Dans certains cas très rares, on rencontre une forme spéciale d'affection péritonéale qui, d'après les faits observés jusqu'ici, se rapprocherait des affections tuberculeuses du péritoine et qui détermine la production d'une ***hydropéritonite enkystée.***

BIBLIOTECA

IX — Maladies des ovaires

Dans l'étude de la ***pathologie des ovaires*** nous n'avons pas à envisager exclusivement, comme la plus prédisposée à la morbidité, la phase de développement de la femme qui devient le point de départ de la plupart des affections génitales, je veux parler de l'époque de la puberté et de la vie sexuelle, quoique ce soit à cette époque que les états pathologiques soient les plus fréquents. Les actes de transformation physiologique dans les ovaires s'accomplissent en série presque ininterrompue depuis la vie fœtale jusqu'à la vieillesse; ils sont si variés et si intenses, ils s'accompagnent de telles modifications dans les glandes elles-mêmes, qu'eux aussi deviennent une occasion fréquente de processus morbides.

Il est un fait assez digne de remarque : c'est que les ovaires participent d'une façon étonnante à certains ***états infectieux,*** surtout à la septicémie, tandis que dans la tuberculose, par exemple, ils ne sont intéressés que bien peu, sinon point. Les ovaires prennent une part considérable aux ***affections du péritoine,*** qu'elles soient idiopathiques ou le résultat de la propagation ***d'affections des organes voisins,*** surtout des ***parties génitales.*** Ils souffrent probablement déjà de l'insulte mécanique due aux manœuvres sexuelles anormales. L'utérus et les ovaires, en raison de leurs rapports si intimes, sont prédisposés également aux productions néoplasiques.

Comme il est certaines phases du développement de l'ovaire qui prennent fin peu de temps déjà après la naissance, cela laisse à supposer qu'il y a des ***états pathologiques qui datent souvent de la vie fœtale,*** quoique ne se révélant que bien plus tard.

Bien que nous soyons habitués, encore aujourd'hui, à mettre au rang des maladies ***bénignes*** l'affection la plus fréquente de l'ovaire, l'affection kystique, il y a cependant des exemples qui démontrent que même les kystes simples de l'ovaire ont une

certaine tendance à la récidive. Les néoplasmes malins de l'ovaire se distinguent par leur propagation précoce au voisinage, principalement au péritoine.

Au point de vue de la ***symptomatologie*** générale des affections ovariques, il faut avouer que nous ne connaissons pas de manifestation clinique qui puisse être regardée comme un symptôme constant de ces affections. Nous savons que la ***douleur*** ne joue qu'un rôle secondaire dans un grand nombre de maladies de l'ovaire ; elle n'apparaît que lorsque entre la surface de la glande et le voisinage il se produit des adhérences inflammatoires. Cependant les cas, très rares il est vrai, d'affection ovarique isolée montrent que la douleur peut exister aussi dans les altérations glandulaires sans participation de la surface.

Le retentissement des maladies de l'ovaire sur les autres organes génitaux, principalement sur l'utérus et ses ***fonctions,*** et surtout sur la ***menstruation,*** est absolument inconstant. Certes, on observe fréquemment des ménorragies dans les états irritatifs de la glande ; mais on rencontre également de l'aménorrhée, du moins lorsque les deux ovaires sont malades (1).

L'aménorrhée est d'une précocité relative particulièrement dans les cas de destruction carcinomateuse de ces organes.

On ne peut compter avec certitude sur les troubles, en apparence si naturels dans les affections ovariques, de la ***faculté génératrice,*** que quand les ovaires en totalité participent au processus morbide. Comme cela n'a lieu en somme que rarement, il faut être très prudent avant d'admettre en pareil cas une stérilité absolue, et ne considérer cette dernière comme telle que dans les cas de phlegmasie très étendue ou de néoplasme de l'ovaire.

Les affections ovariques donnent naissance à un groupe de symptômes spéciaux du côté du ***système nerveux*** (2). Les ***névroses*** consécutives à ces affections offrent encore bien des obscurités qui sont la cause même des incertitudes qui règnent dans

(1) V. Czempin, *Naturforschervers.* Berlin, 1886.

