

l'ovaire. Toutefois, il ne faut rien exagérer, les fibromes ovariens peuvent s'enclaver dans les ligaments larges et c'est alors qu'il devient très difficile, même à l'examen direct, de les distinguer des fibromes utérins sous-séreux et pédiculés. On sait, du reste, que les fibromes de l'ovaire coïncident fréquemment avec les fibromes utérins et, qui plus est, plusieurs chirurgiens pensent avec Spencer Wells (1) que « la plupart des fibromes ovariens sont en réalité des tumeurs qui prennent naissance dans l'utérus ».

Rokitansky (2), Klob (3) et d'autres auteurs admettent que les fibromes ovariens se développent aux dépens des corps jaunés. Dans ce cas, ils n'atteignent jamais de grandes dimensions. Cependant Klob en a vu un ayant la dimension d'une tête d'enfant. Patenko (4) les attribue à une sclérose de l'endothélium folliculaire; mais, en général, on les considère comme le résultat d'une hypertrophie partielle ou totale du stroma ovarien. Les fibromes ovariens ne sont pas entourés comme ceux de l'utérus d'une capsule conjonctive. Obéissant, en outre, à la tendance habituelle des tumeurs ovariennes, ils offrent ce caractère essentiel d'être presque toujours creusés de cavités kystiques (5) plus ou moins nombreuses, plus ou moins spacieuses et remplies, suivant les cas, par un liquide clair, transparent, louche ou sanguinolent. On attribue la formation de ces cavités, soit au ramollissement, soit à la dégénérescence graisseuse, soit à l'hypertrophie folliculaire, soit encore à la dilatation des espaces lymphatiques admis par certains anatomistes. Ce dernier mode de formation kystique répond aux lymphangiomes kystomateux de Léopold. Les tumeurs fibreuses sont, en général, pauvres en vaisseaux; il se peut, néanmoins, que l'hypergénèse de l'élément vasculaire conduise aux formes kystiques décrites par Spiegelberg sous le nom de *fibromes caverneux*. Ces transformations kystiques nous montrent la transition qui existe entre les fibromes purs, les cysto-fibromes et même les cysto-épithéliomes ou kystes de l'ovaire proprement dits, au sein desquels on rencontre des masses fibreuses plus ou moins développées.

Histologiquement, les fibromes ovariens n'offrent rien de spécial. Bien que Sangalli ait cité un cas de myome, et Homans (6), Bagot (7), Klebs, Tücke, Terrier et Hartmann, des cas de fibromes très riches en fibres musculaires lisses, on s'accorde, en général, à considérer les fibromes ovariens comme très pauvres en fibres musculaires lisses; leur structure est donc, en règle, presque uniquement fibreuse. Dubar (8), Picqué (9) ont même publié des observations de fibromes purs. Comme autre caractère, il faut noter l'irrégularité du groupement des faisceaux conjonctifs qui les constituent. Ces faisceaux sont habituellement distribués sans aucun ordre et ne se disposent pas en groupes concentriques, ainsi qu'il arrive pour les fibromyomes utérins. Ajoutons qu'il n'est pas rare de voir le tissu fibreux se combiner au tissu sarcomateux, et les fibro-sarcomes qui en résultent constituent des tumeurs singulièrement plus graves que les

(1) SPENCER WELLS, *Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, trad. de Paul Rodet, Paris, 1885.

(2) ROKITANSKY, *Lehrb. der path. Anat.*, 5^e édit., t. III, p. 425.

(3) KLOB, *Path. Anat. der weibl. Sexualorg.*, 4^e édit., t. II, p. 127.

(4) PATENKO, *Centr. für Gyn.*, 1880, p. 441.

(5) CORNIL, *Des tumeurs solides de l'ovaire*, *Journal des Conn. méd.*, 1895, p. 15 et 19.

(6) HOMANS, *Boston med. Journal*, 1885, t. CXII.

(7) P. BAGOT, *Fibromyoma of the ovary*, *New-York med. Journal*, 1890, p. 248.

(8) DUBAR, *Bull. méd. du Nord*, 1895, t. XXXII, p. 7.

(9) PICQUÉ, in BOURGOIN, *Loc. cit.*

tumeurs fibreuses proprement dites. Ch. Monod (1) a enlevé, chez une femme de cinquante ans, un fibro-sarcome, gros comme un melon, accompagné d'une ascite énorme. Les tumeurs fibreuses pures sont, au contraire, généralement bénignes; elles évoluent lentement, s'accompagnent rarement d'ascite, ne portent pas atteinte à l'état général et peuvent rester toute la vie stationnaires. Les transformations calcaires ou osseuses qu'elles subissent parfois favorisent ce dernier mode d'évolution. Toutefois les fibromes n'ont pas toujours cette allure bénigne, ils peuvent en effet tordre leur pédicule, engendrer une péritonite grave, ou même s'enflammer et suppurer. Rokitansky a observé un exemple remarquable de cette suppuration après un accouchement.

