

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

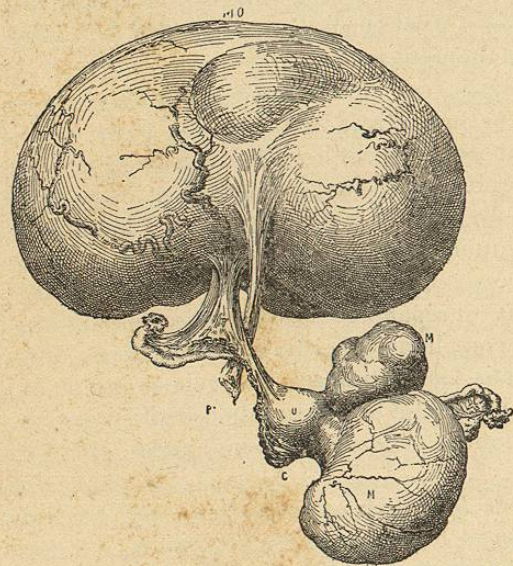


Fig. 238. — Fibrome de l'ovaire gauche associé à un fibrome de l'utérus. — mo, fibrome de l'ovaire; u, utérus; MM, myome de l'utérus (d'après Howard A. Kelly).

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

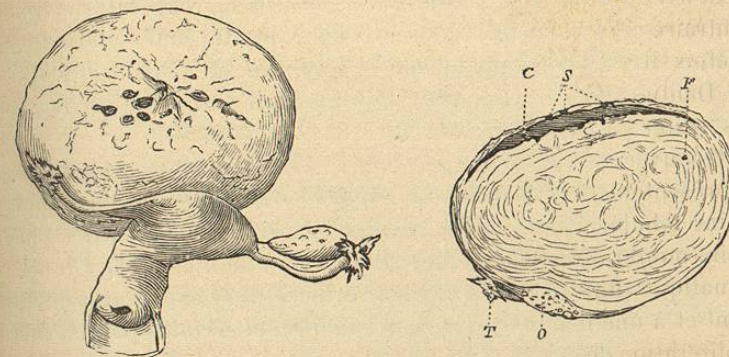


Fig. 239. — F, Tumeur fibreuse de l'ovaire droit avec un foyer de suppuration dont la concavité communique librement par plusieurs ouvertures, S, avec la cavité péritonéale qui était le siège d'une ascite et d'une péritonite chronique. L'ovaire normal O est situé au voisinage de la trompe T, dans la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

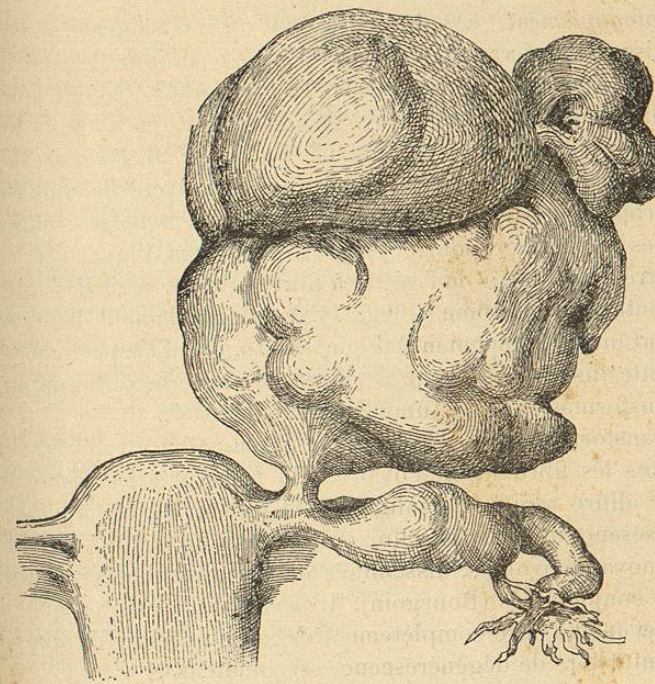


Fig. 240. — Fibro-myome du ligament de l'ovaire (Doléris).

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

lopper aux dépens du corps jaune; mais on les considère généralement comme résultant d'une hypergenèse du stroma ovarien. Le tissu de l'ovaire est tout entier envahi: le néoplasme se continue directement avec le tissu de l'ovaire sans ligne de démarcation, sans *capsule*, contrairement à ce qui s'observe pour les fibromes utérins. Quelquefois ils se développent sur le *ligament de l'ovaire* (A. Doran, Le Dentu, Doléris) (fig. 240), et le tissu de l'ovaire peut, en pareil cas, rester partiellement intact.

