

pour qu'on puisse se faire à ce sujet une opinion solidement motivée.

Enfin, même en dehors de ces complications, après des opérations très longues où la malade a perdu beaucoup de sang, on les voit succomber en quelques heures, soit par suite du choc opératoire, soit de syncope. Le tétanos, les hémorrhagies secondaires, les phlébites et même l'occlusion intestinale ont quelquefois aussi emporté des malades. Mais les causes les plus fréquentes de la mort après l'ovariotomie sont la péritonite et la septicémie.

Nous ne pouvons terminer l'étude des kystes de l'ovaire sans indiquer encore un traitement qui a été quelquefois employé, c'est l'incision. Dans cette méthode le kyste, largement ouvert, doit se rétracter après suppuration et bourgeonnement de la paroi interne. Cette incision, accompagnée d'une résection aussi étendue que possible des parois du kyste, est réservée, de nos jours, aux cas dans lesquels l'étendue et le nombre considérable des adhérences empêchent l'énucléation complète du kyste. On pratique donc ainsi une ovariectomie incomplète. Les parois du kyste sont alors suturées aux bords de la plaie abdominale, pour éviter l'épanchement du liquide dans l'abdomen; la poche est drainée, largement lavée tous les jours avec des solutions antiseptiques, et finit par se combler à l'aide d'un bourgeonnement toujours très lent et accompagné d'une assez longue suppuration. Cette méthode a été décrite en Amérique sous le nom de marsupialisation. « Ce procédé de nécessité est loin, dit Bouilly, de donner des résultats aussi satisfaisants que l'ovariotomie complète : un grand nombre de malades succombent soit à la péritonite, soit à la septicémie à forme lente. »

Quoi qu'il en soit, quand l'ovariotomie a réussi, en dehors des tumeurs malignes susceptibles de récidives et de généralisations, et qui sont très rares, les résultats ultérieurs en sont très remarquables. Sans parler de la proportion considérable des guérisons opératoires, on voit, peu à peu, les malades revenir à la santé, reprendre progressivement leur appétit et leur embonpoint. La guérison qui suit l'ablation des kystes de l'ovaire est une des plus durables et des plus complètes que l'intervention chirurgicale soit capable de donner.

## 2° KYSTES PARA-OVARIENS.

On désigne sous le nom de kystes para-ovariens ou du ligament large des productions kystiques de volume variable situées entre les deux feuillets du ligament large, et qui paraissent se former aux dépens du corps de Rosenmuller ou bien aux dépens du parovaire.

Le corps de Rosenmuller est ce qui reste de la portion supérieure ou sexuelle du corps de Wolff, laquelle s'atrophie chez l'adulte. Ce corps de Rosenmuller est situé dans la partie externe de l'aileron de la trompe au voisinage de la glande ovarique. Il se présente sous la forme

d'une petite masse, composée d'une quinzaine de tubes atrophiés, très petits, dirigés du hile de l'ovaire vers la trompe, et qu'il est facile de voir par transparence au travers de cet aileron distendu. La partie urinaire ou inférieure du corps de Wolff, en disparaissant à son tour, laisse comme vestige un corps analogue situé à la partie moyenne du ligament large, au niveau du pédicule de l'ovaire, auquel His a donné le nom de parovaire.

C'est dans ces deux organes que prennent naissance les kystes que nous étudions ici.

Les kystes des ligaments larges sont de volume variable. On en rencontre de très petits, qui sont surtout fréquents chez les nouveau-nés et peuvent siéger sur différents points du ligament large. Ils ont tendance à disparaître spontanément. Les autres peuvent atteindre un volume plus considérable et dépassent quelquefois les dimensions d'une tête d'adulte. Ils se développeraient tous aux dépens du corps de Rosenmuller ou du parovaire. D'après Sinety, on pourrait trouver dans certains de ces grands kystes un mode de formation d'origine épithéliale complètement analogue à celui des épithéliomas mucoïdes.

