

Drainage.

La cavité suppure et l'inflammation éliminatrice détache petit à petit les débris de la tumeur.

Ce procédé ne doit être choisi que comme pis-aller, car il donne lieu à une élimination prolongée et à une suppuration interminable, qui ne prennent fin souvent qu'à la mort de la malade.

Mieux vaut, si au début de l'opération on prévoit que ce procédé sera seul applicable, s'abstenir, mais quand on a commencé l'énucléation avec



Fig. 582. — Drainage après marsupialisation.

espoir de la mener à bien, on terminera par la marsupialisation, si, au cours de l'opération, on juge impossible de la compléter.

Ovariectomie disséminée. — L'ovariectomie disséminée s'adresse aux kystes papillaires; chaque tumeur végétante est liée à sa base par un fil de soie et détachée à l'aide de l'instrument tranchant.

On procède de la même manière pour toutes les tumeurs végétantes, jusqu'à ce qu'il n'en reste plus dans la cavité péritonéale.

L'ablation doit être complète, sinon la persistance d'une seule de ces tumeurs peut devenir le point de départ de la repullulation.

Le liquide ascitique étant évacué, on referme l'abdomen comme après toute laparotomie.

DANGERS, APPRÉCIATION, COMPLICATIONS. — Les trois principaux dangers de

l'ovariotomie, en dehors de l'hémorragie, sont les blessures de l'intestin, de la vessie et de l'urètre.

En cas d'ouverture de l'intestin, la plaie sera suturée à l'aide de points interrompus faits avec de la soie très fine.

Même précaution si la vessie a été ouverte; on fera de préférence la suture en deux étages, une pour la paroi musculaire, l'autre pour la séreuse. La suture continue à la soie est ici préférable à la suture à points interrompus.

L'accident le plus terrible pour l'opérateur est la *blessure de l'urètre*, à cause des difficultés qu'on éprouve à y porter remède. Si la blessure est superficielle, on se contentera de sutures fermant la plaie tout en respectant le canal urétériel. Mais si l'urètre est complètement ouvert, cette suture devient impossible, et l'introduction d'une sonde dans les deux bouts du canal déchiré est un procédé plus théorique que pratique. Mieux vaudra en pareil cas tenter d'aboucher l'urètre dans le vagin, dans le rectum ou dans la paroi abdominale vers sa partie latéro-postérieure; s'il y a impossibilité, on créera autour du bout divisé une petite cavité dans laquelle on pratiquera le tamponnement à la gaze iodoformée; on formera ainsi un petit réservoir qui, communiquant avec la plaie abdominale, permettra à l'urine de se déverser au dehors. Dans certains cas où l'opérée serait susceptible de supporter le traumatisme additionnel d'une néphrectomie, on pourrait la pratiquer dans la même séance par la voie transpéritonéale. Ces faits de blessures urétériennes sont des plus graves par leurs suites et entraînent le plus souvent la mort.

La gravité de l'ovariotomie dépend beaucoup des cas auxquels elle s'adresse.

Une ovariectomie pédiculée simple est bénigne et doit à peine donner 5 p. 100 de mortalité.

L'ovariectomie sessile devient de suite plus grave.

L'ovariectomie disséminée, contrairement à ce que la théorie pourrait faire prévoir, donne d'assez bons résultats quand l'opération est bien complète.

Les accidents susceptibles d'emporter la malade sont, après l'ovariectomie comme après toute laparotomie, l'hémorragie, la péritonite septique, le shock, la phlébite amenant l'embolie, les complications rénales, exceptionnellement le tétanos.

8. — PHYSOMÉTRIE

La *physométrie* ou le *physomètre*, encore dénommée *emphysème utérin*, *hystérophyse*, *tympanisme utérin*, est constituée par l'accumulation des gaz dans l'intérieur de la cavité utérine.

Cette affection très exceptionnelle peut se produire pendant la puerpéralité ou en dehors d'elle.

Pendant la puerpéralité, après la délivrance, l'utérus est vaste et l'air peut y pénétrer, mais il ne tardera pas à être expulsé par la contraction de

l'organe; dans le cours des suites des couches, un fragment placentaire ou autre peut donner naissance à la production de gaz putrides qui, si l'orifice utérin est obturé par un débris quelconque, s'accumuleront dans l'utérus et donneront lieu au physomètre.

En dehors de la puerpéralité, l'affection se présente avec les allures cliniques qu'indique bien l'observation suivante de *Yarrow*¹.

Une négresse de quarante-six ans, arrivée à l'époque de la ménopause et présentant un embonpoint assez considérable, n'avait pas eu ses règles depuis à peu près treize mois; d'après ses calculs, comme elle était certaine d'être enceinte, son terme était dépassé de quatre mois. Elle fit appeler un médecin en le priant de vouloir bien la faire accoucher. Ce médecin, quoique peu convaincu de la grossesse, fit appeler le Dr *Yarrow*, en lui demandant d'apporter tous les instruments nécessaires pour l'opération césarienne, au cas où cette opération serait indiquée. Après un examen attentif de la malade, l'opérateur, pour éclairer le diagnostic, introduisit un hystéromètre dans la cavité utérine, et quel ne fut pas son étonnement d'entendre sortir pendant près d'une demi-minute et avec impétuosité des gaz inodores provenant de l'utérus. Cette évacuation ramena l'utérus à ses proportions normales et la malade fut ainsi guérie.

Non moins intéressant est le cas publié par le Dr *Leyral* dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1862 :

La malade était âgée de vingt-quatre ans; quelques années auparavant accouchement, dont l'issue avait été heureuse. Elle se croyait de nouveau enceinte, puis au neuvième, dixième et onzième mois l'accouchement n'ayant pas lieu, elle fit appeler le Dr *Leyral* qui put constater une augmentation considérable de l'utérus, plus développé que ne le comporte une grossesse à terme; mais par la percussion de l'organe on avait de la sonorité, ce qui permit de diagnostiquer le contenu gazeux de l'organe. L'évacuation en fut difficile, car le col utérin soit par le doigt, soit par le spéculum pouvait à peine être atteint, et ce n'est qu'en plaçant la malade dans un bain et par des pressions énergiques sur l'abdomen qu'on put amener la sortie du contenu.

Comme pathogénie de cette affection, on a admis soit la sécrétion des gaz par la paroi utérine, soit la rétention des débris intra-utérins avec occlusion momentanée du canal cervical; ces débris en se putréfiant amènent le dégagement de gaz, qui s'accompagne ordinairement d'une odeur nauséabonde marquée.

Traitement : rétablir la perméabilité du canal utérin; laver la cavité utérine.

9. — HYDROMÉTRIE

Une femme aménorrhéique ou ayant franchi l'époque de la ménopause est atteinte d'endométrite.