(2) Hegar, *Der Zuzammenhang der Geschlechtskrankh. mit nervösen Leiden und die Castration bei Neurosen.* Stuttgart, 1885.

l'anatomie pathologique des maladies de l'ovaire. Il est de ces névroses qu'aujourd'hui encore nous ne pouvons qu'indiquer comme faisant partie du cortège symptomatique des affections ovariques, sans leur assigner de motif plausible.

L'***absence*** (1), le ***développement rudimentaire*** et la ***surabondance*** des ovaires (2), quelque intéressante que soit leur histoire (3), n'ont d'importance clinique qu'autant qu'ils mettent obstacle à la vie sexuelle. Seul, le défaut complet d'ovaires, et encore le fait n'est pas constant, exclut l'excitabilité génitale. De même dans le développement rudimentaire de ces organes, l'inaptitude à la conception n'est admissible qu'en cas de manque absolu, dans les rudiments, de follicules et d'ovules. Il n'est pas douteux qu'on ne puisse, au cours du développement ultérieur de l'utérus, inciter à l'aide d'un traitement convenable le développement de ces ovaires imparfaits ; les tentatives thérapeutiques auront donc des chances de succès.

La présence d'ovaires surnuméraires n'est évidemment pas un obstacle à la conception; elle ne confère pas davantage une fécondité plus considérable.

Le ***diagnostic*** de ces vices de développement ne sera le plus souvent, dans les conditions normales, que le résultat d'explorations fortuites. S'il existe d'autres perturbations dans la sphère génitale, la palpation et le diagnostic qui doit en découler seront singulièrement entravés par les soudures, les déviations des organes et les néo-membranes péritonitiques qui les tapissent. Aussi la plupart des cas qui demeurent absolument latents chez les enfants *intra vitam*, ne sont-ils reconnus même chez les adultes que sur les tables d'autopsie ou d'opération.

L'importance des ***anomalies de position*** (4) des ovaires est bien autrement considérable.

(1) Rokitansky, *Lehrb. der prakt. Anat.*, 1861 et *Allg. Wien. med. Zeitg.*, 1860. — Klebs, *Path. Anat. der weibl. Sexualorg*, 1871.

(2) *Wien. medicinalh.* 1863, n° 43.

(3) Beigel, *Wien. med. Woch.* 1877, 12. — Winckel, *Atlas*, pl. 34.

(4) Puech, *Des ovaires et de leurs anomalies.* Paris, 1873. — Englisch, *Med. Jahrb.* 1871. — Olshausen, *Krankh. der Ovarien.* II, 1886. — Warner and Stozer, *Boston gyn. Journ.* VI, 324. — Munde, *Americ. gyn. Society.* IV, 104. — Moore Madden, *Dubl. med. Journ.* 1886.

A — Lorsque les ***ovaires sont inclus dans des sacs herniaires,*** qu'ils y aient pénétré pendant la vie intra-utérine ou plus tard, ils peuvent s'y développer d'une façon tout à fait physiologique. L'ovulation n'est entravée en rien, et les ovules peuvent immigrer dans l'utérus par les voies normales, par l'intermédiaire d'une frange allongée ou à travers la trompe déplacée simultanément. Les cas où l'on a trouvé un corps jaune vrai dans les ovaires renfermés dans un sac herniaire, prouvent que ces derniers peuvent servir également à la conception. Tant que le déplacement reste simple déplacement et qu'il ne survient pas dans l'ovaire ou dans son voisinage de processus inflammatoire, la déviation ne possède aucune importance pathologique. Contrairement à ce qui se passe pour les testicules, les ovaires déplacés n'ont pas une prédisposition spéciale à la dégénérescence maligne. Cependant eux aussi peuvent devenir malades et dégénérer par suite de traumatismes, d'états d'irritation chroniques ou d'autres causes morbides.

On rencontre ces sortes de hernies aussi bien au niveau de l'anneau inguinal que dans les grandes lèvres, d'un ou des deux côtés. On les constate quelquefois par hasard dans les autopsies, alors qu'elles étaient restées complètement inaperçues pendant la vie.

Il n'en est plus ainsi lorsque les ovaires s'enflamment au cours de leur activité fonctionnelle ou sous l'influence d'agents pathologiques étrangers. L'espace restreint qu'ils occupent devient trop étroit pour les glandes tuméfiées, et il se produit de vives douleurs avec des symptômes d'étranglement qui peuvent devenir l'occasion d'épanchements sanguins, de suppurations, de décomposition et d'évacuations soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Les plus prédisposés à ces accidents sont les déplacements dans la profondeur, là où la rigidité de l'anneau s'oppose au développement du sac herniaire.