Enfin, il existerait aussi un cas de kyste dermoïde du ligament large, rapporté par Moutard Martin.

Ils sont, en général, uniloculaires et arrondis, quelquefois constitués par une masse plus volumineuse avec un ou plusieurs kystes secondaires. Leur paroi est formée par un sac fibreux assez mince muni de quelques fibres musculaires lisses, qui semblent provenir des lames musculaires existant dans l'épaisseur du ligament large. Leur cavité est tapissée par une couche d'épithélium cylindrique simple ou à cils vibratils, ou d'épithélium caliciforme. Leur volume est variable, depuis un grain de millet pour les plus petits jusqu'à contenir 15 à 25 litres dans les cas les plus volumineux; ils n'atteignent pas toujours ces dimensions extrêmes.

Quel que soit leur volume, ils sont toujours compris entre les deux feuillets du ligament large, auxquels ils sont unis par une couche de tissu cellulaire lâche, ce qui rend leur adhérence assez peu intime avec ces replis séreux. Aussi peut-on, d'ordinaire, facilement les énucléer, en laissant intacte la séreuse péritonéale.

Ils reçoivent, par l'intermédiaire du tissu cellulaire des ligaments larges, un réseau de vaisseaux assez fins. Ils n'ont donc pas, à proprement parler, de pédicule, à moins que l'on ne désigne sous ce nom l'adhérence large par laquelle ils sont fixés plus intimement en une région (Bouilly). Quelquefois, ce pédicule peut être assez allongé, et dans un cas même Kœberlé l'a vu plusieurs fois tordu sur lui-même.

En se développant, ils déplacent l'aileron de l'ovaire, qui se porte sur un de leurs côtés. Cet ovaire, ainsi que la trompe, sont étalés à leur surface sans leur adhérer intimement. La trompe est quelquefois hyper-

trophée; elle se place, sous forme d'une bride étalée, en avant et en haut, et plus souvent en arrière de la tumeur. Enfin, l'utérus est d'ordinaire repoussé et immobilisé par le kyste.

Le liquide est variable, suivant qu'il s'agit des petits kystes ou des grands. Dans les petits, il est séreux ou visqueux, parfois rosé ou jaunâtre.

Le liquide des grands kystes, qui sont les seuls importants au point de vue chirurgical, est limpide, aqueux, diaphane, comparé par Nélaton à de l'eau de roche. Il n'est, en général, nullement visqueux, à réaction alcaline, ne renferme que très peu d'albumine, et jamais de paralbumine. Il contient jusqu'à 10 à 16 grammes par litre de chlorure de sodium; souvent, il précipite par l'alcool.

Les caractères de ce liquide ne sont pas toujours aussi absolus. Il peut être coloré en rose, ou rouge brun par des hémorrhagies; et, dans quelques autres cas, il peut devenir visqueux et contenir une assez forte proportion d'albumine. Ces kystes sont beaucoup moins fréquents que les kystes ovariens vrais, et se développent principalement chez des femmes jeunes.

Leurs symptômes rappellent beaucoup ceux des kystes de l'ovaire. Cependant, ils s'en distinguent, pour ainsi dire, par les caractères suivants: étant uniloculaires, ils sont ordinairement arrondis, réguliers, et ne présentent pas de bosselures comme les kystes ovariens. Ils sont, en général, fluctuants dans toute leur étendue; la fluctuation est facile à percevoir, et le kyste ne présente que très rarement ces masses dures que la palpation permet si souvent de sentir dans les kystes de l'ovaire. Ils offrent d'ordinaire un développement moindre.

Aussi, le ventre de la malade n'est pas développé à l'excès et dans toute son étendue; il n'a pas la forme conique et la tumeur proémine surtout dans un des flancs. Quel que soit le volume qu'elle acquiert, elle donne rarement lieu à des signes de compression marqués. Ils ne provoquent pas d'altération de l'état général.