¹ *Am. Journ. of obstetrics*, août 1883.

Pour une cause quelconque, l'orifice interne de l'utérus s'oblitére.

Toutes les mucosités vont forcément s'accumuler dans la cavité utérine, il se produit une *mucométrie*, ou si la sécrétion est plutôt séreuse, claire, de l'*hydrométrie*, nom générique sous lequel on englobe toutes les collections séro-muqueuses intra-utérines.

En cas d'endométrite purulente on aurait, par le même mécanisme, une *pyométrie*.

L'hydrométrie est un accident excessivement rare, auquel on remédiera soit en rétablissant la perméabilité du canal utérin alors que cela est possible, soit en ponctionnant l'utérus pour le débarrasser de son contenu.

10. — HÉMATOMÉTRIE

L'hématométrie ou accumulation de sang dans l'intérieur de l'utérus, résulte ordinairement d'une imperforation des organes génitaux et a été étudiée au chapitre *Malformations*.

Une autre variété pathogénique beaucoup plus rare peut provenir d'une oblitération accidentelle du col, par un polype ou par un rétrécissement cicatriciel, suite de cautérisations trop énergiques.

Dans l'un comme dans l'autre cas, la thérapeutique consiste à rétablir la perméabilité des voies génitales.

11. — KYSTES HYDATIQUES DE L'UTÉRUS

Il existe dans la science quelques cas de kystes hydatiques de l'utérus, et quelques cas encore plus rares de kystes simples.

Il nous suffit de signaler ici ces curiosités pathologiques.

12. — POLYPES MUQUEUX DE L'UTÉRUS

Les polypes muqueux, essentiellement distincts des polypes fibreux avec lesquels il ne faut pas les confondre, sont à la muqueuse utérine ce que les polypes fibreux sont à la paroi musculaire; les uns sont les polypes de la muqueuse, les autres les polypes de la musculaire.

Ils sont constitués par une malformation et une hypertrophie des glandes de la muqueuse utérine, et peuvent siéger au niveau du corps comme au niveau du col.

Leur volume varie de celui d'une lentille à celui d'une noix, exceptionnellement ils deviennent plus gros.

Tantôt uniques et isolés, ils sont le plus souvent multiples.

Les différentes formes qu'ils peuvent affecter sont esquissées par les figures ci-jointes.

Figure 583. — Volumineux polypes muqueux, implantés sur le col de l'utérus et faisant saillie dans le vagin, ainsi que l'indique la figure 584.

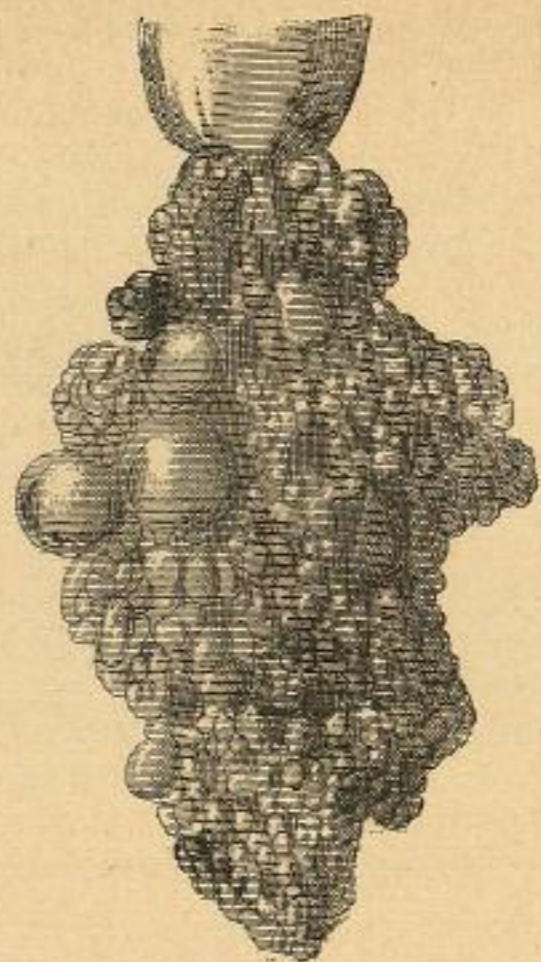


Fig. 583. — Polypes glandulaires (G. Thomas).

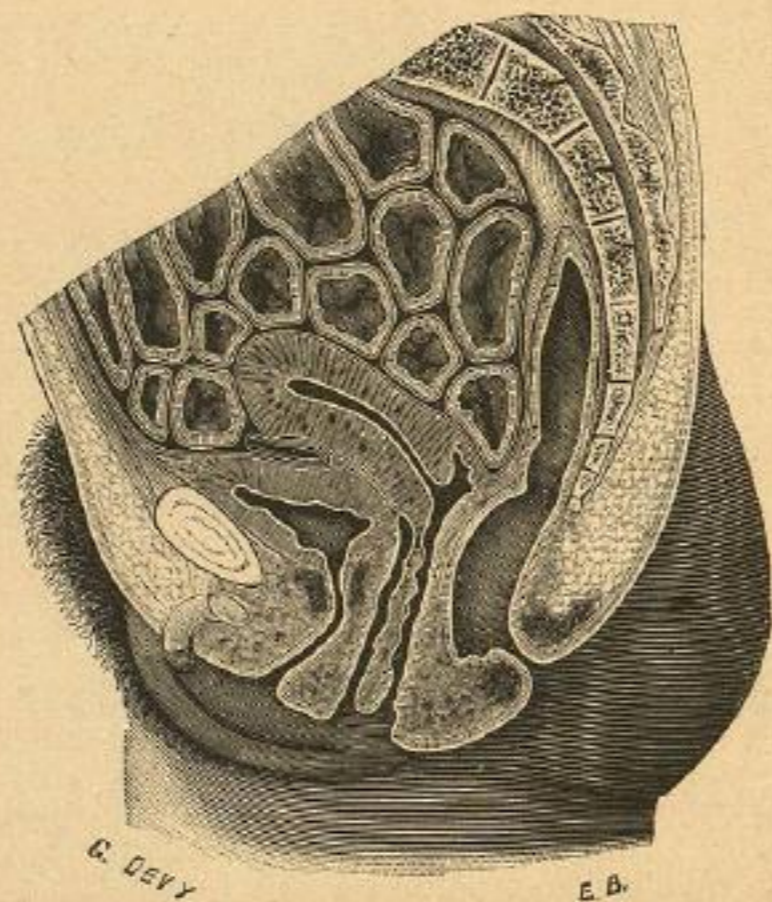


Fig. 584. — Polypes glandulaires appendus à la levre antérieure de l'utérus (Schroeder).

