

que nous allons examiner, ou bien par suite d'une aggravation progressive de l'état général et des phénomènes de septicémie lente (A. Martin, de Berlin). Cependant elle peut aussi aboutir à la guérison, qui se produit d'habitude dans les formes aiguës légères, et peut aussi survenir dans certaines formes, catarrhales ou autres, sous l'influence d'un traitement approprié.

Les complications peuvent se montrer à toutes les périodes de la maladie. La plus grave de toutes est la péritonite aiguë généralisée, qui est ordinairement mortelle. Elle peut se produire par propagation de l'infection tubaire, à la grande cavité péritonéale; cette propagation est parfois très-rapide dans certaines salpingites blennorrhagiques. D'ordinaire, elle est limitée par les fausses membranes de la pelvi-péritonite, qui joue ici un rôle protecteur en localisant l'inflammation. Elle peut succéder aussi à la rupture de la trompe et à l'épanchement du liquide contenu. Elle est plus fréquente dans les salpingites purulentes.

Cette rupture est tantôt le fait de l'amincissement progressif des parois tubaires à la suite d'une distension excessive, tantôt le résultat d'une exploration chirurgicale. Lorsqu'elle est diagnostiquée immédiatement, une laparotomie hâtive, avec nettoyage du péritoine au moyen d'un liquide antiseptique, a pu quelquefois sauver la vie des malades.

La rupture de l'hémato-salpingite, quand elle ne détermine pas une hémorragie mortelle, donne naissance à une hémato-cèle intra-péritonéale qui se révèle par les signes ordinaires. La salpingite peut aussi se compliquer d'ascite. Celle-ci se montre soit à la suite de la rupture d'une hydro-salpingite, soit pendant le cours d'une salpingite papilloma-teuse.

Nous avons déjà dit plus haut que les pathologiques, que les pyosalpingites pouvaient donner naissance à des fistules. Elles sont annoncées par des phénomènes inflammatoires aigus : retour brusque de la fièvre, douleur pulsatile, localisée, aiguë, parfois péritonite localisée; en même temps paraît une tuméfaction douloureuse, indurée d'abord, puis bientôt se ramollissant et donnant issue à une certaine quantité de pus. D'ailleurs, les signes particuliers varient suivant que la fistule s'ouvre à la peau, dans l'intestin, dans la vessie ou dans le vagin. Dans certains cas, si la fistule assure l'évacuation complète de la collection purulente, elle peut être l'origine d'une amélioration notable et même de la guérison. Dans le cas contraire, le pus retenu s'altère, et l'on peut voir survenir des accidents de septicémie lente, qui dans certains cas emportent les malades.

Enfin, parmi les complications connues, nous devons encore signaler deux observations d'adhérence de l'uretère à la tumeur tubaire. Dans l'un de ces cas, la malade mourut d'urémie.

Le diagnostic de la salpingite est le plus souvent très délicat. On pourra le faire assez aisément, à la vérité, dans les cas où, chez une

femme atteinte depuis longtemps d'une affection utérine, on verra survenir peu à peu le tableau complet des symptômes fonctionnels et physiques que nous avons indiqués. Mais les types cliniques sont si variés, il y a tant de cas où les symptômes sont très incomplets que le plus souvent ce diagnostic est réellement difficile.

Aussi, pour arriver à l'établir, le chirurgien se souvenant que les salpingites sont toujours infectieuses, devra interroger avec soin la malade, et rechercher dans ses antécédents les traces d'une infection utérine soit puerpérale, soit de toute autre cause; il devra aussi reconstituer l'histoire détaillée de ses douleurs et de ses crises aiguës. Il sera nécessaire d'examiner en détail chacun des signes fonctionnels, douleurs, avec leurs formes variées et leurs irradiations, troubles menstruels, stérilité, et de rechercher si ces symptômes ont amené les troubles généraux que nous avons décrits. Ceci fait et ces signes constatés, on ne pourra avoir que des présomptions sur l'existence de la salpingite.