Sarcomes. — Les sarcomes sont plus souvent bilatéraux que les fibromes. Ils sont relativement peu fréquents puisque Kohn (2) dans une statistique très étendue a trouvé 1 sarcome sur 100 kystes de l'ovaire. Par rapport aux autres tumeurs solides de l'ovaire ils sont même rares. Ainsi Heim (3) sur 15 tumeurs solides a trouvé 6 sarcomes, et Dartigues 20 sarcomes sur 70 cas. On les observe surtout à l'âge moyen de la vie; toutefois il faut signaler les cas de Page (4) et de Mac Burney (5), chez des petites filles de dix ans. Le volume des sarcomes de l'ovaire est généralement assez considérable. Pozzi a opéré une de ces tumeurs qui pesait 2^{kg},500; dans une autre observation de Pozzi également rapportée par Dartigues, le sarcome était double: à droite il avait le volume d'une tête d'adulte, à gauche celui d'une tête de fœtus. J'ai enlevé avec Pinard un sarcome de 885 grammes qui coïncidait avec une grossesse compliquée d'hydramnios.

Au point de vue histologique, les sarcomes de l'ovaire ont une structure semblable à celle des autres tumeurs de cette nature. La variété *fasciculée* est la plus fréquente. On trouve aussi la variété *embryonnaire* à petites cellules qui serait la plus dangereuse. Sur 59 cas, Zangmeister (6) a trouvé 25 fois le fibro-sarcome, 19 fois le sarcome à cellules rondes, et 5 fois le sarcome à cellules rondes et à cellules fusiformes. Leur coupe est blanchâtre ou blanc rosé et leur surface est habituellement lisse. Les vaisseaux qui les alimentent sont, en général, nombreux et développés. La transformation kystique des sarcomes ovariens offre une fréquence toute particulière. Les cavités kystiques sont dues soit à la dégénérescence graisseuse du tissu, soit à des foyers hémorragiques plus ou moins importants. On dit aussi que ces dilatations kystiques sont parfois d'origine folliculaire. Mais, de Sinéty le fait à bon droit remarquer, cette assertion démontre que bien des auteurs ont confondu les sarcomes kystiques avec des cysto-épithéliomes caractérisés par la prédominance de leurs parties solides. On sait, du reste, que la production de masses sarcomateuses n'est pas rare au sein des kystes de l'ovaire, et, dans l'histoire des sarcomes comme dans celle des fibromes, nous constatons encore la difficulté d'établir une démarcation tranchée entre les tumeurs solides ayant subi la transformation kystique et les tumeurs liquides à structure complexe, dans lesquelles l'élément solide offre une prédominance plus ou moins marquée.

Eckardt et Pomorski ont décrit, sous le nom d'*endothéliomes* pour bien indi-

(1) CH. MONOD, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 15 nov. 1889, p. 728.

(2) KOHN, *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, 1886, Bd XII, Heft I, p. 14.

(3) HEIM, *Ueber solide Ovarialtumoren*, *Diss. inaug.* Erlangen, 1894.

(4) PAGE, *The Lancet*, 1895, p. 1622.

(5) MAC BURNEY, *Ann. of Surgery*, 1894, t. XXI, p. 706.

(6) ZANGMEISTER, *Ueber Sarcoma des Ovariums*, *Beitr. zur klin. Chir.*, Bd XVI, Heft 2.

quer qu'elles proviennent de l'endothélium des fentes lymphatiques ou des capillaires des tumeurs, une variété de néoplasmes intermédiaires au point de vue histologique entre le sarcome et l'épithéliome de l'ovaire (1).

Comme les fibromes ovariens, comme les kystes ovariens, les sarcomes peuvent se compliquer de la torsion de leur pédicule. Dans un cas publié par Dartigues (2), le sarcome, gros comme une tête d'adulte, était deux fois tordu sur son axe, et, chose curieuse, la torsion ne s'était manifestée par aucun signe clinique appréciable et n'avait pas, comme on put le voir à la coupe de la tumeur enlevée, déterminé de nécrose dans le bloc néoplasique. Daniel Nelson (3) cite un fait où il observa également une torsion du pédicule sans nécrose de la tumeur.