Figure 585. — Petits polypes muqueux implantés dans la cavité cervicale et faisant saillie à travers l'orifice externe.



Fig. 585. — Polypes muqueux d'origine intra-cervicale et s'échappant à travers l'orifice externe (Schroeder).

Figure 586. — Petits polypes muqueux implantés dans la cavité cervicale et ne faisant pas saillie à travers l'orifice externe.



Fig. 586. — Polypes muqueux intra-cervicaux (J.-Y. Simpson).

Figure 587. — Polypes muqueux constituant un véritable semis dans toute la cavité utérine.

La consistance et le faible volume de ces polypes muqueux empêchent de les confondre avec les polypes fibreux.

Le microscope seul permettra de les distinguer de certaines productions malignes pédiculées et des restes de placentas constituant ce qu'on a désigné

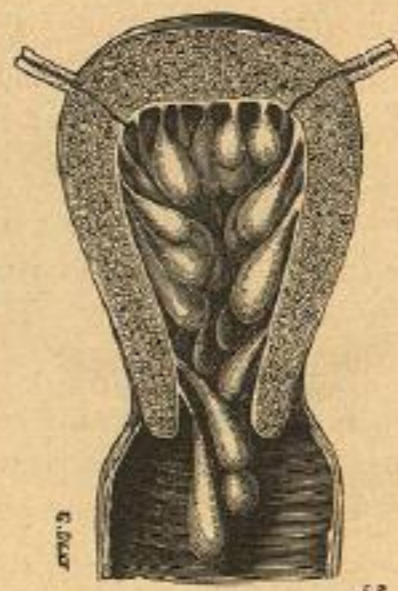


Fig. 587. — Polypes muqueux multiples occupant la cavité utérine (Beigel).

sous le nom de *polypes placentaires*; dans ce dernier cas la méprise est d'ailleurs de faible importance, car le traitement et le pronostic sont identiques.

Les polypes muqueux sont ordinairement la conséquence de l'endométrite chronique avec laquelle ils se confondent au point de vue des symptômes subjectifs.

Le traitement est essentiellement chirurgical et consiste dans le curage complet et soigné de la cavité utérine.

Ces polypes tombent sans difficulté sous l'action de la curette.

Ils récidivent rarement, quand ils ont été bien complètement enlevés.

43. — HYDROSALPINX — 44. HÉMATOSALPINX — 45. PYOSALPINX

La cavité des trompes peut devenir kystique par l'oblitération de ses deux extrémités, et être distendue par de la sérosité, du sang ou du pus.

On a alors :

Collection séreuse : *Hydrosalpinx*;

Collection sanguine : *Hématosalpinx*;

Collection purulente : *Pyosalpinx*.

Ces collections sont fréquentes au niveau de la trompe, contrairement à ce qu'on observe pour l'utérus où elles sont rares; elles font partie de la pathologie courante des trompes.

PATHOGÉNIE

Hydrosalpinx. — L'origine peut être puerpérale ou apuerpérale.

Puerpérale. — Une grossesse tubaire se développe, puis l'embryon suc combant à un stade peu avancé se résorbe; il reste un œuf clair comme on en rencontre dans certains cas de grossesse utérine.

Apuerpérale. — Il se produit une salpingite catarrhale; sous l'influence du processus inflammatoire, la trompe s'obture à ses deux extrémités, la sécrétion muco-séreuse s'accumule et s'enkyste dans l'intérieur du canal tubaire; la pathogénie est analogue à celle de l'hydrométrie.

Hématosalpinx. — Deux origines semblables :

Puerpérale. — Grossesse tubaire, hémorragie se faisant autour de l'œuf, entravant son développement et le faisant disparaître. L'œuf, cause de tous les désordres, est détruit; la collection sanguine persiste seule.

Apuerpérale. — Les écoulements sanguins sont fréquents à la surface des trompes, normaux au moment de la menstruation, pathologiques quand ils résultent d'une salpingite hémorragique ou de la rupture d'une varice ou d'un traumatisme.

Si la trompe est perméable, le sang s'écoule par les voies normales hors des organes génitaux.

Si l'ouverture utérine est obturée, reflux dans le péritoine et hématocele intra-péritonéale.

Si enfin les deux extrémités de la trompe sont closes, formation de l'hématosalpinx.

Pyosalpinx. — Toute inflammation purulente de la trompe aboutit au pyosalpinx, quand les deux extrémités du conduit tubaire sont obturées.

Les origines les plus habituelles de la suppuration sont la blennorrhagie, la septicémie puerpérale, la septicémie accidentelle à la suite d'une exploration ou intervention non aseptique, enfin la tuberculose.

Quant à l'oblitération de la trompe, elle résulte du processus inflammatoire même.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quand le kyste tubaire est constitué, une seule (fig. 588) ou les deux trompes étant pathologiques (fig. 589), le contenu tantôt reste stationnaire (hydrosalpinx), tantôt se résorbe (hématosalpinx), tantôt augmente de volume (pyosalpinx).

L'orifice utérin de la trompe peut être incomplètement obturé, de telle sorte que le contenu, de même que l'urine dans l'incontinence avec rétention s'échappe d'une façon intermittente ou continue dans l'intérieur de l'utérus; on observe ainsi des écoulements séreux ou purulents intermittents ou con-

tinus, se faisant par les voies génitales et n'ayant d'autre origine que la trompe.

Certains cas d'hydorrhée en dehors de la puerpéralité doivent vraisemblablement avoir cette origine tubaire, il y a hydrosalpinx avec salpingorée, de même qu'il peut y avoir hydorrhée avec hydrométrie.

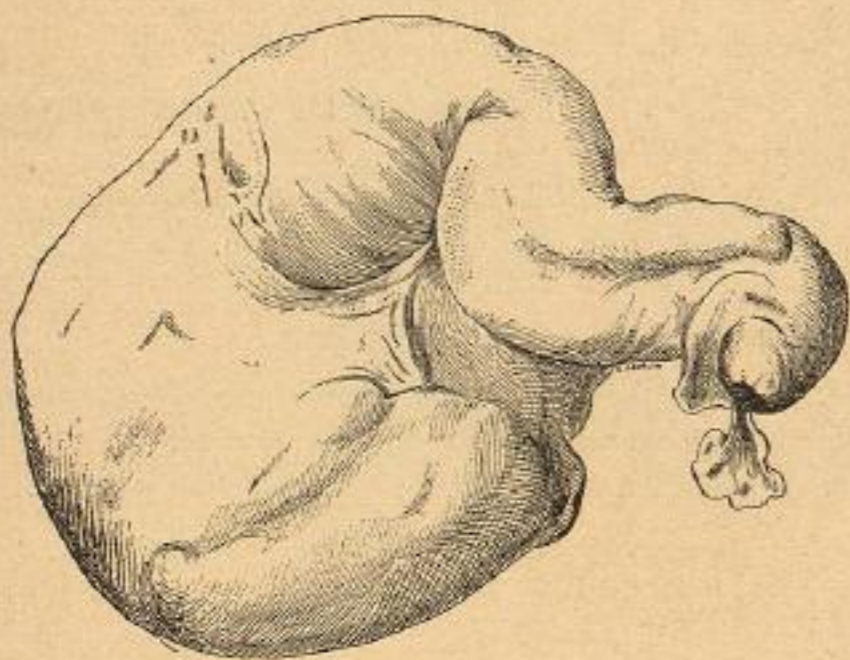


Fig. 588. — Pyosalpinx (Pozzi).

