

diverticules; elle est traversée par une multitude de tractus fibreux plus ou moins résistants et par des débris vasculaires qui ressemblent à des bouts de ficelles enroulés sur eux-mêmes. Le sang qui remplit cette poche se comporte comme dans un hématome vulgaire. Après coagulation, la partie liquide se résorbe et des couches successives de fibrine se déposent sur les parois. Cette transformation, généralement totale, peut se limiter à des portions isolées de la tumeur, tandis que par places le sang à peine modifié est simplement un peu épaissi.

L'hématome du ligament large peut suppurer, ou s'ouvrir spontanément. C'est surtout dans le péritoine dont le sépare une paroi mince et friable qu'il a tendance à se rompre. Bien plus rarement il s'évacue au niveau d'un des prolongements nombreux qu'il pousse vers le vagin, la région fessière ou la grande échancrure sciatique. La production de ces hématomes, dit Martin<sup>(1)</sup>, s'accompagne d'altérations dans les organes voisins; on rencontre des épanchements sanguins dans les glandes ovariennes, soit dans les follicules, soit dans le stroma. En outre, par suite de la compression exercée par la masse épanchée, il se développe de l'œdème et des thromboses, même dans les organes éloignés; l'utérus surtout subit des modifications, sa muqueuse se tuméfie et présente peu à peu toutes les altérations habituelles de l'endométrite hémorragique.

**Symptômes. — Marche. — Terminaisons.** — C'est généralement chez des femmes paraissant bien portantes, que l'hématocèle extrapéritonéale éclate subitement par une douleur violente, syncopale, dans le bas-ventre. Cette douleur, dit Martin, a tantôt le caractère des coliques, tantôt celui des tranchées utérines; elle procède ordinairement par accès. Si l'accident se produit pendant les règles, celles-ci se suppriment presque toujours. En somme, c'est le même début dramatique que dans l'hématocèle rétro-utérine, mais avec moins de réaction péritonéale, de même que, plus tard, ce sont les mêmes troubles de compression du côté de la vessie et du rectum. Seuls les signes physiques diffèrent. Le ventre est peu sensible, si ce n'est à une pression forte et au niveau de la région malade. L'exploration abdomino-vaginale fait reconnaître une tumeur molle, pâteuse, siégeant nettement dans le ligament large et refoulant l'utérus sans empiéter sur le cul-de-sac de Douglas. Parfois la palpation de la tumeur donne une sensation de crépitation. La coloration ecchymotique du vagin est notée dans plusieurs observations et Weissinger<sup>(2)</sup> a même rapporté des cas d'ecchymose de la paroi abdominale.

Quand la tumeur se rompt dans le péritoine, elle provoque des phénomènes péritonitiques qui peuvent être mortels. La suppuration est annoncée par les symptômes ordinaires, fièvre, frissons, douleur plus aiguë, etc. Mais le plus souvent le sang se résorbe: alors la tumeur s'indure, diminue de volume et disparaît en un temps plus ou moins long, variant entre un et quatre mois. Le pronostic de cette affection est donc plutôt bénin. Cependant il ne faudrait pas hésiter à intervenir si les symptômes d'une hémorragie grave, et plus tard ceux d'une suppuration de la poche ou d'une complication péritonéale, mettaient en danger les jours de la malade.

<sup>(1)</sup> A. MARTIN, *Traité clinique des maladies des femmes*. Trad. franç. 1889, p. 498.

<sup>(2)</sup> A. WEISSINGER, *Med. Age*, 1886, n° 21.

**Diagnostic.** — L'hématocèle extrapéritonéale sera distinguée du *phlegmon du ligament large* par la soudaineté du début, l'absence de phénomènes fébriles et les conditions particulières dans lesquelles elle se produit. On différenciera l'hématocèle rétro-utérine par son siège spécial en arrière de l'utérus, la réaction péritonéale plus accusée, la sensibilité plus grande de la tumeur. L'hématome ancien peut simuler un *fibrome* développé dans le ligament large, un *kyste inclus*, voire une *salpingo-ovarite*. Les signes particuliers de ces diverses affections, les commémoratifs surtout, auront un grand poids dans l'édification du diagnostic différentiel. Mais bien souvent l'erreur est inévitable tant les signes physiques ont d'analogies.