Le toucher vaginal permet de constater, dans la plupart des cas, que l'utérus est légèrement refoulé et en partie immobilisé. Aussi, d'après Spencer Wells, un kyste uniloculaire qu'on sent très bas dans le bassin immobilisant l'utérus est plutôt para-ovarien qu'ovarien (Bouilly).

Mais, presque toujours, le seul moyen de distinguer cette variété de tumeur kystique des autres, c'est la ponction. Toutes les fois qu'on obtient ainsi un liquide clair comme de l'eau de roche, contenant très peu d'albumine et beaucoup de chlorure de sodium, on est en droit de supposer qu'il existe un kyste para-ovarien. L'absence de paralbumine serait encore un argument de plus; cependant, ce n'est pas là un signe pathognomonique. Les éléments anatomiques que l'on peut trouver dans le liquide sont des cellules cylindriques à cils vibratils, des globules rouges et blancs, des cristaux de cholestérine, et même, dans certains cas, des cellules caliciformes. Les caractères du liquide

peuvent être quelquefois différents et se rapprocher tout à fait de ceux du kyste de l'ovaire vrai. Donc, les résultats de la ponction ne fournissent pas toujours des éléments absolument certains de diagnostic.

Les kystes du ligament large restent longtemps stationnaires, sans provoquer aucun trouble dans l'état général. Cependant, quelquefois ils prennent, à un moment donné, un accroissement plus rapide, qui peut arriver à nécessiter une intervention.

Parmi les accidents qu'ils peuvent présenter, nous mentionnerons la rupture du kyste, facilitée par la minceur ordinaire de ses parois. Mais, quand leur liquide est absolument limpide, cet accident a souvent des suites peu graves, et peut même être suivi de la guérison de la maladie par résorption du liquide épanché.

**Traitement.** — Les kystes paraovariens sont souvent susceptibles de guérison par une simple ponction évacuatrice; aussi, il est absolument indiqué de toujours mettre ce traitement en pratique avant tout autre.

Seulement, il ne faut pas se hâter de croire trop vite à la guérison; car souvent, ainsi que Terrillon l'a démontré, la tumeur que l'on pensait guérie se remplit de nouveau, mais longtemps après la ponction. Il est donc nécessaire d'observer longtemps les malades, pour être certain de l'efficacité du traitement. Quelquefois des ponctions simples répétées suffisent pour obtenir le résultat cherché.

Dans les cas où ce moyen a échoué, on a pu quelquefois aussi guérir les kystes à l'aide de la ponction suivie d'injection iodée. Cependant, pour certains auteurs, parmi lesquels de Sinety, la ponction suivie d'injection iodée serait souvent dangereuse.

Si, cependant, le kyste résiste à ces moyens, on sera obligé d'avoir recours à l'ovariotomie. Sans vouloir répéter ce que nous avons dit ailleurs sur le manuel opératoire de cette opération, nous devons indiquer qu'elle peut offrir, dans le cas qui nous occupe, de très grandes difficultés. Le kyste inclus dans le ligament large n'a pas de pédicule véritable; en outre, il présente des adhérences très nombreuses, souvent très solides, qui, dans certains cas, ont empêché une énucléation complète. Aussi, quelquefois, le chirurgien devra-t-il se borner à une excision de la paroi, avec drainage bien fait de la cavité restante.

Enfin, si l'énucléation, malgré les difficultés, a été complète, il reste, dit Bouilly, « entre les feuillets du ligament large, une grande cavité qu'il est important de réduire par des sutures en capiton, pour prévenir la décomposition et l'accumulation des liquides exhalés.

### 3° TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE.

Les tumeurs solides de l'ovaire peuvent se diviser en *benignes* et *malignes*; cependant cette distinction n'est pas absolue, car celles qui sont bénignes, les fibromes, par exemple, peuvent dans certains cas subir

une transformation sarcomateuse qui les rend tout à fait redoutables. Néanmoins nous conserverons cette division pour la commodité de la description.