La constatation des signes physiques permettra seulement d'en affirmer le diagnostic. Tous les modes d'exploration, palper, toucher vaginal, toucher rectal, exploration bimanuelle, devront être tour à tour employés pour arriver au but. Mais il faut savoir que cette exploration complète est toujours difficile, à cause de la profondeur naturelle des organes à examiner, des adhérences qui les masquent, de la douleur de l'examen et des résistances qu'elle provoque. Il ne faut pas oublier qu'une pression exagérée peut amener la rupture des trompes dilatées et amincies, et que cette rupture peut être suivie d'accidents graves. Enfin, pour éviter la douleur et faciliter l'examen, dans bien des cas, et surtout dans les cas difficiles, le chirurgien devra avoir recours à l'anesthésie.

Malgré tous ces soins, les erreurs commises dans le diagnostic des salpingites peuvent être très nombreuses, et sans avoir la prétention de les passer toutes en revue, nous devons indiquer les principales.

Les erreurs de diagnostic varient suivant que les salpingites s'accompagnent ou non de tumeur abdominale.

Dans les cas où il y a une tumeur abdominale, c'est avec les autres tumeurs du ventre que le diagnostic doit se faire. On a confondu les salpingites avec des kystes de l'ovaire, des kystes du ligament large, des fibromes utérins. Les kystes de l'ovaire de volume moyen sont les seuls qui puissent se prêter à la confusion : ils se distingueront par les signes ordinaires du kyste : forme, mobilité, fluctuation, par l'absence ordinaire de troubles menstruels, par l'indépendance de la tumeur avec l'utérus. Les kystes des ligaments larges offrent des signes analogues, en outre une fluctuation complète, et la présence d'un liquide limpide et clair, si par hasard, dans les cas difficiles, on juge à propos de faire une ponction. Parmi les fibromes utérins, ce sont les fibromes sous-péritonéaux qui peuvent seuls être pris pour des salpingites. Leur consistance,

leur mobilité, les hémorragies abondantes parfois, seront ordinairement les éléments du diagnostic.

La grossesse sera facile à distinguer des inflammations tubaires; cependant les grossesses extra-utérines et en particulier les grossesses tubaires peuvent présenter de très grandes difficultés. La tumeur fœtale est plus arrondie que celle de la salpingite, elle a un développement progressif spécial et se place sur les côtés et en arrière de l'utérus: celui-ci est légèrement augmenté de volume. La menstruation d'abord supprimée reparait assez rapidement. Malgré tous ces signes, l'erreur est facile et a été commise souvent.

Lorsque la salpingite ne s'accompagne pas de tumeur abdominale, on peut la confondre avec les maladies de l'excavation pelvienne. Tout d'abord, lorsqu'on se trouve en présence d'une endométrite ancienne, il faudra rechercher si elle s'accompagne ou non de salpingite, les douleurs irradiées de l'endométrite pouvant en imposer pour une inflammation tubaire au début. Les petits fibromes utérins intra-pelviens, infiltrés dans le ligament large, peuvent aussi se confondre avec l'affection qui nous occupe. Ils s'en distingueront surtout par la forme sphéroïdale de la tumeur, l'absence ordinaire de douleur, l'absence de péri-métrite et de troubles généraux, ainsi que par leur insensibilité à la pression.

Les petits kystes dermoïdes de l'ovaire présentent comme caractères distinctifs: l'indépendance de l'utérus avec la tumeur, l'absence d'exsudats périmétritiques, le caractère des douleurs, l'absence des troubles menstruels, les résultats fournis par le toucher.

Les versions utérines sont faciles à distinguer. Ce sont surtout les flexions qui risquent d'être confondues avec les salpingites, malgré l'inconstance des douleurs et la différence des troubles fonctionnels. Dans les cas difficiles, l'hystérométrie pratiquée avec toutes les précautions nécessaires pourra servir à préciser le diagnostic. Mais la difficulté sera véritablement très considérable dans les cas de coexistence des deux affections.