Recouverts d'une mince enveloppe séreuse, les fibromes de l'ovaire se présentent, à la coupe, sous l'aspect d'une masse dense, plus ou moins lobulée, blanc nacré ou rose, et creusée de cavités plus ou moins nombreuses et étendues, pleines d'un liquide séreux, louche ou hématiche (fig. 239). Ces cavités seraient dues soit à un ramollissement et à une dégénérescence graisseuse de certains points, soit à la prolifération de l'épithélium folliculaire (Cornil), soit à la dilatation des espaces lymphatiques (Léopold). On peut y rencontrer aussi des zones d'ossification (Waldeyer) qui peuvent même envahir tout le néoplasme. C'est ainsi que Kelly a enlevé un noyau calcaire pesant 220 grammes, ayant l'aspect d'une bille d'ivoire et formé de phosphates et de carbonates de calcium.

Histologiquement, ces tumeurs sont ordinairement pauvres en fibres lisses et en vaisseaux. Les faisceaux conjonctifs sont irrégulièrement orientés et n'affectent pas la disposition concentrique ordinaire dans les tumeurs utérines. Ils constituent quelquefois toute la tumeur — *fibromes purs* — Homans (1), Dubar (2), Picqué (3) en ont publié des exemples probants; mais le plus souvent ils sont associés à une proportion variable de fibres lisses — *fibro-myomes* — et Spencer Wells les fait dériver, pour la plupart, de l'utérus. Vignard (4) a même rencontré une tumeur de l'ovaire à fibres striées; mais il s'agissait là sans doute d'un tératome (Cornil). Exceptionnellement, les vaisseaux prennent un développement tel que le tissu prend l'aspect *caverneux*; mais cette disposition est plus en rapport avec le sarcome ou avec une transformation de la tumeur originelle.

La transformation ou l'association sarcomateuse est fréquente en effet dans les fibromes de l'ovaire. Elle se caractérise, *cliniquement*, par une allure rapide et maligne de la tumeur et, *histologiquement*, par la présence d'éléments cellulaires arrondis ou irréguliers, oblongs, à gros noyaux ovoïdes, disséminés dans l'intervalle des paquets de fibrilles conjonctives (Bourgoin). L'*ascite*, qui peut manquer longtemps, et même faire complètement défaut en cas de fibrome, apparaît bientôt lors de dégénérescence sarcomateuse.

(1) HOMANS, *Boston med. Journ.*, 1885.

(2) DUBAR, *Bull. méd. du Nord*, 1893.

(3) BOURGOIN, thèse de Paris, 1894.

(4) VIGNARD, *Bull. de la Soc. anat.*, 1889.

b. *Sarcome*. — Plus rare encore, à l'état de pureté, que le fibrome, le sarcome se rencontre surtout chez des femmes encore jeunes. Bland Sutton en a réuni 20 cas chez des jeunes filles de quinze ans et au-dessous. Olshausen, sur 37 cas, en trouve 5 au-dessous de vingt ans, 9 entre vingt et trente, 18 entre trente et quarante et 4 entre cinquante-huit et soixante-sept ans. Ces tumeurs sont souvent bilatérales et associées au fibrome et au cancer. Leur surface est assez uniforme, au point de simuler parfois une simple hypertrophie de l'ovaire; ailleurs elles sont lobulées, volumineuses, sillonnées de grosses veines, d'aspect blanc bleuâtre ou rose et souvent adhérentes.

La *section* en est ferme, radiée, blanc jaunâtre ou rougeâtre, ne laisse écouler aucun suc et rappelle assez bien une coupe de cerveau: elle montre, encore plus remarquables que dans le fibrome, des cavités nombreuses constituant une véritable *dégénérescence kystique*. Au microscope, on rencontre les diverses formes du sarcome: *fasciculé* et *embryonnaire* à petites cellules et à cellules géantes; la variété embryonnaire est plus grave et elle est plus commune chez les sujets jeunes.

La circulation y est très active: les artères sont peu nombreuses, mais les veines et les capillaires y sont exceptionnellement développés. Dans l'angio-sarcome, les cellules sont rangées concentriquement autour des vaisseaux dont les parois sont notablement épaissies. Eckardt (1) et Pomorski (2) ont décrit sous le nom d'*endothéliomes* une variété de néoplasmes intermédiaire, histologiquement, au sarcome et à l'épithéliome et dans lesquels les cavités kystiques résulteraient de la dilatation des fentes lymphatiques ou des capillaires des tumeurs.

