

la partie supérieure de l'abdomen reste molle et insensible, tandis qu'on peut bien reconnaître le foyer enkysté dans le repli de Douglas. Les indications de l'intervention sont évidemment formelles aussi bien pour les collections septiques qui viennent d'être signalées que pour toutes les suppurations pelviennes enkystées qui peuvent survenir plus ou moins tardivement et qui ont le plus souvent pour point de départ une ligature dont l'asepsie laissait à désirer. Tous ces empyèmes circonscrits doivent être traités suivant les règles habituelles. Dans certains cas, on a vu des *fistules stercorales* succéder à l'ouverture de ces abcès. On peut observer enfin, comme le note Terrier, une véritable *péritonite chronique adhésive*, dont la gravité n'est pas encore absolument connue. Cette forme de péritonite ne s'observe-t-elle que dans les cas où l'on a réduit le pédicule? Le fait nous semble possible ».

La *phlegmatia alba dolens*, l'*obstruction intestinale* sont à leur tour des complications possibles. L'obstruction intestinale mérite surtout l'attention; on l'a attribuée à des adhérences au niveau des ligatures perdues, ou des surfaces sectionnées; elle peut même être favorisée par la destruction de l'épithélium péritonéal causée par l'usage d'éponges ou de compresses trop fortement antiseptiques. Sur 1000 ovariectomies, Spencer Wells aurait observé 11 morts par occlusion intestinale. Comme traitement de cet accident, Bode et Léopold prescrivent des lavements forcés d'infusion chaude de camomille, additionnée d'huile et de savon. On peut essayer de ce moyen, mais aussitôt que le diagnostic obstruction est porté, et ce diagnostic est parfois délicat, on doit sans tarder ouvrir de nouveau l'abdomen et tout faire pour lever l'obstacle au cours des matières. Il est sans doute d'autres incidents qui peuvent troubler la convalescence des opérées: ainsi Morike, en 1880, et Matwef, en 1885<sup>(1)</sup>, ont signalé la parotidite comme une complication possible à la suite de l'ovariectomie, et Schröder insiste sur la gravité du pronostic en pareil cas. Mais ce sont là des faits exceptionnels.

Les opérées d'ovariectomie meurent parfois de *shock* ou d'*épuisement*. Il se peut même qu'une *syncope* mortelle les enlève pendant l'opération; mais ces accidents sont heureusement rares. Le *shock*, en particulier, n'a pas, au point de vue de la mortalité, la fréquence que lui prêtent certaines statistiques. Il est en effet certain, comme le disent Hegar et Kaltenbach, que « bien des phénomènes décrits autrefois sous le nom de *shock* doivent bien plutôt être rangés dans ceux de septicémie, car ils existent avec une élévation manifeste de la température et même avec des altérations anatomiques du péritoine ». Pozzi<sup>(2)</sup> fait à son tour observer que le *shock* est un terme vague qui englobe des accidents d'une pathogénie très variable depuis l'embolie méconnue et l'urémie foudroyante jusqu'à la paralysie d'un cœur dégénéré par suite du marasme de l'organisme. Les complications telles que les *hémorragies*, l'*occlusion intestinale* ou la *phlébite* sont aussi, dans certains cas, les causes de la mort. D'autres opérées succombent au *tétanos*, Hegar et Kaltenbach ont réuni 29 exemples de cette complication comprenant « 2 cas avec pédicule rentré contre 27 cas avec pédicule fixé dans la plaie ». Ils en concluent avec raison que le traitement extra-péritonéal du pédicule « entraîne, au point de vue du *tétanos*, un certain danger qui est presque complètement éliminé

<sup>(1)</sup> MATWEF, *Ann. de gyn.*, août 1885, p. 105.

<sup>(2)</sup> S. POZZI, *Loc. cit.*, 3<sup>e</sup> édit., p. 865.

lorsque l'on rentre le pédicule ». Il se peut enfin que les opérées meurent d'une affection viscérale concomitante aggravée par le traumatisme chirurgical, mais c'est la grande exception et les causes de mort de beaucoup les plus habituelles sont, en fait, la *septicémie* et la *péritonite*.