Le phlegmon du ligament large sera souvent très difficile à distinguer de la péri-métrite qui accompagne la salpingite. Sa situation plus profonde dans le ligament large, le refoulement de la voûte vaginale, ses rapports moins intimes avec l'utérus pourront servir à établir la distinction.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de la salpingite avec les tumeurs de la trompe. Ces dernières affections sont très rares, et le diagnostic n'a été fait dans les cas connus que pendant l'opération ou bien sur la table d'autopsie. Nous n'avons donc aucun élément qui nous permette d'établir la distinction entre les deux maladies.

Enfin on a confondu la salpingite avec certaines ovarites primitives, avec certaines tumeurs molles du petit bassin, parmi lesquelles l'enté-

rocèle adhésive postérieure (Dolérus). Dans ce dernier cas, un seul signe, bien inconstant du reste, pourrait permettre de faire un diagnostic précis, c'est le gargouillement dans l'anse intestinale adhérente, perçu au moyen du toucher bimanuel.

Il nous resterait, pour être complet, à établir encore le diagnostic différentiel des diverses variétés de salpingites entre elles. Les éléments de ce diagnostic sont encore très confus et ne reposent que sur des probabilités: ils seraient cependant très utiles à déterminer, à cause des indications thérapeutiques très différentes que comportent les diverses variétés d'inflammation.

Les salpingites qui peuvent produire une tumeur abdominale sont les suivantes: l'hémato-salpingite, la pyo-salpingite, et l'hydro-salpingite. Les premières surviennent brusquement pendant une époque de règles, elles sont souvent apyrétiques et peuvent s'accompagner de rétention menstruelle utérine ou vaginale. La pyo-salpingite a au contraire un début franchement inflammatoire, provoque la formation d'une grande masse d'adhérences, est particulièrement sensible à la pression, et présente souvent une étiologie infectieuse assez nette. Quant à l'hydro-salpingite, elle a un volume considérable, s'accompagne de peu de réaction inflammatoire et de peu de troubles généraux; elle est plus régulièrement fluctuante. Enfin, dans les trois cas, les écoulements utérins auront, suivant leur nature, quand ils existent, une très grande importance diagnostique.

Dans les cas où la tumeur salpingienne ne dépasse pas le petit bassin, toutes les variétés de salpingite peuvent entrer en ligne. Celles que nous venons de passer en revue se retrouveront avec leurs mêmes caractères, en ajoutant pour la pyo-salpingite l'apparition rapide des phénomènes généraux et la création possible de fistules. La salpingite tuberculeuse sera d'ordinaire très difficile à reconnaître; son diagnostic sera basé surtout sur l'examen attentif de l'état général, l'existence de la tuberculose dans d'autres organes, ou dans les antécédents héréditaires. Quant à la salpingite catarrhale, c'est le plus souvent par exclusion qu'on pourra la reconnaître, à moins que l'examen physique très exact de la trompe ne soit rendu possible par l'absence relative d'adhérences. Dans tous les cas, le chirurgien fera surtout un diagnostic de probabilité; la nature des écoulements utérins, la marche des accidents dans le cas de rupture de la tumeur tubaire pourront être des éléments précieux de ce diagnostic.

Dans certaines circonstances, le chirurgien pourra être autorisé à pratiquer une ponction exploratrice, tout en se souvenant que ce moyen est toujours périlleux, et peut, malgré toutes les précautions, être l'origine d'accidents inflammatoires graves. Quant à l'incision exploratrice, admise couramment en Allemagne comme moyen de diagnostic, elle n'est encore acceptée en France qu'avec les réserves les plus expresses.

Le pronostic des salpingites est toujours sérieux. Cette gravité tient à la situation profonde de l'organe malade, difficilement accessible, ce qui rend l'examen et le traitement souvent incertains et malaisés, et aussi à la possibilité fréquente d'accidents graves.

Cependant ce pronostic varie suivant les variétés mêmes de l'affection. Certaines formes, telles que la salpingite purulente et la salpingite tuberculeuse, paraissent plus graves que les autres, car elles sont davantage susceptibles d'entraîner des accidents péritonéaux rapidement mortels. D'autres formes au contraire, et en particulier la salpingite catarrhale légère, sont susceptibles de guérison, dans des proportions probablement plus considérables qu'on ne l'a pensé jusqu'ici et par des moyens moins périlleux qu'une intervention radicale. Mais toujours le pronostic est aggravé par la fréquence des récidives.