**Traitement.** — Le plus ordinairement l'*expectation* suffit. Les moyens indiqués, à propos de l'hématocèle rétro-utérine, pour limiter la progression de l'épanchement (repos absolu, glace intus et extra, etc.), ne devront jamais être négligés. Plus tard, les révulsifs de tout ordre trouveront leur application, pour hâter la résorption de la tumeur. Dans un petit nombre de cas, la gravité des accidents rend nécessaire l'intervention, qui toujours doit se borner à évacuer la poche. La *laparotomie sous-péritonéale* et l'*incision vaginale* me semblent constituer les deux opérations de choix. Malgré les succès que la *laparotomie transpéritonéale*, avec nettoyage du foyer et suture de la poche au-dessus d'un drain en croix sortant par le vagin, a donnés à Martin (9 succès sur 10 opérations<sup>(1)</sup>), je ne crois pas qu'il y ait jamais lieu de préférer cette intervention grave à l'incision simple, et notamment à l'incision par voie vaginale. Enfin, dans certains cas, il faudra recourir à l'*hystérectomie vaginale*.

### CHAPITRE III

#### TUMEURS DE L'OVAIRE

L'ovaire est le siège de néoplasmes variés. Considérés au point de vue clinique, les uns offrent les caractères des tumeurs bénignes, les autres, après une période silencieuse plus ou moins longue, prennent brusquement les allures de la malignité. Il en est enfin qui, dès leur début, sont de véritables cancers. Sans doute, il serait intéressant d'adopter une classification basée sur ces trois principales modalités cliniques et de décrire successivement les *tumeurs bénignes*, les *tumeurs mixtes* et les *tumeurs malignes* de l'ovaire; malheureusement, la clinique et l'histologie ne sont pas encore en harmonie parfaite, et ce mode d'exposition conduirait à des redites. Ainsi, tel néoplasme classé dans la série épithéliale n'en reste pas moins, au point de vue clinique, une tumeur bénigne pendant toute la durée de son évolution. Inversement, une tumeur histologiquement bénigne peut subir telle ou telle dégénérescence qui la transforme en tumeur maligne. Force est donc de renoncer aux données cliniques pour grouper les

<sup>(1)</sup> A. MARTIN, *Loc. cit.*, p. 505.

tumeurs de l'ovaire, et c'est à l'anatomie pathologique que les auteurs ont demandé des éléments de classification.

Toutefois l'anatomie pathologique elle-même n'est pas un guide infallible, et la division classique des tumeurs ovariennes en *tumeurs solides* et *tumeurs liquides* ou *kystes* reste fort artificielle. Nous savons, en effet, que toutes les tumeurs solides de l'ovaire ont une tendance constante à la transformation kystique, et le microscope nous a démontré que, sauf exception, l'ancien groupe des kystes ovariens n'est plus représenté que par des tumeurs épithéliales kystiques. Néanmoins, cette division des tumeurs de l'ovaire en deux groupes (*tumeurs solides* et *kystes*) reste encore la plus satisfaisante malgré ses défauts, et c'est elle que je vais adopter, ainsi que je l'ai déjà fait dans mon article de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie* que la présente étude reproduit en grande partie.

## I

## TUMEURS SOLIDES

**Variétés.** — Sous le nom de *tumeurs solides de l'ovaire*, on décrit en général les *tubercules*, le *papillome*, l'*enchondrome*, le *fibrome*, le *sarcome* et le *cancer*. Il est, à mon avis, fort abusif de ranger les tubercules parmi les tumeurs solides de l'ovaire, car l'*ovarite tuberculeuse* est aussi différente des néoplasmes ovariens qu'une orchite ou une tuberculose osseuse sont distinctes d'un cancer du testicule ou d'un ostéo-sarcome. Du reste, la tuberculose isolée de l'ovaire est rare. Guillemin<sup>(1)</sup> n'a pu en réunir que 15 cas dont 4 cas seulement où les lésions étaient bilatérales. En général, lorsque l'ovaire s'enflamme chez les tuberculeuses, Gallard<sup>(2)</sup> le dit fort bien, il s'agit le plus souvent d'une « inflammation de l'ovaire modifiée dans sa marche par la présence de la diathèse tuberculeuse, alors même qu'il n'y a pas de tubercules dans d'autres organes que les poumons; aussi serait-il plus exact de décrire une *ovarite des tuberculeuses* qu'une *ovarite tuberculeuse* proprement dite ». Toutefois la tuberculose ovarienne existe, et, détail intéressant, Spencer Wells et Olshausen ont démontré que des productions tuberculeuses peuvent se développer dans les kystes de l'ovaire. Mais le fait à retenir, c'est que les tubercules de l'ovaire n'ont rien à voir avec les néoplasmes de cet organe, et qu'ils « ne constituent jamais une masse assez volumineuse pour donner lieu à des hésitations ou à des erreurs dans le diagnostic des grosses tumeurs abdominales<sup>(3)</sup> ». Dans les cysto-épithéliomes simples ou de variété plus maligne, on rencontre fréquemment des végétations conjonctives ou épithéliales qui affectent une *disposition papillaire*. L'ovarite chronique, à son tour, donne parfois naissance à des bourgeonnements fibreux plus ou moins irréguliers, qui hérissent la surface de l'organe enflammé. Mais ce ne sont point là des papillomes au sens histologique du mot. Quant au *papillome* proprement dit, on en cite à la vérité quelques exem-

(1) GUILLEMAIN, *La tuberculose de l'ovaire*. *Rev. de Chir.*, 1894, p. 981.