La trompe kystique, tantôt reste dans sa situation normale, tantôt s'incline en arrière vers ou dans la cavité de Douglas, tantôt et plus rarement en avant dans les parages de la vessie.

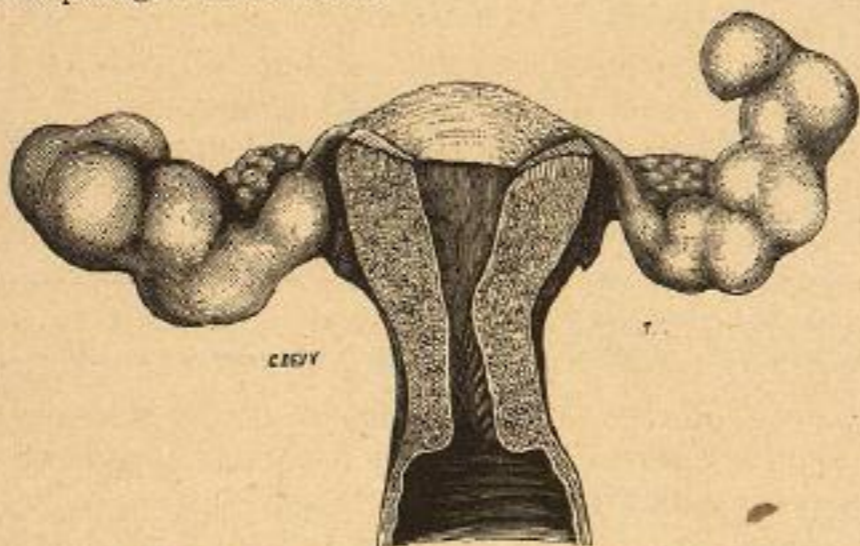


Fig. 589. — Hydrosalpinx double (Schroeder).

L'inflammation péri-tubaire n'est pas rare, surtout avec le pyosalpinx. L'ovaire, dans ce dernier cas, est même le plus ordinairement pathologique, son inflammation contemporaine de celle de la trompe évolue en même temps qu'elle; l'ovaire est confondu dans une masse inflammatoire avec le pavillon de la trompe, de telle sorte que le *pyosalpinx* est le plus souvent un *pyo-oophoro-salpinx*, ainsi que la figure 590 en montre un exemple.

Les adhérences, qui se forment autour de la tumeur salpingo-ovarique, fixant la tumeur au péritoine voisin, deviennent le point de départ d'une pelvi-péritonite d'intensité variable et rendent l'intervention chirurgicale difficile et périlleuse.

L'inflammation, au lieu de se propager au péritoine, peut envahir le tissu cellulaire du ligament large, et à la place de pelvi-péritonite on observe alors

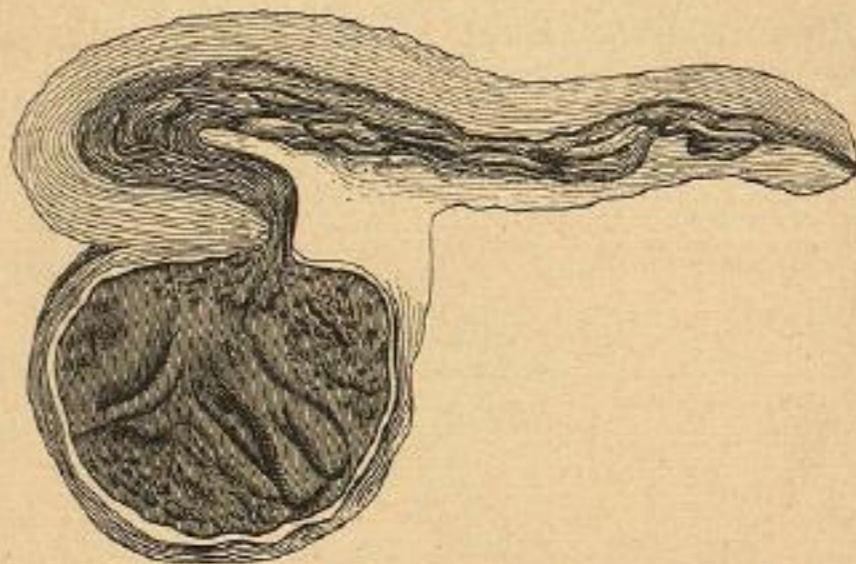


Fig. 590. — Pyosalpinx. Communication de la trompe et de l'ovaire abcédés (Orthmann).

les accidents de cellulite pelvienne, rayonnant autour de la trompe malade, qui joue le rôle d'épine pathologique.

On a admis que l'hématosalpinx pouvait se transformer en hydro- ou en pyosalpinx; dans le premier cas, le sérum du sang persisterait seul dans la tumeur, les autres éléments étant résorbés; dans le second, dont l'existence est plus fréquente, il y aurait suppuration de l'hématome.

L'hydrosalpinx est également susceptible de suppurer et d'aboutir au pyosalpinx.

Quand la collection purulente est constituée, elle peut rester stationnaire, grossir lentement, enfin s'ouvrir dans un organe voisin (péritoine, intestin, utérus, ligament large, vessie), avec accidents variables suivant le siège de la rupture.

Parfois le pyosalpinx guérit spontanément, quand la communication se rétablit avec l'utérus, mais cette heureuse terminaison est rare.

D'Hotman¹ a signalé l'existence des kystes tubaires, soit séreux, soit purulents, qui peuvent se développer dans la paroi même de la trompe, et non dans son canal. Ces kystes auraient pour origine les espaces lymphatiques ou le débris du corps de Wolff. Malheureusement leur diagnostic clinique est jusqu'à présent impossible et ne saurait être fait avec les collections intra-tubaires.

¹ Thèse de Paris, 1892.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC

Une femme nous consulte pour un ensemble de symptômes rappelant à des degrés divers ceux de l'inflammation utérine; nous pratiquons l'examen génital, et trouvons sur l'un ou les deux côtés de l'utérus, une tumeur allongée en forme de *virgule recourbée*, dont la base partirait du cul-de-sac de Douglas ou de son voisinage, le sommet aboutirait à la corne utérine, et la partie concave regarderait le corps de l'utérus.