C'est en général du deuxième au quatrième jour que se juge la question et, passé cette époque, on est d'habitude à l'abri des complications péritonéales. Lorsqu'elle survient, la péritonite peut se localiser et guérir, mais si elle se généralise, la situation est bien différente. Elle s'annonce alors par ses symptômes habituels; l'altération caractéristique de la physionomie de la malade et la fréquence du pouls en sont souvent le signe précurseur et pathognomonique. Tous ceux qui ont quelque pratique de l'ovariectomie ne s'y trompent pas. A l'autopsie, les lésions péritonéales sont variables. Tantôt, comme le dit Terrier, « cette péritonite est tout à fait à son début, on ne trouve alors que des signes de congestion péritonéale, tantôt les phénomènes inflammatoires ayant eu le temps d'évoluer, on peut rencontrer des adhérences, l'agglomération des anses intestinales et du pus<sup>(1)</sup> ».

Bien heureusement, ces terminaisons fatales deviennent tous les jours plus rares et, comme je l'ai dit, la moyenne de la mortalité est actuellement tombée à 10 ou 15 pour 100. Toutefois, cette moyenne a, comme toujours, le tort de viser l'ensemble des faits. En pratique, le seul intérêt, c'est de connaître la nature du pronostic en présence de tel ou tel cas particulier. Or, les chiffres sont ici impuissants; pour juger la question, il faut avant tout se baser sur ses observations personnelles et prendre en considération les mille conditions susceptibles d'influencer le pronostic en bien ou en mal. D'une manière générale on peut dire, avec Terrier<sup>(2)</sup>, que « l'âge avancé des opérées, la rapidité du développement du kyste, son influence fâcheuse sur l'état général, une tumeur volumineuse, une opération pénible due surtout au volume et à des adhérences intestinales ou pelviennes, sont de mauvaises conditions qui aggravent singulièrement le pronostic opératoire ».

*Suites éloignées de l'ovariectomie.* — Dans certains cas, la cicatrice abdominale peut devenir le siège d'une hernie ou même d'une éventration. Cet accident était surtout fréquent à l'époque où les chirurgiens pratiquaient le traitement extra-péritonéal du pédicule, mais il est devenu beaucoup plus rare depuis que le traitement intra-péritonéal s'est imposé comme méthode de choix. Cependant ces hernies ventrales, petites ou grandes, peuvent encore se produire, et c'est pour les éviter qu'il faut inviter les opérées à continuer fort longtemps l'usage des ceintures hypogastriques bien faites et correctement appliquées. Un autre phénomène qu'on observait du temps où l'on fixait le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie, c'était la production d'une hémorragie mensuelle au niveau de la cicatrice. Baker-Brown, Bantock, Spencer Wells, Mozetig, Le Fort et Boinet en ont observé des exemples fort curieux. Mais, on le conçoit, la réduction du pédicule a fait disparaître ce phénomène du chapitre des suites de l'ovariectomie. Toutefois, Bourguelle<sup>(3)</sup> relate l'observation d'une opérée de Charles Monod, chez laquelle le suintement sanguinolent s'est produit au niveau de la cicatrice abdominale bien que le pédicule eût été réduit. L'existence d'un

<sup>(1)</sup> Voy. à ce propos LEVRAT, *Septicémie péritonéale après l'ovariectomie*. Thèse de Paris, 1880.

<sup>(2)</sup> TERRIER, *Revue de chir.*, 1884, p. 1.

<sup>(3)</sup> BOURGUELLE, *Thèse de Paris*, 1884, n° 157.

trajet fistuleux reliant la cicatrice abdominale au moignon pédiculaire a donné l'explication du phénomène.

Les observations démontrent que l'ovariotomie unilatérale ne trouble ni la menstruation, ni la conception, ni la faculté de procréer des enfants des deux sexes, et Spencer Wells a constaté par exemple que 117 opérées avaient engendré 228 enfants des deux sexes. A la suite des ovariectomies doubles, on observe au contraire un certain nombre de modifications physiologiques. Parmi ces modifications, on a noté l'atrophie des seins et des changements de caractère. Le développement d'un embonpoint exagéré est un phénomène assez fréquent. Parfois les désirs sexuels sont abolis, mais, dans la majorité des cas, l'appétence génitale n'est pas modifiée<sup>(1)</sup>. Mais de toutes les modifications qui suivent l'ovariotomie double, la plus intéressante comme la plus facile à prévoir, c'est la suppression des règles.