L'ascite est très fréquente et abondante, et l'on en fait une caractéristique différentielle du sarcome avec le fibrome qui, nous l'avons vu, est rarement accompagné d'ascite. Cependant, elle peut manquer. Les sarcomes de l'ovaire évoluent ordinairement avec une très grande rapidité. Ils s'accompagnent fréquemment de généralisation et tuent en quelques mois par le fait même de leur évolution ou sous l'influence d'une complication telle que la péritonite (4) ou l'embolie.

Cancer. — Le tissu cancéreux peut sans doute infiltrer le tissu ovarien et constituer des tumeurs de moyen volume, qui s'accompagnent rapidement de généralisation du côté du péritoine ou des organes éloignés, mais il est très rare que le cancer ovarien proprement dit se présente sous la forme d'une masse solide. Presque toujours la transformation kystique en fait des cysto-carcinomes tels que les décrit Gaillard Thomas (5), et, qu'il s'agisse d'une transformation kystique par ramollissement, ou de kystes proprement dits développés au sein d'une tumeur maligne, ou d'un kyste envahi par la dégénérescence cancéreuse, il est, comme le dit de Sinéty (6), parfois « impossible de tracer une ligne de démarcation précise entre les kystes et le cancer de l'ovaire ».

Néanmoins le cancer primitif de l'ovaire existe et des observations incontestables en ont été publiées. On l'observe surtout après 50 ans, très rarement chez de jeunes sujets, 24 ans (cas de Polaillon) (7), 18 ans (cas de Defontaine) (8), 17 ans (cas de Binaud) (9). Le volume varie de celui du poing à une tête d'adulte. Golay (10) a observé un cancer de l'ovaire pesant 8^{gr},900 et mesurant 40 centimètres dans tous ses diamètres. La forme de ces tumeurs est presque toujours irrégulière et bosselée, rarement régulière et lisse. Elles sont généralement mobiles, même quand elles arrivent à acquérir des dimensions considérables. Elles sont souvent développées et leur mobilité s'étend dans le sens transversal. Cependant, il peut y avoir immobilité complète, quoique la tumeur

(1) ECKARDT, *Ueber endotheliale Eierstocktumoren. Zeit. für Geb. und Gyn.*, 1889, p. 554. — J. POMORSKI, *Endothelioma ovarii. Ibid.*, 1890, p. 82.

(2) DARTIGUES, *Bull. de la Soc. anat.*, 1898.

(3) DANIEL NELSON, *Soc. gynec. of Chicago*, 1887.

(4) CORNIL, *Journ. des Conn. méd.*, 1895, p. 45.

(5) GAILLARD THOMAS, *Traité clinique des maladies des femmes*. Trad. franç. Paris, 1879.

(6) DE SINÉTY, *Traité pratique de gynécologie*, 2^e édit. Paris, 1884, p. 758.

(7) Cité par DARTIGUES, *Loc. cit.*, p. 627.

(8) DEFONTAINE, *Bull. de la Soc. anat. Paris*, 1879.

(9) BINAUD, *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, janvier 1896.

(10) GOLAY, *Bull. de la Soc. anat.*, 1876.

soit absolument lisse et sans adhérences. Le cancer peut occuper à la fois la cavité abdominale et la cavité pelvienne en envoyant un prolongement dans celle-ci, prolongement qui peut être mobile aussi. Il peut arriver que la tumeur soit placée transversalement au-dessus du détroit supérieur : il s'agit dans ce cas de cancer de gros volume, et il semble qu'il ne peut s'engager dans la filière pelvienne, à la façon d'un fœtus trop gros pour un bassin rétréci. L'on comprend, d'après cela, que les signes physiques fournis par la palpation abdominale seront plus instructifs que ceux donnés par le toucher vaginal, qui pourront être nuls.

Au point de vue purement histologique, on observe les deux formes classiques du cancer : le *squarrrhe*, que caractérise la prédominance des travées conjonctives, et l'*encéphaloïde*. Mais, dans les deux cas, la tumeur est un épithélioma tubulé, avec formations kystiques, et, par places, de véritables lobules comme dans l'épithélioma pavimenteux stratifié. Pilliet et Delaunay (1) ont présenté à la Société anatomique un cas de cancer de l'ovaire double et non kystique. Les cellules néoplasiques qui le composaient étaient de nature muqueuse et montraient bien qu'il s'agissait de tumeur ovarique ; car, d'après Pilliet, les vestiges wolffiens du ligament large ne donnent lieu, en général, qu'à des productions séreuses et non muqueuses. Ces mêmes auteurs (2) ont également rapporté un cas de cancer épithélial de l'ovaire gauche coïncidant avec la présence d'un double kyste dermoïde sur l'ovaire droit.