Enfin, si la vie n'est pas toujours en jeu, la salpingite a néanmoins un pronostic très sérieux par rapport à la fonction de reproduction. Mais, même au point de vue de la stérilité, la gravité de l'affection n'est pas absolue, et dans certaines formes susceptibles de guérison, il est à peu près certain qu'une salpingite antérieure n'entraîne pas toujours et sans exception une stérilité définitive.

Traitement. — Le traitement des salpingites peut être palliatif ou curatif. Nous n'insisterons pas longuement sur le traitement palliatif, car il peut tenir en un mot : nécessité absolue de l'antisepsie rigoureuse dans toute exploration ou opération gynécologique ou obstétricale.

C'est ainsi que l'on pourra, dans bien des cas, dans la blennorrhagie en particulier, et dans tous les accouchements et avortements, prévenir complètement toute infection utérine. Mais là ne doit pas se borner le traitement préventif, il faut aussi, sitôt que l'on se trouve en présence d'une endométrite déjà acquise, traiter énergiquement cette endométrite par les moyens modernes, dilatation, lavages antiseptiques, cautérisation ou curettage. On aura ainsi souvent l'occasion de détruire le foyer d'infection utérine avant que l'inflammation se soit propagée à la trompe.

Le traitement curatif, au contraire, comprend toute une série de moyens, qui pourront avoir des indications spéciales.

Quand la malade est en proie à une des crises aiguës de la maladie, il est d'abord formellement indiqué de prescrire le repos absolu au lit, avec la cessation complète des rapports sexuels, souvent impossibles, du reste, à cette période à cause de l'intensité de la douleur. Si le repos ne suffit pas, les injections vaginales chaudes répétées et très douces, les révulsifs sur la paroi abdominale et en particulier les pointes de feu, quelquefois l'application de sangsues, soit à l'hypogastre, soit sur le col, peuvent concourir à calmer cette douleur et à apaiser les phénomènes inflammatoires.

Cependant, si la malade était prise au courant d'une salpingite, d'une

péritonite suraiguë et généralisée, indiquant une infection rapide du péritoine, soit par rupture de la trompe, soit autrement, la laparotomie avec lavage péritonéal peut se trouver indiquée pour tenter de sauver l'existence de la malade. Hors ce cas, il n'y aura jamais d'intervention chirurgicale à tenter pendant une crise aiguë.

Le traitement véritablement curatif de la salpingite chronique est entièrement chirurgical. Il comprend divers ordres de moyens qui ont été classés en traitements indirects et traitements directs.

Quel que soit le mode d'intervention qui aura été choisi, il sera toujours nécessaire de préparer la malade par un traitement préliminaire qui consiste surtout dans un repos plus ou moins complet, et une asepsie vagino-utérine aussi parfaite que possible.

Le traitement direct de la salpingite est ainsi nommé parce qu'il s'adresse directement aux organes malades et comprend une série d'opérations qui se pratiquent soit par le vagin, soit par le rectum, soit par la paroi abdominale. Il a pour but d'évacuer les cavités tubaires et aussi d'enlever complètement les organes malades.

A. *Voie vaginale.* — a. *Ponction simple aspiratrice.* — Ce traitement, qui doit être fait avec toutes les précautions antiseptiques pour ne pas être l'occasion d'accidents inflammatoires redoutables, n'est pas toujours suffisamment efficace. On a pu ainsi quelquefois, et par une seule ponction, guérir l'hydro-salpingite, mais souvent, surtout dans le cas de pyo-salpingite, c'est un traitement palliatif qui n'empêche pas la reproduction du pus.

b. *La ponction suivie de drainage,* qui peut être indiquée quand la tumeur tubaire menace de s'ouvrir dans le vagin, n'est pas un procédé de choix, car elle ne permet pas de se rendre un compte exact des lésions. Aussi, souvent, après ce traitement, est-on obligé à une intervention plus radicale.

c. *L'incision vaginale* paraît souvent préférable. Elle permet d'examiner les organes malades, dans les cas où ils sont facilement accessibles par le vagin et quand les adhérences ne sont pas trop nombreuses. Ce procédé a le tort d'être souvent inefficace, à cause de l'étendue des désordres et de la situation des organes malades, mais dans certains cas, il peut être très avantageux.