Les différentes combinaisons histologiques possibles expliquent les divers aspects des tumeurs et les dénominations suivantes: *angio-sarcome*, *fibro-sarcome*, *adéno-sarcome*, *carcino-sarcome*, *sarcome fasciculé*, *embryonnaire*, à *cellules rondes*, etc. L'*ascite* et les métastases sont une complication ordinaire du sarcome.

c. *Cancer*. — Dans le cancer de l'ovaire, dont l'étude est encore incomplète, « la forme est régulière et la configuration générale de l'organe est conservée, au contraire des carcinomes par transformation des tumeurs bénignes qui se caractérisent par des bosselures et des irrégularités de la surface » (Labadie-Lagrave et Legueu). La tumeur, d'abord pédiculée, contracte bientôt des adhérences et peut acquérir le volume d'une tête d'adulte; sa consistance, dure ou molle, dépend de la variété histologique du cancer. Elle évolue, en effet, sous l'une ou l'autre des deux formes classiques, *squirre* ou *encéphaloïde*, cette dernière plus rare. Dans tous les cas, il s'agit

(1) ECKARDT, *Zeitschr. für Geb. und Gynæk.*, 1889, p. 344.

(2) POMORSKI, *Zeitschr. für Geb. und Gynæk.*, 1890, p. 93.

d'épithélioma tubulé et parfois lobulé. Mais comme, d'une part, ces tumeurs subissent la transformation kystique et que, d'autre part, les kystes dégénèrent facilement en cancer et que, dans les deux cas, on retrouve toujours la même lésion histologique, il est impossible encore « de tracer une ligne de démarcation précise entre les kystes et le cancer de l'ovaire (de Sinéty).

Symptômes et marche. — a. *Fibromes.* — Ces tumeurs peuvent rester indolentes et latentes pendant longtemps. Lorsqu'elles ont acquis un certain volume, elles donnent lieu à des phénomènes de compression vésicale, rectale, nerveuse ou vasculaire qui n'ont rien de caractéristique. La menstruation n'est que peu troublée et la grossesse est possible. L'ascite est quelquefois le premier symptôme qui attire l'attention des malades et fait découvrir la tumeur, ou bien celle-ci devient sarcomateuse, subit comme un coup de fouet, et retentit désormais plus profondément sur l'état général.

b. *Sarcome.* — Au début, la tumeur ne se révèle guère que par des troubles fonctionnels vagues, dépendant de l'irritation fonctionnelle de l'organe ; mais bientôt elle augmente, dépasse les limites du bassin, devient adhérente et douloureuse, produit de l'ascite, des troubles de compression, développe des noyaux secondaires et compromet vite la santé générale.

La marche de ces tumeurs est plus ou moins rapide et dépend de la variété, embryonnaire ou fasciculée, de la lésion et aussi de l'âge des malades.

c. Le *cancer* évolue de la même manière que le sarcome, mais avec plus de rapidité et en donnant plus d'intensité aux symptômes fonctionnels. L'ascite est précoce, les troubles menstruels et l'aménorrhée, fréquents. Les douleurs sont particulièrement violentes et tenaces, s'irradient aux grandes lèvres, aux aines et aux membres inférieurs, ont souvent des paroxysmes nocturnes empêchant tout sommeil. La santé générale est rapidement altérée et les malades succombent soit aux progrès de la cachexie, soit à la généralisation, soit à une complication, telle que congestion pulmonaire, pleurésie, péricardite, occlusion intestinale, urémie, embolie, etc. La maladie peut tuer en deux ou trois mois et, dans ses formes les plus lentes, ne dure pas plus de deux ans (Ziembicki).

Le pronostic varie donc avec la nature de la tumeur. Le fibrome, peu grave par lui-même, est exposé à la transformation sarcomateuse. Le *sarcome* conduit plus ou moins rapidement à la mort ; cependant, opéré de bonne heure, il peut ne pas récidiver.

Quant à l'*épithélioma*, il reste en dehors des ressources thérapeutiques et l'extirpation, même précoce, est à peu près fatalement suivie de récidive.