En dehors du système ganglionnaire, peuvent se produire, à une époque plus ou moins avancée de l'évolution du cancer ovarien, des *généralisations métastatiques* aux organes voisins ou éloignés. Ainsi, Winter (3) a vu une trompe perforée et envahie secondairement par un cancer né dans l'ovaire et simulant un hydrosalpinx. L'utérus a été vu envahi. Les tissus ambiants peuvent être infiltrés et indurés : des adhérences se produisent et la généralisation se fait au péritoine, à l'intestin ; dans le cas de Danlos (4), où il y avait double cancer de l'ovaire, celui du côté gauche comprimait le rectum et détermina des phénomènes d'*obstruction intestinale* dont mourut la malade. La généralisation peut s'étendre aux poumons, aux plèvres, au foie, à l'estomac. Dans un cas rapporté par Ozenne (5), il y avait coïncidence de cancer stomacal demeuré latent, mais l'auteur pense que le cancer de l'ovaire était secondaire. Griffon et Leven (6) ont publié, il y a peu de temps, un cancer des voies biliaires juxta-hépatiques généralisé au péritoine et aux deux ovaires : ces cancers ovariens revêtaient la forme massive non végétante.

La généralisation a été vue par Tillaux aux os du bassin, par Bucquoy au cœur. Broca décrit un cancer encéphaloïde des deux ovaires coïncidant avec des cancers multiples de la peau, mais il le considère comme secondaire à ceux de la peau. Enfin, à la suite d'intervention pour cancer de l'ovaire, on a constaté des greffes néoplasiques au niveau des lèvres de la laparotomie.

Toutefois, cette extension aux voies lymphatiques et ganglionnaires, ou cette généralisation aux organes voisins ou éloignés, n'est pas aussi rapide qu'on l'a

(1) PILLIET et DELAUNAY, *Bull. de la Soc. anat. Paris*, 1897, p. 772.

(2) DELAUNAY et PILLIET, *Bull. de la Soc. anat. Paris*, 1898, n° 11.

(3) WINTER, *Soc. obstét. et gynec. de Berlin*, 24 juin 1887. *Cent. für Gyn.*, 1887, p. 497.

(4) DANLOS, *Bull. de la Soc. anat.*, 1875.

(5) OZENNE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1880.

(6) GRIFFON et LEVEN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1899.

dit, et quand la tumeur est nettement mobile, sans adhérences, il faut en tenter l'ablation.

Diagnostic. — Le diagnostic des tumeurs solides de l'ovaire doit être avant tout basé sur les résultats de l'exploration directe, sur la marche du mal et sur l'état général des malades. L'attention est ordinairement éveillée, soit par des phénomènes douloureux, localisés au niveau de la région ovarienne, soit par des accidents de compression, soit enfin par l'existence d'une ascite. On sait, en effet, que l'ascite est une complication précoce et pour ainsi dire constante des tumeurs solides de l'ovaire. Je dirai même, à propos des kystes de l'ovaire, comment les caractères du liquide, sa coloration sanguine par exemple, et les éléments cellulaires qu'il tient en suspension, peuvent être d'un certain secours pour le diagnostic. Lorsque les tumeurs solides ovariennes s'accompagnent ainsi d'ascite, et c'est la règle, elles peuvent donner au toucher vaginal une sensation de ballotement des plus nettes. La ponction exploratrice de ces tumeurs doit être évitée. En effet, suivant la remarque de Ziembicki, ces ponctions « exposent aux hémorragies mortelles, elles lèsent l'épithélium protecteur et déterminent la formation d'adhérences; elles sont peu utiles au chirurgien et nuisibles à la malade ». Il va sans dire que la ponction dirigée contre l'ascite trouve, au contraire, de fréquentes indications, et, lorsque le liquide ascitique est ainsi évacué, le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale permet de prendre pour ainsi dire le néoplasme ovarien entre les mains, et d'en reconnaître sinon la nature, du moins l'existence.

Il faut alors distinguer la tumeur constatée de toutes les tumeurs susceptibles de se laisser percevoir au niveau des culs-de-sac vaginaux. La *pelvi-péritonite*, le *phlegmon*, l'*hématocèle*, les *fibromes utérins*, les *tumeurs du ligament large* constituent les principales causes d'erreur et l'on sait toutes les difficultés d'interprétation qui peuvent alors se trouver réunies, surtout lorsque la tumeur ovarienne qu'on cherche à reconnaître est elle-même le point de départ d'accidents inflammatoires anciens ou récents. Le diagnostic avec les fibromes utérins est surtout délicat. A cet égard, on n'oubliera pas qu'en dehors des signes fournis par l'exploration manuelle l'absence des métrorrhagies et la conservation des dimensions normales de la cavité utérine ont une valeur significative.