B. *Voie rectale.* — Les abcès tubo-ovariens s'ouvrant parfois dans le rectum, certains chirurgiens ont eu l'idée de ponctionner et même d'inciser l'abcès par l'intestin. Mais comme l'abcès ainsi ouvert se vide mal, et que son ouverture reste souvent fistuleuse, c'est un procédé qui doit être abandonné.

C. *Voie abdominale.* — Les procédés d'opération par la voie abdominale sont : la ponction, l'incision dans la fosse iliaque et la laparotomie. La ponction est plus souvent exploratrice que curative; elle ne peut se justifier que par l'incertitude du diagnostic (Monprofit). Ajou-

tons de plus qu'elle est rarement curative et n'est souvent que la préface d'une opération radicale.

L'incision dans la fosse iliaque est surtout applicable lorsque la collection ovaro-tubaire vient faire saillie au niveau de l'arcade de Fallope. Elle permet, dans ces cas, d'ouvrir largement la tumeur qui peut être incisée, nettoyée et même drainée. Souvent on peut établir, par ce moyen, un drainage vaginal. Heggart et Pozzi l'ont employée en la méthodisant sous le nom de *laparotomie sous-péritonéale*. Dans les cas où l'extirpation des annexes s'impose, elle doit céder le pas à la laparotomie proprement dite, qui permet de mieux atteindre les organes malades et par suite de les enlever plus facilement.

La laparotomie, pour l'ablation des ovaires et trompes malades, appelée diversement salpingotomie, salpingectomie, opération de Tait, etc., consiste à ouvrir l'abdomen sur la ligne médiane, à inspecter les annexes malades et à les enlever au besoin. C'est la méthode la plus radicale de toutes celles qui ont été employées.

Nous n'avons pas la prétention de la décrire ici dans tous ses détails : nous dirons seulement que la malade ayant subi un traitement antiseptique préparatoire, doit être opérée par la laparotomie médiane avec toutes les précautions que comporte cette opération. Les seules particularités à signaler sont les suivantes.

L'incision abdominale doit être aussi petite que possible, permettant à peine l'introduction de trois à quatre doigts, rarement plus. La main introduite va à la recherche des annexes et détruit les adhérences en les déchirant; cette manœuvre doit être exécutée avec méthode et patience. Elle donne lieu, d'ordinaire, à un écoulement de sang assez modéré. Les organes ainsi détachés peu à peu et patiemment sont amenés au dehors, après examen on peut les laisser en place, mais le plus souvent on les extirpe après avoir pédiculé la trompe au niveau de l'isthme, et avoir placé une ou plusieurs ligatures le plus près possible de la corne utérine. Un lavage antiseptique du petit bassin sera fait avec soin, et la plaie sera refermée avec ou sans drainage du cul-de-sac postérieur, en plaçant un tube dans le vagin. Enfin, dans certains cas aussi on peut, à l'exemple de Mickeleng, faire un tamponnement méthodique de la plaie avec de la gaze iodoformée.

Cette opération est souvent assez facile, cependant elle peut donner lieu à quelques accidents dont les principaux sont : hémorragie par rupture des adhérences, déchirure du tissu utérin en pédiculisant la tumeur, blessure de l'intestin ou de la vessie, rupture de la poche tubaire et écoulement de son contenu dans le bassin. Ce dernier accident peut être évité par la ponction directe de la tumeur kystique, quand, après l'ouverture du ventre, on constate son existence. D'ailleurs il n'est pas suivi de conséquences sérieuses, à condition qu'on pratique immédiatement une toilette complète et minutieuse de la cavité péritonéale.