Diagnostic. — Les tumeurs solides de l'ovaire peuvent très bien passer inaperçues à leur début ; si on est appelé à les rechercher à ce

moment, elles se présentent à l'exploration sous forme d'une petite masse pédiculée, arrondie, très mobile, de consistance dure et uniforme. Plus tard, on perçoit plus facilement la tumeur qui est latérale, souvent multilobée, indépendante de l'utérus, souvent accompagnée d'ascite au milieu de laquelle elle peut fournir la sensation de ballottement. Son développement a été progressif, sans grand fracas, apyrétique ; l'utérus peut être simplement abaissé ou dévié, mais il n'y a eu ni métrorragies, ni aménorrhée, à peine quelques troubles menstruels ; l'hystérométrie, le curettage explorateur ne révèlent ni allongement de la cavité, ni lésions utérines caractérisées. Cependant l'état général contraste avec la bénignité relative des symptômes observés et peut être déjà sensiblement atteint. Il y a lieu alors de songer à une tumeur ovarique et l'ensemble de ce tableau, indépendamment des signes propres aux affections suivantes, éloignera l'hypothèse d'une *hématocele*, d'une *grossesse anormale* ou *ectopique*, d'un *cancer* ou même d'un *fibrome utérin*, d'une *pelvi-péritonite* ou d'un *phlegmon pelvien*. Les *kystes uniloculaires* sont faciles à reconnaître : *multiloculaires*, ils présentent aussi un volume plus considérable, des bosselures et des inégalités de consistance.

Quant aux caractères différentiels de chaque variété de tumeurs, ils sont assez nets, en général, pour qu'on puisse, sinon toujours affirmer, au moins soupçonner leur nature réelle.

L'un de nous a observé un fibrome des dimensions d'une figue de Barbarie implanté par un pédicule grêle sur la portion du ligament rond voisine de la corne utérine (Le Dentu, cas inédit).

Le petit volume, la lenteur du développement, la résistance uniforme, la mobilité, l'indolence, l'absence d'ascite ou son apparition plus tardive, le bon état général de la malade, tous ces caractères sont en faveur du *fibrome*.

Le *sarcome* se rencontre plus fréquemment chez des sujets jeunes, s'accompagne de bonne heure d'ascite qui récidive rapidement après la ponction ; la tumeur acquiert de plus grandes dimensions et évolue plus rapidement. Enfin le retentissement sur l'état général est infiniment plus précoce et plus profond.

Le *cancer* évolue vite également, mais il se caractérise en outre par des douleurs plus vives, une immobilisation plus rapide de la tumeur, par l'infiltration des tissus voisins, par l'apparition hâtive des œdèmes, etc. Néanmoins, dans bien des cas, la similitude des symptômes généraux et des résultats de l'exploration est grande ; on a souvent affaire, en outre, à des *tumeurs mixtes* et, à défaut du contrôle du microscope, on en est réduit à cette formule limitée du diagnostic : tumeur bénigne ou tumeur maligne.

Traitement. — Lorsqu'il s'agit d'un fibrome, l'indication opératoire ne prête pas à discussion : on doit enlever la tumeur, par le vagin, si elle est de petit volume et facilement accessible, par la voie

abdominale, dans le cas contraire. L'opération est simple, bénigne et définitivement curative.

S'agit-il d'une tumeur maligne, sarcome ou cancer? la décision opératoire sera subordonnée à l'état général de la malade et aux caractères objectifs de la tumeur. Si la cachexie est très prononcée, la tumeur immobilisée, la dissémination déjà commencée, l'opération serait impossible à terminer et ne pourrait que précipiter l'issue fatale. Il faudra se borner alors à un traitement symptomatique et à des ponctions itératives de l'ascite. Mais l'opération précoce, au moins dans le sarcome, peut donner des guérisons définitives.

En outre, on doit toujours, suivant le conseil de Spencer Wells, escompter une incertitude de diagnostic et, au moins tant que la tumeur est mobile, tenter une laparotomie, dût-elle rester simplement exploratrice.

D. — TUMEURS DE LA TROMPE.

A. *Kystes*. — En dehors des collections enkystées d'origine inflammatoire, la trompe n'est, à proprement parler, le siège d'aucune variété de kyste; l'observation de kyste hydatique rapportée par Doléris (1) doit être unique. Mais on rencontre parfois de petites collections paratubaires, du volume d'un pois ou d'une noisette, à contenu fluide et transparent. Une variété est fournie par les collections de l'*hydatide de Morgagni*, qui apparaissent appendues au pavillon par un pédicule long et grêle. D'autres petits kystes, parfois assez nombreux, greffés au pavillon comme des grains de raisin à la grappe, seraient dus à une inclusion de l'épithélium de la séreuse entre les plicatures externes de la trompe soudées par la péritonite adhésive (P. Petit).