Se basant sur certains cas exceptionnels de menstruation conservée après l'ablation des deux ovaires, Næggerath, Slawiansky et de Sinéty ont pensé que l'ancienne et classique théorie de Négrier devait être revisée et qu'il n'y avait plus lieu de considérer l'ovulation comme une condition sine qua non de la menstruation. Ce besoin de réforme restera sans doute sans grand écho. Dans la plupart des cas exceptionnels que l'on oppose à la belle et solide théorie de Négrier, l'étendue de l'ablation est sujette à caution et rien ne prouve qu'elle ait été radicale. Par contre, dans l'immense majorité des cas, les faits sont conformes à la théorie, et la castration double entraîne la suppression définitive des règles. Dès lors, pourquoi battre en brèche les idées reçues sur les relations intimes qui unissent la menstruation à l'ovulation? Quelques faits difficiles à expliquer sans doute, mais assez rares pour être considérés comme des curiosités, sont un mince effectif pour une aussi grosse campagne, et tout porte à penser qu'il faut accepter les conclusions de Terrier<sup>(2)</sup>, attribuer la persistance de la menstruation après ovariectomie double à des ablations incomplètes et considérer la suppression du flux menstruel comme un résultat constant à la suite de l'extirpation complète des deux ovaires<sup>(3)</sup>. Comme phénomène pour ainsi dire corollaire, on observe après l'ablation des deux ovaires la production de « poussées congestives vers la face, de bouffées de chaleur identiques à celles qui tourmentent les femmes arrivées à l'époque de la ménopause » (Terrier).

A la suite de l'ovariotomie simple ou double, les opérées prennent en général une santé florissante, et peu d'opérations donnent à cet égard des résultats plus merveilleux. Toutefois, il est à cette règle quelques exceptions. Après l'ovariotomie plus encore qu'après tout autre opération portant sur les organes génitaux de la femme, on a observé l'apparition de troubles cérébraux de la catégorie de la manie aiguë ou de la lypémanie. Cette complication n'apparaît évidemment que chez des sujets prédisposés. Parfois la tumeur récidive, soit dans l'autre ovaire, soit au niveau de l'opération primitive. On peut observer enfin des exemples de généralisation mortelle. Les récidives au niveau de l'autre

<sup>(1)</sup> Voy. le travail de LE BEC, *Arch. gén. de méd.*, 1882, la thèse de BOURGUELLE, Paris, 1884, et le traité de SPENCER WELLS.

<sup>(2)</sup> TERRIER, *Influence des ovariectomies doubles sur la menstruation. Revue de chir.*, déc. 1885, p. 955.

<sup>(3)</sup> ORMIÈRES, *Thèse de Paris*, 1880, et AUVARD, *Menstruation et ovulation. Gazette hebdom.*, avril 1887, p. 274.

ovaire sont bien connues, et cette éventualité ne doit jamais être oubliée après l'ovariotomie unilatérale. Quant aux récidives sur place et aux généralisations, c'est à Panas<sup>(1)</sup> que revient l'honneur d'avoir le premier appelé l'attention sur leur existence. Depuis lors, les travaux se sont multipliés et la lumière commence à se bien faire sur cette importante question.

Les tumeurs secondaires s'observent, comme le remarque Terrillon<sup>(2)</sup>, soit au voisinage de la zone opératoire (pédicule et péritoine), soit dans les organes plus ou moins éloignés. Poupinel<sup>(3)</sup>, qui a consciencieusement relevé plus de 150 observations de récidives ou de généralisations, arrive à cette conclusion, que dans l'immense majorité des cas, la généralisation consécutive à l'épithéliome kystique reste localisée au péritoine. Exceptionnellement elle envahit les viscères abdominaux<sup>(4)</sup> et la paroi abdominale<sup>(5)</sup>. Exceptionnellement aussi, elle attaque la plèvre, puis le poumon et les ganglions du médiastin. Poupinel a publié un cas de récidive dans le sein gauche ayant nécessité une double ablation, et plus tard une généralisation au péritoine et probablement à la plèvre<sup>(6)</sup>. Dans un cas j'ai constaté la dégénérescence épithéliale des ganglions axillaires du côté droit. Ces faits de généralisation consécutive s'observent surtout de trente à cinquante ans. En général, les tumeurs secondaires sont composées de néoformations semblables à celles de la tumeur primitive. Il se peut néanmoins qu'elles dévient du type primitif (Quénu). Poupinel a montré d'ailleurs que la généralisation se faisait surtout suivant trois types principaux : le type épithélial, le type sarcomateux et le type mixte. Terrillon<sup>(7)</sup> a cité deux observations intéressantes à ce point de vue. Chez la première malade, l'ovaire droit était le siège d'un kyste multiloculaire alors que le gauche présentait un sarcome. La disposition inverse existait dans la deuxième observation. Notons que dans les deux cas il existait en certains points des parois kystiques des masses sarcomateuses. L'évolution des tumeurs secondaires est en général rapide. La mort survient en moyenne au bout d'un an ou deux, et quelquefois plutôt.