La tumeur est tantôt lisse, élastique, parfois fluctuante, arrivant au volume d'une orange, jusqu'à une tête de fœtus, le plus souvent moniliforme, donnant l'impression d'une série de fruits qu'on aurait enfilés ensemble, le plus petit du volume d'une groseille et le plus gros d'une prune; la tumeur grossit à mesure qu'on s'éloigne de la corne utérine, c'est-à-dire à mesure qu'on se rapproche du pavillon de la trompe.

La figure 589 explique assez bien à la vue la sensation qu'on doit éprouver au doigt en pareil cas (sauf la direction de la trompe malade, déviée de sa position habituelle pour rendre la figure plus intelligible).

L'union de la tumeur à l'utérus nous indique que la tumeur est salpingienne, et non simplement ovarique, car, dans ce dernier cas, elle serait nettement distincte de l'utérus, le trait d'union salpingien n'existerait pas.

Il est difficile de dire dans ces tumeurs salpingiennes si l'ovaire est intact ou pris, cette connaissance nous intéresse peu au point de vue thérapeutique, car elle ne modifie pas la conduite à tenir.

Il existe une tumeur salpingienne, il s'agit de savoir :

- 1° Si cette tumeur est kystique;
- 2° Quel est le contenu du kyste.

1° La tumeur est-elle kystique?

Toute tumeur de la trompe présentant un calibre supérieur à celui de l'index peut être considérée comme un kyste salpingien, car les salpingites catarrhales et parenchymateuses n'atteignent pas ou bien rarement ce volume, à moins d'inflammation aiguë avec périsalpingite.

Le volume de la trompe sera d'ailleurs en pratique le principal, presque le seul élément d'appréciation, car contrairement à ce que la théorie pourrait faire supposer, il est rare dans les kystes salpingiens de trouver de la fluctuation, à moins que la collection liquide ne soit abondante et dépasse le volume d'une pomme.

2° Quel est le contenu du kyste? Pus, sérosité ou sang?

Si l'affection est survenue à la suite d'un accouchement, surtout avec une septicémie avérée, si elle est encore survenue après une blennorrhagie, si la malade est pâle, anémiée et a les signes d'une suppuration chronique, si du pus s'écoule par l'utérus indiquant l'existence d'une endométrite ancienne et purulente, si enfin la température présente le soir une élévation anormale, le diagnostic du contenu purulent n'est pas douteux.

Mais le pyosalpinx peut se montrer sans fièvre ou avec une très légère élévation de température; ces symptômes atténués, à côté des cas nets et non douteux, rendent d'autres cas très difficiles à diagnostiquer et laissent le gynécologue perplexe jusqu'à la laparotomie, qui devient en quelque sorte exploratrice en même temps que curatrice.

Landau¹ a insisté sur un signe spécial qui permettrait de reconnaître l'hydrosalpinx.

Dans les cas où cette variété de tumeur existe, l'utérus semble à l'examen digital, reposer sur un coussin à air, d'où une sensation d'élasticité et de ressort pathognomonique.

Ce signe n'existerait d'ailleurs qu'en l'absence d'adhérences.

Un autre signe pathognomonique, mais exceptionnel, est constitué par l'écoulement de la sérosité à travers les voies génitales, alors qu'on comprime la tumeur.

Quand les symptômes douloureux sont faibles, que l'écoulement génital est non purulent mais muqueux, que l'affection a suivi une marche essentiellement chronique sans épisode pathologique saillant, quand en outre la santé générale est bonne et qu'il n'y a pas de fièvre, l'hydrosalpinx devient probable.

Dans les cas douteux sur le contenu du kyste salpingien, une ponction exploratrice, faite avec toutes les précautions de l'antisepsie la plus rigoureuse, afin d'éviter les complications, pourra sans aucun danger élucider le diagnostic.

Si enfin on constate un kyste salpingien après un début apparent de grossesse, et s'il y a eu des phénomènes brusquement douloureux, avec apaisement graduel, l'hématosalpinx est plus vraisemblable; la même crise douloureuse aiguë pourra, en dehors des symptômes de grossesse, faire croire à l'hématosalpinx.

La marche sera dans les cas douteux d'un heureux secours pour compléter le diagnostic.

La diminution progressive de la tumeur est en effet assez fréquente dans l'hématosalpinx, l'état stationnaire ou très lentement progressif dans l'hydrosalpinx, et au contraire l'augmentation avec crises intermittentes dans le pyosalpinx.

TRAITEMENT

En principe, le *pyosalpinx* doit être traité chirurgicalement, l'hydrosalpinx médicalement à moins qu'il n'augmente progressivement ou qu'il ne soit la source de symptômes trop pénibles; l'hématosalpinx, médicalement aussi à moins de complications.

Le traitement du pyosalpinx a été précédemment examiné en détail à propos des suppurations pelviennes (voir p. 290), il est donc inutile d'y revenir ici.

Quant à l'*hydrosalpinx* et à l'*hématosalpinx*, on est actuellement d'accord pour les traiter :

Soit par l'expectation simple;

¹ Congrès de Berlin, 1890.

Soit par la laparotomie, ayant pour but l'extirpation de la tumeur, comme s'il s'agissait d'un pyosalpinx, le manuel opératoire étant d'ailleurs le même que dans ce dernier cas.

Jusqu'à présent, la place réservée à la simple ponction au point de vue curatif est à peu près nulle, on ne l'applique que comme exploration, et en en restreignant l'usage autant que possible; il est probable cependant qu'avec les progrès du diagnostic gynécologique, on reviendra de plus en plus à ce moyen trop délaissé, qui lasse quelquefois la patience du chirurgien un peu pressé de recourir au bistouri, mais qui peut être suffisant pour la cure de certains hématosalpinx et surtout hydrosalpinx.

Je mentionnerai simplement en terminant le massage et la dilatation utérine qui seront applicables à l'hydrosalpinx et même à l'hématosalpinx.

Le massage devra être fait de telle sorte qu'on soulève la tumeur en même temps qu'on la comprime dans la direction de l'utérus, de manière à corriger les courbures de la trompe, et à favoriser l'écoulement du liquide dans la cavité utérine.

La dilatation de l'utérus prolongée pendant plusieurs jours à l'aide de laminaires et du tamponnement à la gaze iodoformée pourra, dans certains cas, déboucher la trompe obturée et amener l'évacuation du contenu salpingien.

Le cathétérisme des trompes qui a été également préconisé en pareil cas est, jusqu'à nouvel ordre, à laisser de côté, car avec les procédés actuels il constitue encore une intervention difficile et dangereuse.