Les résultats de la salpingectomie sont jusqu'à présent très favorables. Les statistiques donnent une proportion considérable de guérisons, surtout lorsque l'on pratique l'extirpation bilatérale des annexes, ordinairement nécessitée par la bilatéralité des lésions. Souvent, pendant plusieurs mois, il persiste quelques douleurs qui se calment peu à peu, les phénomènes généraux disparaissent et le retour à la santé est complet. Cependant, dans quelques cas, les femmes qui ont subi la castration double peuvent être tardivement atteintes de troubles nerveux, plus ou moins sérieux et persistants. Naturellement, dans ce cas, la menstruation est supprimée, à moins que l'extirpation ovarienne n'ait pas été absolument complète des deux côtés.

Enfin, quand le chirurgien se borne à l'extirpation unilatérale, il peut être obligé, au bout d'un certain temps, de faire une nouvelle laparotomie pour enlever les annexes de l'autre côté. Cependant, dans ces derniers temps, Martin (de Berlin) a publié plusieurs cas très intéressants d'extirpations partielles des annexes malades avec des résultats très satisfaisants. Ces faits sont trop nouveaux et trop peu nombreux encore pour qu'on puisse se prononcer sur cette nouvelle méthode opératoire.

D'ailleurs, malgré le succès des opérations radicales que nous venons d'étudier, la laparotomie avec extirpation des annexes est toujours une opération grave; aussi, en présence de faits aujourd'hui certains de guérison de salpingites, et des conséquences de stérilité absolue qu'entraîne la salpingectomie, il se manifeste un certain mouvement contre l'opération exclusive de l'ablation.

C'est pour cela que les traitements dits indirects ont acquis une certaine importance. Les faits accumulés dans certains travaux récents (thèse de Rizkallah), dans une des dernières communications à la Société de chirurgie de Paris (Trélat, mars 1890), etc., ont démontré que, dans certains cas, qu'il resterait à déterminer d'une manière plus précise, on peut arriver à guérir complètement la salpingite, en pratiquant l'antiseptie utérine, en guérissant par les méthodes modernes l'endométrite qui lui donne naissance.

On peut alors, par la dilatation utérine suivie soit de curettage soit de cautérisation à la pâte de Canquoin (méthode de Dumontpallier), à la teinture d'iode, au perchlorure de fer, etc., amener peu à peu la disparition complète et la guérison définitive de l'inflammation tubaire. Cette méthode a l'avantage d'éviter les risques d'une opération grave comme la laparotomie, de ne pas amener chez les malades une stérilité définitive, puisque, dans une observation citée par Rizkallah, une femme ainsi soignée a pu, après sa guérison, devenir grosse et accoucher à terme.

Il resterait, pour terminer, à établir nettement les indications des divers traitements que nous venons de passer en revue. Il paraît dès au-

jourd'hui prouvé que, contrairement à l'opinion exprimée il y a quelques années à peine, tous les cas de salpingites ne sont pas justiciables de la salpingectomie.

Cette opération paraît seulement s'imposer d'emblée dans les cas très anciens de salpingites purulentes, dans les hémato-salpingites anciennes récidivées, et surtout dans les salpingites tuberculeuses et encore faut-il que les organes voisins ne soient pas assez infectés par la tuberculose pour contre-indiquer toute intervention.

Dans les cas de salpingites peu intenses, sans état général très altéré, dans lesquelles la gravité des douleurs ou des accidents ne forcent pas la main du chirurgien, il sera très souvent indiqué au contraire de débiter par le traitement indirect. L'antisepsie utérine et la guérison de l'endométrite infectieuse pourront alors amener souvent une terminaison favorable de la salpingite, sans opération grave, et peut-être sans condamner la malade à une stérilité définitive. Dans tous les cas de salpingites catarrhales, de salpingite hémorragique récente, de salpingite suppurée relativement récente, supportable et sans périmétrites très étendues, il nous paraît sage et souvent avantageux de débiter par le traitement indirect, utérin, accompagné naturellement du repos et des révulsifs sur la paroi abdominale. Du reste, en cas d'insuccès, le traitement pourra servir de préparation à la laparotomie avec extirpation des annexes, qui devient alors une ressource à utiliser et non plus d'emblée une opération de choix.