Tous ces faits sont indéniables, et depuis que les histologistes ont admis la nature épithéliale des kystes de l'ovaire, on conçoit aisément que la conception de leur malignité possible ait fait rapidement fortune. Il ne faut cependant rien exagérer, et si la dénomination d'épithélioma répond à la structure histologiste des kystes ovariens, elle n'en reste pas moins critiquable au point de vue clinique. Les kystes de l'ovaire sont en effet, dans l'immense majorité des cas, des tumeurs de nature bénigne, et la guérison que donne leur ablation est définitive. Voilà la règle qu'il faut retenir sous peine d'égarer son jugement. Ceci bien établi, il est à coup sûr fort utile de savoir que l'ablation du kyste le plus bénin en apparence peut être à plus ou moins longue échéance suivie de récidive ou de généralisation.

Dans quels cas et dans quelles conditions cette malignité doit-elle être plus spécialement redoutée? Il est malheureusement impossible de le spécifier. A la

<sup>(1)</sup> PANAS, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1874.

<sup>(2)</sup> TERRILLON, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 255.

<sup>(3)</sup> POUPINEL, *Loc. cit.*

<sup>(4)</sup> AUDRY, *Récidives aberrantes et tardives des kystes de l'ovaire. Annales de gynéc. et d'obst.*, 1890.

<sup>(5)</sup> MICHAUX, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 819.

<sup>(6)</sup> POUPINEL, *Ann. de gyn.*, janvier 1890, p. 55.

<sup>(7)</sup> TERRILLON, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 404.

vérité, tous les auteurs<sup>(1)</sup> admettent que les kystes végétants très riches en proliférations papillomateuses intra- et surtout extra-kystiques sont particulièrement redoutables. Le fait est exact; toutefois ce n'est pas absolu, et Terrier, par exemple, a maintes fois opéré des malades chez lesquelles des productions papillaires extra-kystiques s'étaient greffées sur le rectum ou le ligament large, sans que la guérison se soit pour cela démentie<sup>(2)</sup>. Bouilly<sup>(3)</sup> pense que la malignité est surtout en rapport avec le séjour plus ou moins prolongé de la tumeur dans la cavité abdominale. Bref il est difficile d'affirmer la malignité d'un kyste sur la simple constatation de sa richesse en végétations papillaires, et comme les kystes les moins végétants sont par contre susceptibles de récidives, il en résulte que la caractéristique macroscopique de la malignité reste à déterminer.

L'histologie, à son tour, fait comprendre comment un kyste quelconque peut entraîner, soit la récurrence, soit la généralisation, puisqu'elle admet qu'il est presque toujours d'origine épithéliale, mais elle n'est certes pas en mesure de fournir les éléments d'un pronostic infaillible dans tel ou tel cas particulier. Toutefois, on peut dire avec Poupinel que si la généralisation est à la vérité susceptible de s'observer dans les kystes prolifères ordinaires, elle est incomparablement plus fréquente « lorsque dans la tumeur s'observent des productions adénoïdes, carcinoïdes ou colloïdes », productions qui attestent d'ailleurs que l'épithéliome kystique est en pleine activité de développement. En cas de néoformation adénoïde, la malignité est en quelque sorte plus locale alors que la généralisation des productions carcinoïdes offre plutôt les caractères de la véritable infection cancéreuse.

D'autres incertitudes se rencontrent dans l'étude des causes ou du mécanisme de la récurrence et de la généralisation. Quénu et Terrillon estiment que l'exiguïté du pédicule est un gage de bénignité. Dans ces conditions, dit Terrillon<sup>(4)</sup>, « le kyste semble vivre d'une vie propre, indépendante.... Il existe donc un véritable isolement qui doit avoir pour la propagation de la maladie et pour sa récurrence ultérieure une grande importance ». L'interprétation est sans doute plausible; elle serait analogue à celle que Labbé et Coyne ont proposée à propos de l'encapsulation des tumeurs du sein; mais jusqu'à plus ample informé elle n'en reste pas moins à l'état d'hypothèse. Il en est de même pour ce qu'on dit des greffes cancéreuses. Un des faits les plus probants à l'appui de cette théorie appartient à Nicaise<sup>(5)</sup>. A la suite de la ponction d'un kyste ovarique, il a vu « se faire un noyau de généralisation par greffe dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Quelques cellules avaient été entraînées par le trocart et s'étaient arrêtées dans la paroi abdominale, où elles avaient pululé ». Quelques faits sont justiciables d'une interprétation analogue, mais il est excessif de vouloir généraliser ce mécanisme de la récurrence. Le laps de temps qui s'écoule habituellement entre la récurrence et l'opération est trop long pour cela.

