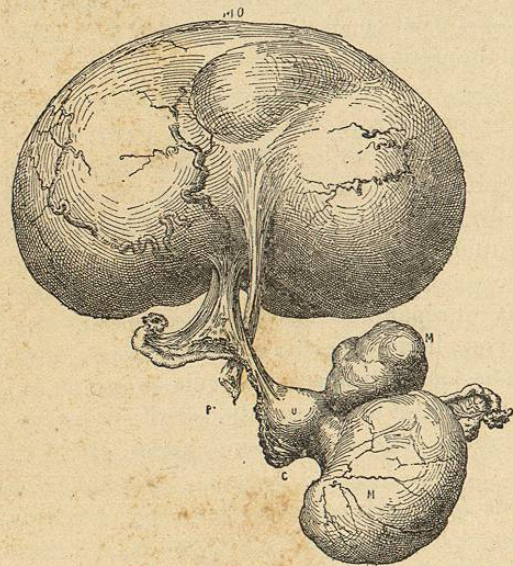


Fig. 238. — Fibrome de l'ovaire gauche associé à un fibrome de l'utérus. — mo, fibrome de l'ovaire; u, utérus; MM, myome de l'utérus (d'après Howard A. Kelly).

que dans la proportion de 1 p. 100 dans la totalité des tumeurs de l'ovaire (Ziembicki) (1).  
Anatomie pathologique. — a. *Fibromes*. — Ce sont des tumeurs rares : sur 1 200 laparotomies, Kelly n'en a rencontré que 4; Löhlein, 7, dont 2 bilatérales, sur 172 tumeurs ovariennes. Léopold en a recueilli treize cas entre vingt-cinq et trente ans et quatre seulement de trente à quarante. Cependant, Terrier a opéré une femme de soixante-seize ans. Elles sont ordinairement unilatérales, libres d'adhérences et du volume d'une noix à celui d'une tête d'enfant. Les grosses tumeurs (Spiegelberg, Monod, A. Doran, etc.), pesant 5, 10, 30 kilos, sont ordinairement des fibro-sarcomes ou des fibromes kystiques. La consistance des tumeurs fibreuses est ferme, leur surface régulière ou mamelonnée (fig. 238). Elles sont généralement pédiculées

(1) ZIEMBIKI, thèse de Paris, 1875.

et la trompe en reste indépendante (Bosseman); il arrive cependant qu'elles s'enclavent dans le ligament large et il est

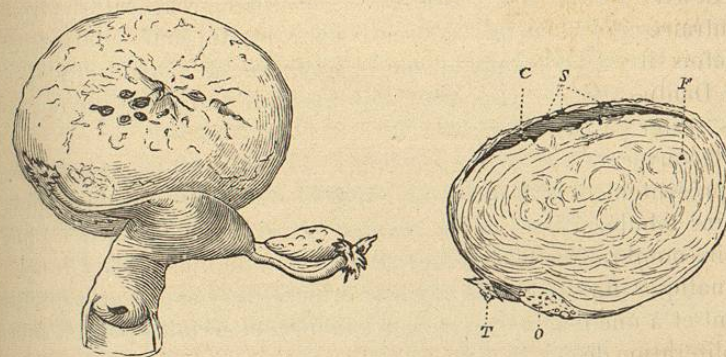


Fig. 239. — F, Tumeur fibreuse de l'ovaire droit avec un foyer de suppuration dont la concavité communique librement par plusieurs ouvertures, S, avec la cavité péritonéale qui était le siège d'une ascite et d'une péritonite chronique. L'ovaire normal O est situé au voisinage de la trompe T, dans la concavité de sa courbure (d'après Kœberlé).

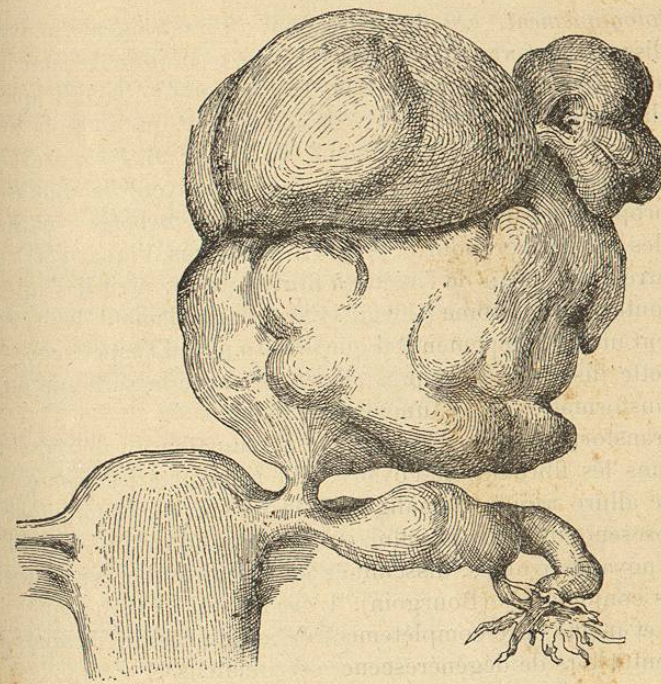


Fig. 240. — Fibro-myome du ligament de l'ovaire (Dolérus).

alors fort difficile de les distinguer d'un fibrome d'origine utérine. Rokitansky et Klob admettent que ces tumeurs peuvent se déve-