46. — PAPILLOME DES TROMPES

Les papillomes ou végétations, développés dans l'intérieur des trompes



Fig. 591. — Papillome de la trompe (Dolérès).

(fig. 591), constituent, d'après *Doran*, une production distincte des kystes végétants de l'ovaire.

Ces papillomes d'une grande rareté ne méritent qu'une simple mention.

47. — KYSTES NAINS DE L'OVAIRE

Il existe trois variétés de ces kystes, mais une seule, la dernière, a de l'importance clinique.

Les premiers, du volume d'un pois à une prune, se développent soit dans l'hydatide de Morgagni, soit dans le parovarium.

Les seconds, formés dans la vésicule de De Graaf aux dépens du corps jaune, peuvent atteindre le volume d'une petite pomme. — Ces kystes ne causent aucun trouble pathologique et sont accidentellement rencontrés à l'autopsie ou à la laparotomie faite pour une autre affection.

Les troisièmes, au contraire, formés par la *dégénérescence scléro-kystique* ou *séro-kystique* de l'ovaire, méritent une description plus étendue.

La dégénérescence séro-kystique de l'ovaire (fig. 592), encore dénommée *hydropisie*, *hydroovarie folliculaire*, *maladie kystique de l'ovaire*, trans-

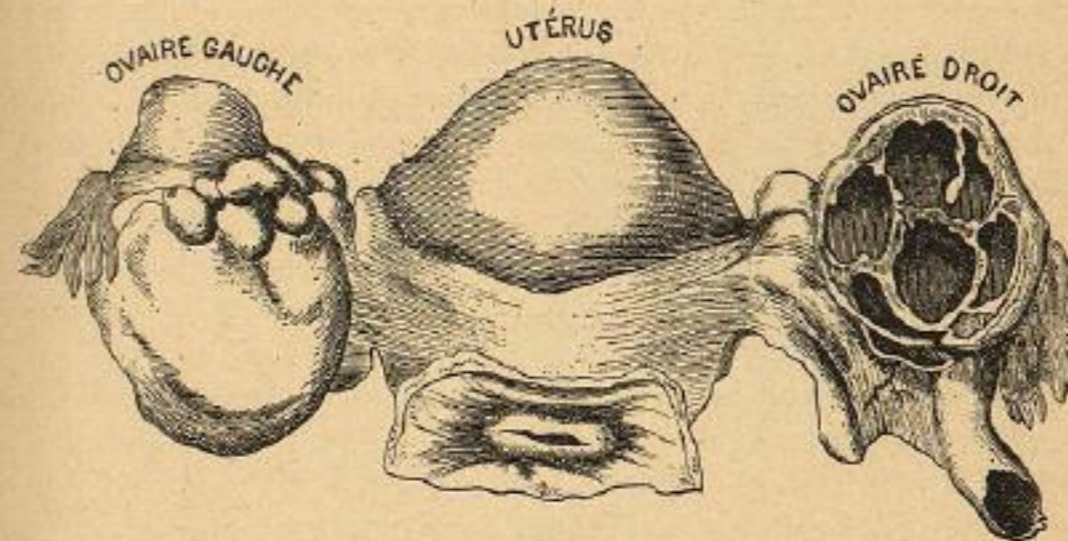


Fig. 592. — Dégénérescence séro-kystique des deux ovaires; ovaires scléro-kystiques (Hooper).

forme l'ovaire en une série de petits kystes du volume d'une lentille à une noisette, remplis de sérosité, et constituant par leur masse une tumeur dont le volume dépasse rarement celui d'une orange, mais qui peut exceptionnellement atteindre celui d'une tête de fœtus.

L'affection est ordinairement bilatérale.

Cette maladie, constituée par la transformation kystique des vésicules de De Graaf, est ordinairement la suite d'une inflammation chronique qui, à côté des kystes, amène la sclérose de l'ovaire.

Les *symptômes* sont ceux de l'ovarite chronique; au toucher, on trouve les ovaires douloureux, augmentés de volume, le plus souvent prolapsés dans le cul-de-sac de Douglas ou dans son voisinage.

Les trompes sont habituellement normales, de telle sorte que le doigt ne sent pas de trait d'union entre la tumeur et l'utérus, l'organe et la masse pathologique sont distincts, quoique rapprochés l'un de l'autre.

Ces tumeurs sont essentiellement bénignes et comme nature et comme développement, puisqu'elles ne dépassent pas le volume d'une tête de fœtus, néanmoins les troubles douloureux qu'elles causent sont souvent suffisants pour nécessiter leur extirpation, qui, d'ailleurs, ne présente pas plus de dangers qu'une castration normale.

A côté de l'hydroovarie que nous venons d'étudier existent :

l'hématoovarie (ovaire hémato-kystique),

la pyoovarie (ovaire pyo-kystique),

dans lesquelles le contenu des petits kystes ovariens diffère seul, étant du sang dans le premier cas et du pus dans le second.

Les uns sont causés par des hémorragies intra-ovariennes, les autres par l'inflammation suppurative de l'ovaire.

Ces trois variétés de dégénérescence kystique de l'ovaire, d'origine d'ailleurs inflammatoire, répondent aux variétés analogues qu'on trouve pour la trompe et pour l'utérus :

OVAIRE	TROMPE	UTÉRUS
Hydroovarie,	Hydrosalpinx,	Hydrométrie.
Hématoovarie,	Hématosalpinx,	Hématométrie.
Pyoovarie,	Pyosalpinx,	Pyométrie.

Les symptômes de l'hématoovarie et de la pyoovarie diffèrent peu de ceux de l'hydroovarie ou ovaire seléro-kystique, ce n'est guère qu'après opération et ablation de la tumeur qu'on pourra d'une façon précise diagnostiquer le contenu séreux, sanguin ou purulent des petits kystes ovariens.

L'indication thérapeutique est d'ailleurs la même dans les trois cas, de telle sorte que le diagnostic préopératoire ne présente qu'une importance secondaire.

L'indication de l'opération, seul mode de guérison, dépendra de l'intensité même des troubles pathologiques éprouvés par la femme.

L'opération se fait comme une castration normale. (Voir cette opération.)

18. — FIBROMES DE L'OVAIRE

Contrairement à ce qu'on observe à l'utérus, le fibrome ne forme pas au niveau de l'ovaire une tumeur limitée, il envahit l'organe en bloc; l'ovaire subit en entier la dégénérescence fibreuse.

La tumeur libre, pédiculée par rapport au ligament large, malgré sa bénignité, provoque en général de l'ascite.

Son volume ne dépasse pas celui d'une tête de fœtus, à moins qu'il n'y ait dégénérescence en sarcome, transformation en tumeur maligne.