B. *Fibromes*. — Ces tumeurs sont excessivement rares: Jacobs (2) n'en trouve que six cas, dont un personnel. Les autres appartiennent à Simpson, Swartz, Sullivan et Thomas; encore quelques-uns, d'après A. Doran, ne seraient-ils autre chose qu'une exagération de l'hypertrophie des parois tubaires chroniquement enflammées, comme dans un fait de Spaeth, ou une tumeur paratubaire, comme celui de Simpson. Ces tumeurs, sessiles ou pédiculées, sont en réalité des fibro-myomes. Elles n'ont pas de pathologie propre et ne comportent comme traitement que l'extirpation.

C. *Papillomes*. — Signalés à titre de tumeur bénigne par A. Doran, les papillomes ont été bien étudiés par Macrez (3). Ils ne sont, dans un grand nombre de cas, qu'une exagération de l'hypertrophie des villosités de la muqueuse enflammée (Monproffit, Pilliet) et relèvent alors du processus de l'endosalpingite. Cependant les cas

(1) DOLÉRIS, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gynec.*, 1890.

(2) JACOBS, *Ann. de l'Institut Sainte-Anne*, 1898, et POREL, thèse de Paris, 1898.

(3) MACREZ, *La gynécologie*, 15 oct. 1899.

d'Eberth et Kalttenbach, de Doléris (1) (fig. 241), répondaient bien, ce dernier surtout, à la structure du papillome vrai, avec la superposition et le polymorphisme des cellules.

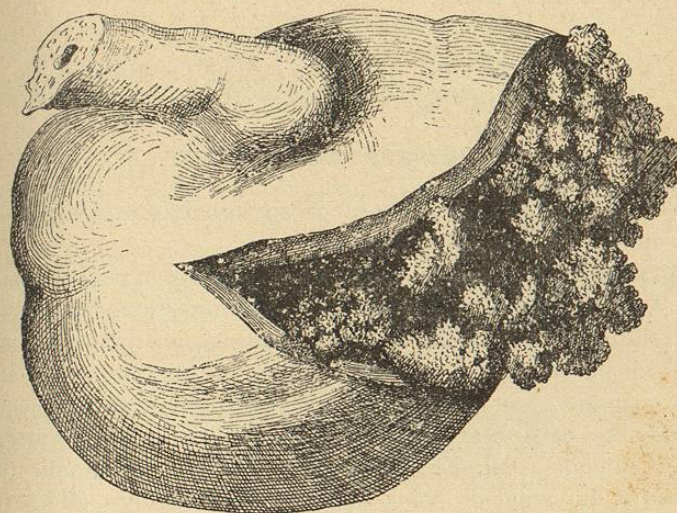


Fig. 241. — Papillome de la trompe (Doléris).

D. *Tumeurs malignes: sarcomes et épithéliomes*. — Le cancer de la trompe est le plus souvent secondaire à celui de l'ovaire ou à celui de l'utérus. Primitif, il est beaucoup plus rare: Alban Doran (2) n'en avait réuni que 23 cas en 1898 et S. Danel (3), qui a fait récemment une étude très complète de la question, a pu étudier 27 observations d'épithéliome pur. La lésion est souvent bilatérale, 9 fois sur 23 (Doran) et plus fréquente à droite qu'à gauche, 10/4 sur 23 cas. Elle se présente sous forme nodulaire ou sous forme diffuse et, d'après Sängner et Barth, le cancer tubaire primitif serait toujours mou, médullaire, encéphaloïde et non squirreux. Le sarcome est beaucoup plus rare encore que l'épithéliome et les lésions histologiques respectives de ces deux sortes de tumeurs sont les mêmes que dans tout autre organe. Enfin, Ahfeld et Marchand ont rapporté un cas, unique sans doute dans la science, de déciduome malin de la trompe gauche.

Si l'anatomie pathologique de ces tumeurs est bien connue grâce à l'analyse des observations publiées et aux travaux de A. Doran, de Sängner, von Kahlidin, Danel, leur histoire clinique est moins précise en raison de leur rareté et des difficultés de diagnostic qu'elles présentent. Leur pronostic est grave: sur les 23 cas recueillis par Doran, 2 ne purent être opérés qu'incomplètement; 2 malades succombèrent à

(1) BONNET et PETIT, *Traité pratique de gynécologie*, 1894.

(2) ALBAN DORAN, *London obstetrical Soc.*, 4 mai 1898.

(3) DANIEL, *Journ. des sc. méd. de Lille*, nos 32, 33, 34, 1899, et thèse de Paris, 1899.