A. *Tumeurs bénignes.* — Sous le nom de tumeurs bénignes, on ne décrit guère que les fibromes de l'ovaire.

Ces fibromes sont eux-mêmes très rares. Le plus souvent ils n'occupent qu'un seul ovaire; ils n'atteignent pas en général un gros volume, dépassent rarement les dimensions d'une tête d'adulte. Dans les cas où ils deviennent très considérables, ce ne sont ordinairement plus des fibromes purs. On se trouve alors en présence soit de fibromes kystiques, soit de fibro-carcomes.

Les fibromes ovariens sont d'une consistance dure et élastique, leur surface est tantôt unie, tantôt mamelonnée. Le pédicule de la tumeur est ordinairement net et isolé : d'ordinaire, la trompe et son pavillon en restent nettement indépendants, tandis qu'ils sont adhérents aux kystes de l'ovaire. Cependant, ces tumeurs peuvent contracter des adhérences avec les organes voisins, quelquefois même s'enclaver dans le ligament large, et il est alors difficile de les distinguer des fibromes utérins sous-séreux et pédiculés (Segond).

Leur structure est homogène et d'ordinaire ils sont uniquement composés de tissu fibreux. Mais ils sont, comme toutes les tumeurs ovariennes, souvent creusés d'un grand nombre de cavités kystiques, plus ou moins volumineuses et remplies d'un liquide tantôt clair et transparent, tantôt trouble, louche ou sanguinolent. On attribue la formation de ces kystes soit au ramollissement, soit à la dégénérescence graisseuse, soit encore à l'hypertrophie de cavités folliculaires ou à la dilatation des espaces lymphatiques. Ces tumeurs sont assez peu vasculaires; cependant elles sont, dans certains cas, très développées, et l'on est alors en présence des formes décrites par Spiegelberg sous le nom de fibromes caverneux.

La structure du fibrome ovarien est d'ordinaire purement fibreuse. Sur une coupe histologique, il est facile de voir que les faisceaux conjonctifs sont disposés irrégulièrement, sans ordre, ils ne rayonnent pas autour d'un ou de plusieurs centres comme dans les fibromes utérins. La présence des fibres musculaires lisses y est rare, et, quand on en trouve, elles sont peu abondantes. Cependant il existe dans la science un cas de myome pur de l'ovaire (Sangalli).

Ces tumeurs se développent souvent aux dépens des corps jaunes d'après certains auteurs. Pour Patenko, les fibromes seraient dus à une sclérose de l'endothélium folliculaire. En général, on les regarde comme le résultat d'une hypertrophie partielle ou totale du stroma ovarien.

Ils évoluent très lentement, ne portent pas atteinte à la santé générale, et restent longtemps stationnaires. Il dégénèrent peu; cependant la transformation calcaire s'y observe de temps en temps, et elle débute

d'ordinaire par la surface externe. Dans certains cas, on a constaté des productions crétaées et ostéoïdes diffuses. Ils suppurent très rarement. Cette suppuration et leur inflammation, qui est susceptible d'engendrer une péritonite grave, peuvent être dues à une torsion du pédicule.

Les fibromes ovariens peuvent rester longtemps inaperçus, grâce à leur petit volume, ou se manifester par des signes divers, qu'il est difficile de rattacher à leur véritable cause. Ils donnent souvent naissance à des troubles de compression analogues à ceux de toutes les tumeurs du petit bassin. Fréquemment aussi ils provoquent la formation d'une ascite qui est rare dans les kystes de l'ovaire.

À l'examen direct on trouve les mêmes signes que ceux des kystes ovariens peu développés, avec cette différence que la tumeur est partout solide, très dure, et ne présente nulle part de fluctuation. D'ordinaire, elle est franchement mobile et se déplace non seulement par la palpation, mais aussi dans les différentes attitudes de la malade.