(2) GALLARD, *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*. Paris, 1886, p. 171.

(3) GALLARD, *Ibid.*

ples au niveau de l'ovaire, mais le fait est si rare, qu'il mérite une simple mention. L'*enchondrome* est encore plus exceptionnel et toute son histoire se résume à 1 ou 2 faits observés par Kiwisch. Le *fibrome*, le *sarcome* et le *cancer* représentent, en définitive, les seules tumeurs solides qui se rencontrent au niveau de l'ovaire autrement qu'à titre de curiosité clinique. Encore faut-il noter que les tumeurs solides de l'ovaire sont rares et ne s'observent guère que dans la proportion de 1 à 2 pour 100<sup>(4)</sup>. Parmi les travaux récents qui ont été consacrés à ces néoplasmes, je dois particulièrement citer la remarquable étude de mon élève Dartigues<sup>(5)</sup>, à laquelle je ferai de larges emprunts.

**Fibromes.** — Les *fibromes* s'observent à toutes les périodes de la vie génitale. Sur 20 cas recueillis par Dartigues on trouve 6 cas chez des femmes de 20 à 50 ans; 6 autres chez des femmes de 50 à 40 ans; 6 chez des femmes de 40 à 50 ans et 2 cas chez des personnes ayant dépassé la cinquantaine. Le plus souvent il n'y avait pas eu de grossesse antérieure. Cependant Dubar<sup>(6)</sup> signale une malade de quarante-deux ans qui avait eu 15 grossesses avant que la tumeur de l'ovaire ne fit son apparition. Une autre âgée de quarante-quatre ans avait eu 8 grossesses. Dans un cas opéré par moi, une grossesse survint quelques mois après l'ablation d'un fibrome de l'ovaire.

Les fibromes envahissent plus souvent un seul ovaire que les deux en même temps. Picqué<sup>(7)</sup> insiste sur ce point et affirme, en désaccord à ce sujet avec l'opinion de beaucoup d'auteurs, que le fibrome, contrairement au fibro-sarcome, n'intéresse qu'un seul ovaire. Ainsi, dans les cas qu'il a opérés et qui ont été publiés dans la thèse de Bourgoïn<sup>(8)</sup>, il n'a jamais vu qu'un ovaire intéressé. Cependant, il existe des faits où les deux ovaires sont atteints de la même lésion, et, dernièrement, Chaput et Morély<sup>(9)</sup> en ont présenté une observation à la Société anatomique. Dans un cas de C. Warrens<sup>(10)</sup>, il y avait double fibrome également.

Leur volume ne dépasse guère celui d'un œuf ou d'une orange : le fait est important car il permet, comme je l'ai fait dans un cas, d'aborder la tumeur par cœliotomie vaginale. Lorsque les fibromes grossissent, à plus forte raison lorsqu'ils sont assez développés pour peser 50 kilogrammes, comme dans un cas cité par Spiegelberg<sup>(11)</sup>, ce ne sont plus des fibromes purs, ce sont tantôt des fibromes kystiques, tantôt des fibro-sarcomes. La consistance des fibromes purs de l'ovaire est celle de toutes les tumeurs de cette nature, et leur surface est lisse ou mamelonnée. Ils contractent souvent des adhérences avec les organes voisins; mais, en général, ils sont munis d'un pédicule nettement isolé, parfois très grêle, comme je l'ai observé dans un cas. Tous les auteurs insistent sur cette pédiculisation habituelle des fibromes. Contrairement à ce qui se passe dans les kystes ovariens, la trompe et le pavillon restent indépendants alors que le pédicule est nettement localisé au niveau du hile de

(4) ZIEMICKI, *Essai clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1875.

(5) DARTIGUES, *Étude étiologique et anatomo-pathologique des tumeurs solides de l'ovaire*. *Rev. de Gyn. et de Chir. abd.*, 1899, p. 601, et *Symptomatologie*, etc. *Ibid.*, 1899, p. 795.

(6) DUBAR, *Bull. méd. du Nord*. Lille, 1895.

(7) PICQUÉ, *Des tumeurs solides de l'ovaire*. *Semaine gynécologique*, 1896, p. 129.

(8) BOURGOÏN, *Sur quelques tumeurs solides de l'ovaire*. Th. de Paris, 1894.

(9) CHAPUT et MORÉLY, *Bulletins de la Soc. anat.*, 4 novembre 1898.

(10) C. WARRENS, *Boston Med.*, 1895.

(11) O. SPIEGELBERG, *Monats. für Geb.*, 1866, Bd XXVII, p. 415.