Diagnostic. — On pourrait tout d'abord confondre ces hernies ovariques avec des ganglions lymphatiques enflammés; mais cette erreur ne résiste pas à la constatation de l'existence d'un collet herniaire. L'ovaire déplacé a une consistance élastique et est immobile. Il faudra toujours rechercher ses rapports avec

l'utérus et partir de là pour établir le diagnostic. L'utérus est généralement dans une direction oblique par rapport au collet du sac. Enfin on observe dans la plupart des cas un gonflement de l'organe incarcéré, au moment des règles, un dégonflement dans la période intermenstruelle.

La ***thérapeutique*** n'aura à intervenir que là où le déplacement aura déterminé des accidents. On aura recours dans ces cas au taxis, ou bien, si cette manœuvre n'est pas possible, à la dilatation du canal inguinal et au refoulement de l'ovaire. Un bandage convenable protégera ce dernier contre une hernie nouvelle. Lorsque les ovaires herniés deviennent malades et qu'ils donnent lieu à des manifestations morbides périodiques ou, en cas d'affection grave, à des phénomènes de réaction violents et immédiats, leur ablation est indiquée. Cette ablation ne rencontre généralement pas de difficultés; en extirpant la glande on fermera en même temps le collet du sac herniaire (1).

B. — Dans ces dernières années, on a accordé une importance très considérable ***aux descentes*** et ***aux prolapsus de l'ovaire.*** C'est surtout dans la littérature américaine qu'on trouve ces anomalies de position désignées comme une indication de l'ovariotomie. A cette manière de voir on oppose, en Allemagne et en Angleterre, cette considération que les procidences ovariques ne donnent naissance, dans la grande majorité des cas, à aucune manifestation. Ce n'est que quand les ovaires deviennent malades ou dégénèrent, quand surtout ils augmentent de volume, qu'ils peuvent déterminer des phénomènes d'incarcération qui commandent leur ablation immédiate. En dehors de ces cas, même quand les ovaires n'occasionnent d'accidents que dans certaines dislocations utérines, comme celles qui sont consécutives à la cohabitation par exemple, il ne faut se décider à l'ovariotomie qu'après mûre réflexion, en raison des conséquences de l'opération, même si le résultat en est favorable.

(1) Perc. Pott, *Chir. observ.* London, 1775. — Deneux, *Sur la hernie de l'ovaire*, Paris, 1813. — V. Œttinger, *Petersburg. med. Zeitschr.* 1868. — Wutzinger, Zur Lehre vom Bruchschnitt, *Bayr. ärztl. Intelligenzbl.* 1868. — R. Barnes, *Americ. Journ. of Obstetr.* 1883.

Ces descentes, ces procidences de l'ovaire ne sont pas rares. En général il est facile de les refouler et de glisser la matrice sous la glande. Si au moment du coït la sensibilité de cette dernière entrait en jeu, comme cela a lieu pour le testicule, il faudrait d'abord essayer de remédier au mal par l'introduction d'un pessaire vaginal. Le prolapsus ne devient plus sérieux que lorsque l'ovaire est malade et qu'il participe à un processus phlegmasique du voisinage. Dans ce cas la descente cède le pas à la périmétrite et à la périovarite. Avec la suppression de ces dernières coïncide souvent la disparition des accidents du côté de l'ovaire procident. L'ovariotomie n'est indiquée que lorsque ces accidents prennent un caractère violent et paroxystique, et que les autres modes de traitement n'ont pas réussi à amender les troubles profonds des fonctions sexuelles et de la vie de tous les jours.

Beaucoup de chirurgiens, parmi lesquels les Américains, ont l'habitude de pratiquer cette ***opération par le cul-de-sac postérieur du vagin.*** Eu égard précisément aux péritonites et périmétrites si fréquentes dans ces cas, je conseillerai de ne pas inciser à ce niveau sans s'être rendu compte de la possibilité de l'intervention par cette voie. En effet il n'est pas rare de voir l'opération vaginale s'accompagner de tant de difficultés et d'accidents, qu'un praticien habile seul peut en devenir maître, ou qu'on se voit obligé de remédier à l'hémorragie et aux autres complications par une laparotomie exécutée à la hâte (1).