Le diagnostic de cette affection est souvent très difficile. La présence d'une tumeur, dure, petite, mobile, à marche lente, sans altération de la santé générale, dans la région de l'ovaire, doit faire penser à un fibrome. Cependant, la présence d'une ascite précoce fait souvent croire à un néoplasme malin, surtout si la tumeur est bosselée et irrégulière et quand elle donne lieu à des douleurs spontanées.

D'autre part, elle pourra souvent être confondue avec un kyste à parois épaisses, avec un kyste dermoïde ou une tumeur du ligament large. Il sera parfois difficile aussi de les distinguer des fibromes utérins sous-séreux. Le siège primitivement latéral du néoplasme, son indépendance par rapport à l'utérus, l'absence de métrorrhagies, seront les principaux éléments du diagnostic.

Enfin, dans beaucoup de cas, la conservation de la santé générale et la marche ultérieure du néoplasme permettront seules d'arriver à un diagnostic.

Le pronostic de ces tumeurs est entièrement favorable. La lenteur de leur développement et leur transformation calcaire sont les circonstances qui les rendent le plus bénignes.

**Traitement.** — Le traitement sera uniquement chirurgical. Si la tumeur est petite, et ne donne lieu à aucun accident, on pourra se borner à un simple traitement palliatif, comme la ponction de l'ascite concomitante, par exemple. Si elle a tendance à se développer ou devient gênante pour la malade, on l'enlèvera par l'ovariotomie.

B. *Tumeurs malignes de l'ovaire.* — On a décrit sous ce nom, ou plus souvent sous le nom de cancer de l'ovaire, une série de productions néoplasiques, dont l'histoire anatomique est encore incomplètement connue.

Il faut ranger parmi ces tumeurs certains kystes végétants, à bourgeonnements papillaires, qui se généralisent rapidement à tout l'abdomen, et qui constituent la forme maligne des cysto-épithéliomes. On les a dé-

signés aussi sous le nom de cancers papillaires ou de cancers colloïdes, suivant l'aspect de la dégénérescence. Il est d'ailleurs difficile de tracer une limite précise entre les kystes et les cancers de l'ovaire. Ceux des kystes qui ont une marche rapidement fatale, qui produisent des tumeurs analogues, soit dans les organes éloignés, soit dans les ganglions du voisinage, doivent être rangés parmi les tumeurs franchement cancéreuses. Le papillome proprement dit de l'ovaire, l'enchondrome de l'ovaire (Kiwish), sont des tumeurs très rares dont on ne cite que quelques exemples, et qu'il suffit de mentionner ici. Le sarcome et le cancer proprement dit sont les seules tumeurs malignes solides d'un intérêt clinique véritable.

Les sarcomes ovariens sont unilatéraux ou bilatéraux. Ils sont ordinairement de volume moyen, mais peuvent parfois aussi acquérir de grandes dimensions. Ils sont ordinairement arrondis ou ovales, de surface lisse; leur consistance est molle; ils ont une couleur grise ou gris rosée à la coupe.

D'ordinaire, le sarcome ovarien appartient à la variété fasciculée; il est rarement encéphaloïde. Les vaisseaux y sont très nombreux et assez développés. Ils présentent souvent aussi de très nombreuses cavités kystiques, souvent alors de petit volume. Ces kystes sont ordinairement dus soit à de la dégénérescence graisseuse du tissu, soit à des foyers hémorrhagiques d'importance variable. Pour certains auteurs, ils pourraient même provenir de la dégénérescence kystique de cavités folliculaires, mais cette variété serait due, d'après Sinety, à certains épithéliomas mucoïdes, qui, à cause de la grande proportion de leurs éléments solides, auraient été pris pour des sarcomes ovariens.

Les sarcomes de l'ovaire sont très graves, il évoluent très rapidement, provoquent souvent des phénomènes de généralisation, et on voit survenir des noyaux secondaires dans d'autres organes: estomac, plèvre, poumon, etc.