Le diagnostic différentiel d'une tumeur ovarienne une fois porté, il convient de déterminer autant que possible la nature du néoplasme. La consistance spéciale du fibrome, la mollesse du sarcome et la dureté du cancer sont des renseignements utiles à relever; toutefois, ils sont loin d'être pathognomoniques. Quant aux kystes, lorsqu'ils sont encore de petit volume, ils ne donnent pas de sensation de fluctuation; leur indolence habituelle et l'absence d'épanchement ascitique sont leurs seuls caractères distinctifs. Il en est de même pour les kystes à parois épaisses et pour les tumeurs dermoïdes. L'existence d'une ascite concomitante, en dehors des renseignements que peut fournir l'examen direct du liquide, doit faire surtout soupçonner une tumeur maligne sarcomateuse ou cancéreuse. Toutefois, contrairement à l'opinion de Leopold et d'Ols-hausen, l'ascite ne serait pas exceptionnelle avec les fibromes purs et, par conséquent, sa constatation ne permet pas une affirmation formelle dans le sens de la malignité. L'âge n'a pas davantage une signification précise. Le sarcome s'observe de préférence chez les sujets jeunes, mais on le rencontre aussi chez des femmes de plus de soixante ans. De même, le fibrome et le

cancer peuvent s'observer à tous les âges de la vie. Les signes les plus décisifs sont, en somme, donnés par le mode de développement et le retentissement local ou général du néoplasme. Le fibrome est remarquable par la lenteur de son évolution, par son indolence, par son médiocre volume et par la conservation du bon état général des malades. Le sarcome, au contraire, ne paraît pas tout d'abord retentir autant que le cancer sur l'état général, mais sa marche est bien plus rapide que celle des tumeurs fibreuses et, très vite, il atteint des dimensions qui ne s'observent pas dans les fibromes proprement dits. Le cancer est, lui aussi, remarquable par la rapidité de son évolution; mais, en outre, il se caractérise par les douleurs qu'il provoque, par son immobilisation précoce, par l'infiltration des tissus qui l'entourent et par l'apparition hâtive de phénomènes œdémateux que le volume du néoplasme ne suffit pas à expliquer. Enfin, très vite, l'état général des malades ne peut laisser aucun doute sur la gravité d'un mal qui les fait succomber en peu de temps, soit avec des symptômes de marasme ou de généralisation, soit par l'écllosion d'une complication telle que la péritonite ou l'embolie.

Traitement. — L'ovariotomie est nettement indiquée pour les fibromes et susceptible de donner une guérison parfaite, mais, pour les fibro-sarcomes et les sarcomes, les résultats immédiats ou tardifs de l'opération ne sont pas favorables : l'intervention est périlleuse et la récurrence est précoce. Ainsi Zangmeister, à propos des sarcomes, relate 4 morts opératoires, 12 morts entre 24 jours et trois ans, et 16 malades restées sans récurrence entre quatre et seize ans. Néanmoins, l'ablation reste nettement indiquée, surtout lorsqu'il est possible d'intervenir au début. Enfin, pour les cancers, l'intervention sanglante n'a presque jamais eu jusqu'ici d'autre résultat que de précipiter l'issue fatale. Calmer les douleurs, évacuer le liquide ascitique par des ponctions, soutenir les forces de la malade sont trop souvent les seules indications à remplir. Toutefois, suivant la juste remarque de Spencer Wells, « on compte tellement de cas de guérison à la suite de l'extirpation de ce qu'on avait considéré comme un cancer, qu'il faut une certitude absolue sur la nature maligne de la tumeur pour renoncer à l'opération ». Je dirai, de plus, avec Hegar et Kaltenbach, que, même dans les cas où le diagnostic de malignité semble indiscutable, il faut néanmoins intervenir toutes les fois que la tumeur semble avoir conservé sa mobilité. En somme, pour être une contre-indication formelle, la malignité d'une tumeur solide de l'ovaire réclame au moins un autre facteur, c'est l'immobilité du néoplasme avec infiltration positive des tissus qui l'entourent. Si bien que, dans la majorité des cas, mieux vaut risquer une laparotomie exploratrice inutile que de trop s'en référer aux contre-indications cliniques.

II

KYSTES DE L'OVAIRE

Anatomie pathologique et pathogénie. — Les notions positives que nous possédons à l'heure actuelle sur l'anatomie pathologique et sur la pathogénie des kystes de l'ovaire n'ont guère plus de trente ans. Ce sont, en effet, les