Toutefois dans le cas suivant de *Jacobs*¹ que je publie *in extenso* pour fixer l'esprit sur l'aspect clinique de cette affection, le volume était plus considérable sans qu'il y ait cependant dégénérescence.

¹ Société Belge de Gyn. et obst., 28 mai 1893.

« La malade, âgée de cinquante-neuf ans, a eu un enfant il y a trente-quatre ans. Santé générale excellente, n'a jamais souffert du ventre jusque dans ces dernières années. Ménopause régulière à cinquante et un ans. Le docteur Dorff, de Bruxelles, lui a fait le 23 octobre 1890, une opération vaginale pour fibrome intra-utérin, le 7 juin 1891, une deuxième extraction d'un fibrome par la voie vaginale.

« En septembre 1892, elle vint me consulter, se plaignant de l'augmentation rapide de volume du ventre, de gêne dans la marche, mais avec absence de

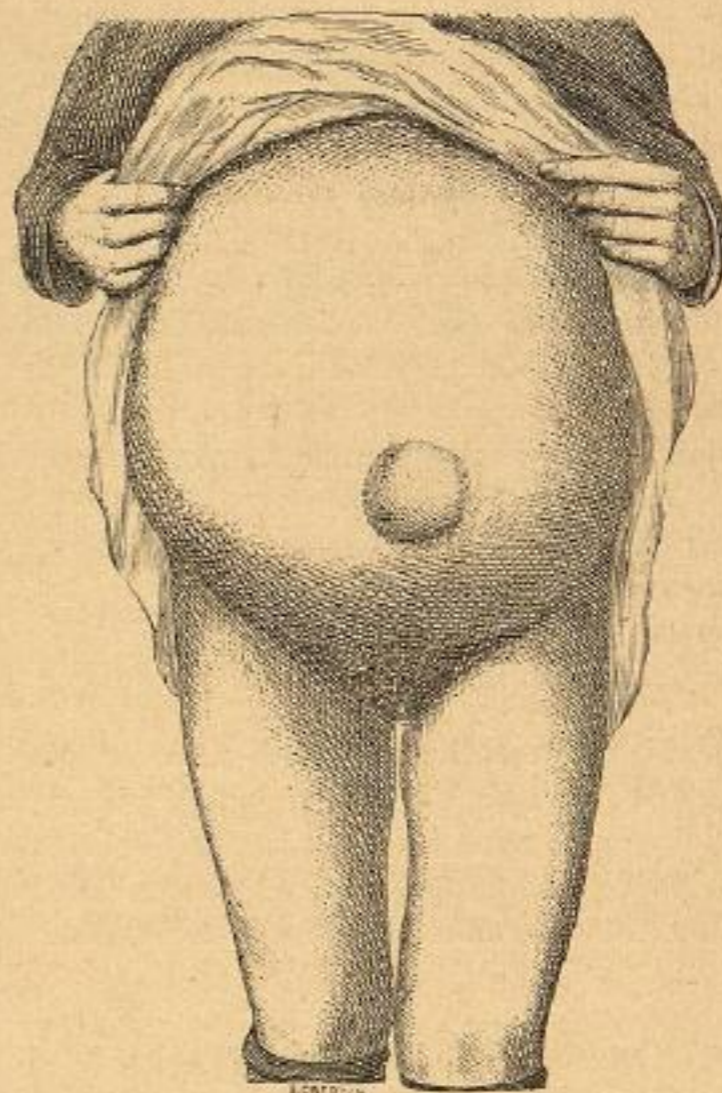


Fig. 593. — Fibrome ovarien (Jacobs).

douleurs. Je constate à l'examen l'existence d'un gros myome sous-muqueux utérin, faisant hernie à l'orifice externe du col, effacé en partie sur lui. Légères métrorragies. Prolapsus vaginal postérieur. Le corps utérin est volumineux, mobile. Du côté gauche, le cul-de-sac vaginal est en partie effacé par une tumeur, peu mobile, non douloureuse, bosselée et occupant tout le petit bassin de ce côté.

« Je posai le diagnostic de fibromes utérins multiples et conseillai l'intervention.

« Je ne revis la malade que le 10 mai 1893. Alitée, il lui était impossible

« de se mouvoir, le ventre, énormément distendu, était le siège de douleurs intenses, profondes, constipation opiniâtre, inappétence, vomissements.

« A l'examen, col effacé et laissant passer un polype volumineux, prolapsus vaginal énorme, corps utérin volumineux ne dépasse cependant guère le pubis. Dans l'abdomen ascite considérable et par un examen profond, tumeurs dures, mobiles, nombreuses, disséminées, que je suppose d'origine utérine.

« Cœliotomie (c'est-à-dire laparotomie) le 12 mai 1893. Ecoulement de 20 litres environ d'un liquide ascitique clair. Extraction laborieuse d'une tumeur énorme (6 kil. 400), à noyaux multiples (40 à 50) variant du volume d'un œuf de poule à celui d'une tête d'enfant. Cette tumeur était adhérente aux anses intestinales, dont je la détachai au thermocautère, et remplissait toute l'excavation pelvienne. La partie en contact avec le promontoire est atteinte de dégénérescence calcaire. Enfin, cette énorme masse n'était reliée à l'utérus que par la trompe gauche, volumineuse, dont je fis l'ablation en même temps.

« Suites de l'opération des plus simples. La malade se lève le 21 mai. Par l'examen de la tumeur, nous pouvons déterminer sa nature fibreuse. La trompe a conservé toute son indépendance, au contraire de ce qui se passe dans les kystes de l'ovaire.

« Des cas semblables ont été rapportés par Léopold¹, Spencer Wells², Spiegelberg³, Monod⁴, Martin⁵ et Alban Doran⁶.

« La rapidité de reproduction des fibrômes et la présence de plusieurs petits fibrômes disséminés sur la paroi abdominale interne, laisseraient croire, dans ce cas, à une fibromatose véritable. (J'ai opéré depuis cette malade d'un fibrôme utérin par le vagin et de deux fibrômes du vagin.) »

Cette tumeur, d'ailleurs exceptionnelle, sera souvent difficile à diagnostiquer avec un kyste de l'ovaire au début ou un polype sous-séreux de l'utérus.

La laparotomie, indiquée dans les trois cas, quand la femme éprouve un trouble réel de la part de sa tumeur, sera en même temps exploratrice et curatrice. L'ablation se fait comme celle d'un kyste ovarien.

19, 20. — HYDROCÈLE ET FIBROMES DU LIGAMENT ROND

Les kystes du ligament rond sont rares ; ils siègent le plus souvent dans la partie terminale du ligament, c'est-à-dire dans le trajet inguinal ou à l'orifice inguinal externe.