(1) PFANNENSTIEL, *Ueber die Malignität der papillaren Ovariengeschwülste. Verh. der deut. Gesell.*, 1875, p. 557. — DURET, *Congrès intern. de gyn. et d'obst.* Bruxelles, 1892, p. 555. — CAZENAVE, *Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale.* Thèse de Paris, 1895.

(2) TERRIER, *Ibid.*, 1885, t. XI, p. 275.

(3) BOUILLY, *Le pronostic des kystes végétants des ovaires. Sem. gyn.*, 1897, p. 545.

(4) TERRILLON, *Des récidives cancéreuses après l'ablation de quelques kystes de l'ovaire. Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 269.

NICAISE *Revue de chir.*, 1885.

Sans insister plus longtemps, on voit que la récurrence et la généralisation des kystes ovariques n'échappent pas aux incertitudes qui planent encore sur la physiologie pathologique des tumeurs récidivantes et malignes en général. En revanche, nous avons maintenant la preuve clinique de ces récidives ou de ces généralisations, et c'est beaucoup. Nous savons en effet que sous l'influence de la diathèse dont les kystes dérivent, et grâce au terrain sur lequel ils se développent, ils peuvent non seulement donner lieu soit à des récidives par repullulation, soit à des récidives par continuité de tissus, mais encore infecter l'organisme tout entier, se généraliser en un mot et provoquer ainsi la formation de tumeurs secondaires en des régions plus ou moins éloignées du foyer primitif. La connaissance de ces faits, dont l'étude se perfectionne tous les jours, offre la plus haute importance. Toutefois, je tiens à le répéter une dernière fois, il ne faudrait pas s'exagérer la fréquence de ces récidives ou de ces généralisations qui s'observent à peine dans la proportion de 2 à 5 pour 100 d'après les statistiques les plus récentes. La dénomination d'épithélioma appliquée au kyste ovarien a surtout la valeur d'une expression histologique. Cliniquement, les kystes de l'ovaire doivent être considérés comme des tumeurs le plus souvent bénignes, et la guérison qui suit leur ablation est certainement l'une des plus durables et des plus merveilleuses que notre intervention soit capable de conférer. La santé florissante de la majorité des opérées nous en donne tous les jours la péremptoire et victorieuse démonstration.

## CHAPITRE IV

### TUMEURS DES TROMPES, DES LIGAMENTS ROUNDS ET DES LIGAMENTS LARGES

#### I

#### TUMEURS DES TROMPES.

A. FIBROMES. — Les fibromes de la trompe sont très rares. Sanger et Barth n'ont pu en réunir que 5 cas<sup>(1)</sup>. Ils se développent généralement vers le péritoine et n'ont pas de tendance à oblitérer la cavité de l'oviducte.

B. ÉPITHÉLIOMES. — La dégénérescence maligne des trompes est le plus souvent secondaire; elle n'est qu'une propagation d'un cancer de l'ovaire, ou une métastase du cancer de l'utérus (Pozzi)<sup>(2)</sup>. C'est ainsi que sur 75 cas de cancer de l'utérus, Kiwisch<sup>(3)</sup> a relevé 18 fois la propagation aux trompes. Orthmann<sup>(4)</sup> a relevé 15 observations de cancer secondaire de la trompe, 9 fois l'utérus cancéreux en était le point de départ, 4 fois la propagation s'était faite par l'ovaire dégénéré.

(1) A. MARTIN, *Die Krankheiten der Eileiter*, p. 291.

(2) S. POZZI, *Loc. cit.*, 5<sup>e</sup> édit., p. 882.

(3) KIWISCH, cité par Pozzi, *Loc. cit.*, p. 882.

(4) ORTHMANN, *Centr. für Gyn.*, 1888, n<sup>o</sup> 21, p. 545.