§ 4. — Ovarites.

On désigne sous ce nom les inflammations de l'ovaire. Cette inflammation est aujourd'hui admise sans conteste, mais elle est rarement primitive, et plus rarement encore isolée. Presque toujours, en effet, l'ovarite s'accompagne de salpingite. Aussi, bien que la connaissance de l'ovarite ait fait de grands progrès depuis que la chirurgie nouvelle a permis, par les opérations appliquées aux affections des annexes utérines, de mieux les étudier, il nous sera difficile de les décrire séparément.

Outre qu'il est, en effet, peu clinique d'étudier à part une affection qui n'est presque jamais isolée chez les malades, nous ne pourrions, de plus, que redire ce que nous avons déjà dit plus haut à propos des lésions de l'ovaire dans les salpingites. Il est presque impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de séparer l'inflammation ovarienne de la phlegmasie tubaire : aussi, nous renvoyons le lecteur au chapitre des salpingites, dans lequel nous avons dû en même temps décrire les ovarites.

§ 5. — Tumeurs de l'ovaire.

Les tumeurs de l'ovaire comprennent deux grands groupes, les

tumeurs solides et les kystes de l'ovaire. Cette classification est bien, à la vérité, un peu artificielle, puisqu'il est démontré aujourd'hui que les tumeurs solides ont très souvent une tendance à devenir kystiques, et que certains kystes ne sont pas autre chose que des sarcomes ou des cancers, que nous avons l'habitude de considérer comme tumeurs solides. Elle est néanmoins suffisamment simple et clinique pour que nous puissions nous en contenter, et elle a l'avantage de permettre de tenir compte à peu près de tous les cas.

1° KYSTES DE L'OVAIRE.

Les kystes de l'ovaire ne sont bien connus que depuis une trentaine d'années, c'est-à-dire depuis les travaux de Waldeyer (1864), de Wilson Fox (1870), de Malassez et Sinety (1874 à 1880). Les auteurs ont montré qu'il y a, dans l'ovaire, plusieurs variétés de tumeurs kystiques, dont les unes sont de simples hydroopies de la vésicule de Graaf, d'autres au contraire de véritables épithéliomas kystiques et d'autres encore des tumeurs de nature variable.

Aussi devons-nous, à l'exemple de nos devanciers, décrire séparément, au moins au point de vue anatomique : 1° les cysto-épithéliomes; 2° les hydroopies folliculaires; 3° les kystes hématiques; 4° les kystes hydatiques; 5° les kystes dermoïdes.

A. *Cysto-épithéliomes.* — Les kystes ovariens ont longtemps été divisés, suivant le nombre de loges qu'ils présentent, en kystes uniloculaires, pauciloculaires, et multiloculaires ou aréolaires. Aujourd'hui nous savons que toutes ces variétés répondent à des périodes différentes d'une même affection, que les kystes multiloculaires n'en constituent, le plus souvent, que le premier stade et sont destinés à devenir ordinairement pauciloculaires et même quelquefois uniloculaires; nous pouvons donc tous les réunir dans une même description.

Les kystes multiloculaires sont constitués par un très grand nombre de poches distinctes ne communiquant pas les unes avec les autres, et de volume variable. Le plus souvent, un d'entre eux devient très volumineux, les autres restant plus ou moins petits. Leurs parois sont ordinairement adossées ou communes et simulent une poche, qu'on aurait cloisonnée et transformée en un grand nombre de loges. Les poches secondaires se forment à la surface ou dans les parois du grand kyste et des autres; des masses aréolaires se développent çà et là, et compliquent encore la disposition générale. En faisant varier le nombre et la disposition des kystes secondaires, on aura toutes les formes connues.

Le volume des kystes de l'ovaire est très variable. Il peut devenir très considérable et remplir toute la cavité abdominale fortement distendue. Ils peuvent contenir 40 et 50 litres de liquide et même plus.