Ils se développent soit dans l'épaisseur même du ligament, soit dans les débris du conduit péritonéal de Nuck, prolongement péritonéal qui accom-

¹ Léopold. *Archiv. f. Gyn.*, 1874, t. VI.

² Spencer Wells. *Des tumeurs de l'ovaire*, 1893.

³ Spiegelberg. *Monatschrift f. Geb. und. Gyn.* Bd. XXVIII.

⁴ Monod. *Bullet. Soc. de chir.*, 1889, 13 novembre.

⁵ Martin. *Traité de Gyn.*

⁶ Alban Doran. *Brit. med. J.*, 1888, 8 juin.

pagne le ligament rond pendant la vie intra-utérine, et constitue une hydrocèle tantôt facilement, tantôt difficilement réductible¹; le canal de communication étant très fin et plus ou moins encombré de replis valvulaires tantôt irréductibles.

Traitement : l'ablation au bistouri avec anesthésie locale est préférable à la ponction suivie de l'injection d'un liquide irritant.

Le ligament rond, étant un cordon musculaire, peut devenir l'origine de *myômes*, qui occupent ordinairement l'espace compris entre l'ouverture externe du canal inguinal et l'insertion inférieure de ce ligament.

Ces tumeurs sont peu connues ; en parcourant les auteurs on n'en trouve qu'un petit nombre de faits.

Duplay² assigne à ces tumeurs les symptômes suivants : masse plus ou moins volumineuse, tantôt pédiculisée, tantôt sessile, à développement lent et sourd ; leur surface est tantôt lisse, tantôt lobulée, de consistance fibreuse.

Aucun changement ne se produit sous l'influence de la toux. Elles peuvent augmenter de volume pendant la grossesse ou pendant les règles.

Ordinairement indolence à la pression ; douleurs spontanées plus ou moins vives, tantôt continues, tantôt intermittentes ; parfois des douleurs irradiées dans les membres inférieurs, dans la région lombaire.

Le sac dartoïque, dans l'intérieur duquel elles se développent, permet les mouvements de haut en bas et de droite à gauche, mais empêche ceux d'arrière en avant.

Le diagnostic de ces tumeurs doit être fait avec la hernie graisseuse, l'épilocèle irréductible, la hernie de l'ovaire ; ce diagnostic sera souvent des plus difficiles.

Comme thérapeutique, l'extirpation est le seul remède ; elle est en général facile.

21. — ÉCHINOCOQUES DU LIGAMENT LARGE

Les échinocoques sont une rareté pathologique au niveau du petit bassin.

Ils se développent en une région quelconque du tissu cellulaire pelvien, le plus souvent autour du rectum.

Autour d'eux se forme une inflammation, qui donne un peu à l'affection les allures d'un phlegmon chronique de la région.

Le traitement consistera à enlever le kyste par la voie qui le rend le plus accessible et, après évidemment, à traiter la cavité qui le contenait comme celle d'un abcès.

22. — VARICOCÈLE DU LIGAMENT LARGE

Le varicocèle du ligament large, encore dénommé varicocèle pelvien

¹ Voir un cas intéressant publié par Richelot. *Union médicale*, 2 octobre 1890.

² *Tumeurs du ligament rond (Archives générales de médecine)*, mars 1882.

d'après l'étude qu'en a faite récemment *Roussan*¹, serait plus fréquent qu'on ne le suppose en général.

Il survient le plus ordinairement sous l'influence de causes locales : grossesse, fibrome, tumeur de l'ovaire, en un mot toute tumeur abdominale susceptible de gêner la circulation de retour ; on l'observerait aussi sans cause locale sous l'influence de l'état général du sujet, par exemple l'arthritisme qui prédispose, comme on le sait, aux dilatations veineuses.

Ce varicocèle, qui atteint les veines utérines et les utéro-ovariennes, amène du côté de l'utérus une congestion chronique qui simule la métrite, et qui se traduit surtout par des ménorragies et des métrorragies, pseudo-métrites qu'il faut se garder de traiter par les moyens habituels à ce genre d'affection sous peine d'échec. Du côté de l'ovaire il se produit d'abord une phase de congestion et d'hypertrophie à laquelle succède une atrophie définitive.

Les *symptômes* accusés par la femme sont : une pesanteur dans le petit bassin, qui disparaît dans la position horizontale, et apparaît au contraire dans la position verticale pour atteindre son maximum après toute fatigue ; les règles et toute métrorragie amènent par la déplétion sanguine un certain soulagement.

À l'examen direct on a pu sentir parfois une sorte d'empâtement au niveau du ligament large, mais cette sensation, si elle existe, n'est pas suffisamment nette pour permettre le diagnostic qui s'établira surtout par le caractère de la douleur ci-dessus énoncée.

Il y a ordinairement coexistence de varices vulvaires.

Le *traitement* consiste en injections vaginales chaudes à 50° et en lavements froids.

Application dans le vagin de gros tampons imbibés de glycérine.

Le massage et l'électricité faradique seront d'un heureux secours, alors qu'ils sont pratiqués suivant les règles voulues et pendant un laps de temps suffisant.

Comme médication générale on aura recours à l'iodure de potassium ou à la teinture d'hydrastis canadensis (30 gouttes par jour) ou d'hamamelis virginica (10 gouttes) et dans quelques cas enfin à l'ergot de seigle.

Les eaux thermales telles que Salies de Béarn, Salins, pourront être d'un heureux secours.

Dans les cas rebelles à tout traitement et où les douleurs éprouvées par la femme sont suffisantes pour imposer un traitement actif on aura recours comme ultime ressource à la castration tubo-ovarienne.

¹ *Du varicocèle pelvien*. Paris, 1892.

23, 24. — FIBROMES ET LIPOMES DU LIGAMENT LARGE

D'après *Lang*¹ les tumeurs solides des ligaments larges doivent être classées comme il suit :

- | | | |
|------------------------------|---|-------------------|
| — Fibromes ou fibromyomes | } | Tumeurs bénignes. |
| — Myomes kystiques | | |
| — Lipomes | | |
| — Sarcômes ou fibrosarcômes | } | Tumeurs malignes. |
| — Sarcômes kystiques | | |
| — Epithéliômes ou carcinômes | | |

Les fibromes peuvent se développer dans l'épaisseur du ligament large où il existe des éléments musculaires, mais la plupart de ceux qu'on rencontre à l'état libre sont des fibromes utérins détachés. — Même traitement que pour ces derniers.

Les lipomes sont ici des tumeurs très exceptionnelles donnant lieu à une fausse fluctuation et faisant croire à l'existence d'un kyste. — Traitement : ablation s'ils causent des troubles sérieux.

Quant aux tumeurs malignes elles sont toujours ou presque toujours secondaires.

¹ *Des tumeurs solides primitives du ligament large*. Nancy, 1892.