D'habitude ils tuent la malade en quelques mois seulement, et cela tantôt par le fait même de leur évolution, tantôt sous l'influence d'une complication, comme la péritonite ou l'embolie.

Le carcinome de l'ovaire est encore aujourd'hui très difficile à décrire. Il existe, en effet, de véritables tumeurs carcinomateuses nées de toutes pièces dans le stroma ovarien et capables d'acquérir un volume moyen sous forme de masse solide, aboutissant rapidement, comme tous les carcinomes, à une altération profonde de l'état général et à une généralisation dans tous les organes rapprochés ou éloignés.

Mais, le plus souvent, le cancer de l'ovaire est une tumeur kystique; ce sont tantôt des cystoépithéliomes végétants, subissant la transformation cancéreuse dont nous avons déjà parlé au chapitre des kystes de l'ovaire, tantôt des cancers colloïdes ou gélatiniformes, tels que les a décrits Cruveilhier. Enfin, les carcinomes subissent, presque toujours, la trans-

formation kystique et donnent naissance à des kystes malins très volumineux; ce sont les kysto-carcinomes de Gaillard Thomas.

Les lésions, du reste, restent peu localisées à l'ovaire. Rapidement, des nodules secondaires infectent le péritoine, les ganglions lombaires, et les productions secondaires dans les organes éloignés et en particulier au niveau de la plèvre, sont aussi très fréquentes et très rapides. Enfin, souvent les deux ovaires sont envahis en même temps, sans qu'on puisse invoquer une transmission directe du néoplasme de l'un à l'autre.

Les symptômes qui caractérisent les tumeurs malignes de l'ovaire sont surtout caractérisés par le développement rapide du néoplasme et les signes de voisinage auxquels elles donnent naissance.

Les signes physiques sont ceux de toutes les tumeurs ovariennes, et l'on constate surtout les particularités suivantes: la tumeur atteint très rapidement un volume énorme, la rapidité du développement est encore plus grande pour le carcinome que pour le sarcome. Le plus souvent une ascite précoce assez abondante accompagne l'accroissement de la tumeur.

On a noté aussi des douleurs très intenses et très hâtives dans la tumeur elle-même, un œdème précoce des membres inférieurs en dehors des phénomènes de compression de vaisseaux iliaques, une cachexie très rapide avant que la tumeur ait atteint un volume excessif. Enfin on a noté encore, et cela principalement dans les cas de carcinome, une immobilité rapide de la tumeur due à l'infiltration et à l'induration rapide des tissus voisins.

Le diagnostic des tumeurs malignes de l'ovaire est surtout fort difficile et ne peut être, dans certains cas, qu'approximatif. Les signes qui doivent surtout faire croire à la nature maligne des néoplasmes de l'ovaire sont les suivants: développement rapide de la tumeur, ascite considérable, état cachectique hâtif, et encore, à part ce dernier symptôme, les autres peuvent se rencontrer dans certains cas de kystes de l'ovaire et surtout dans les kystes végétants.

Le pronostic des tumeurs malignes de l'ovaire est des plus graves. La mort est fatale, et survient à brève échéance, soit par le fait de la cachexie ou de la généralisation dans les organes importants, soit à la suite d'accidents, tels que la péritonite ou une embolie pulmonaire.

**Traitement.** — Le traitement des néoplasmes malins de l'ovaire est surtout palliatif: évacuer l'ascite, calmer les douleurs, etc. L'opération radicale doit être ordinairement refusée, car elle ne fait habituellement que précipiter l'issue fatale. Cependant, si le diagnostic était fait très rapidement et d'une manière précise avant les troubles généraux, elle pourrait être permise, lorsque en même temps la tumeur est très mobile. Mais dans la presque totalité des cas la nature de la tumeur est trop tardivement reconnue pour que l'opération puisse être pratiquée avec quelque chance de succès.