On comprend aisément que la congestion menstruelle puisse, dans les ovaires hyperhémiés et tuméfiés à l'époque des règles, déterminer des épanchements sanguins en partie dans les follicules eux-mêmes, en partie dans le stroma glandulaire. Comme il faut admettre que cette hémorragie qui va remplir le corps jaune dépasse assez facilement la mesure, ne pouvons-nous pas considérer comme probable qu'un pareil accident puisse se produire dans les affections et les néoplasmes de l'utérus ?

(1) G. Thomas, *Americ. Journ. of the Med. Sc.* Avril, 1870. — Wm. Goodel, *Transact. of the americ. gyn. Society*, 1877, II. *Voy. ibid.* les cas analogues anciens de la littérature américaine.

Les follicules distendus acquièrent le volume d'un pois ou d'une noisette ; lorsqu'ils deviennent confluents, quelques-uns d'entre eux peuvent créer un foyer hématique assez considérable. J'ai vu de ces poches sanguines dont les parois folliculaires étaient conservées et qui avaient presque le volume du poing. La masse sanguine s'y coagule ; la résorption du liquide et l'atrophie de la poche ne laisse plus en fin de compte, lorsqu'elles ont lieu, qu'une cicatrice pigmentée.

Dans d'autres cas le follicule se rompt et déverse le sang dans la cavité abdominale, de façon à produire une hématocèle. Dans d'autres cas encore le sang reste longtemps sans s'altérer pour ainsi dire ; la décomposition ne s'effectue qu'à l'occasion d'influences nocives extérieures.

Les épanchements ***dans le stroma*** sont beaucoup plus rares que les épanchements intrafolliculaires. La prédisposition à l'hémorragie est créée, ici aussi, par les maladies générales, mais surtout par les affections puerpérales. Depuis longtemps on a observé des processus analogues dans le scorbut (1). *B. S. Schulze* (2) a constaté une apoplexie de ce genre chez un enfant venu en présentation du siège. L'importance de ces épanchements dépend évidemment de l'étendue du processus apoplectique et des destructions causées par lui dans le stroma de la glande. Les ecchymoses et les extravasats sont-ils restreints, ils se résorbent sans aucun accident ; s'ils sont plus considérables, l'atrophie cicatricielle consécutive à la résorption du sang peut amener la destruction de la totalité de l'ovaire ; la forme folliculaire produit le même résultat par l'anéantissement des vésicules. Du reste les deux formes se compliquent parfois l'une et l'autre, et dans ces cas les fonctions de l'ovaire se trouvent fortement compromises.

Diagnostiquer une extravasation sanguine intra-ovarique me paraît presque impossible durant la vie, à moins qu'on ne trouve à l'examen un ovaire, sain auparavant, notablement augmenté de volume à la suite d'une époque menstruelle ou d'un traumatisme favorisant ces sortes d'apoplexies. Si la tuméfaction

(1) Virchow, *Tumeurs*, I, p. 145. — Olshausen, *Krankh. der Ovarien*, 1886, p. 18.
(2) *Monatsschr. f. Geburtsk.* 1858, XI, p. 170.

de la glande cède à un traitement résorbant, on devra songer à un épanchement sanguin. Le diagnostic est rendu difficile, surtout lorsque l'épanchement coïncide avec des maladies générales — dans ce cas, il n'est plus qu'un syndrome — ou lorsqu'il se fait dans des ovaires qui ne sont plus eux-mêmes ni à l'état normal ni dans des rapports normaux avec le voisinage ; la diagnose différentielle est alors rendue impossible par l'existence de symptômes péritonitiques et périmétriques, de déplacements et de soudures, enfin par la présence dans le cul-de-sac de Douglas de revêtements néo-membraneux.

Le ***pronostic,*** par analogie avec ce qui se passe dans la grossesse tubaire, n'est pas aussi fâcheux qu'on a bien voulu le dire autrefois, dans le cas où la poche se rompt et où le sang fait irruption dans la cavité abdominale ; car la grande puissance de résorption du péritoine peut faire disparaître très rapidement des épanchements même très abondants. La rupture dans le péritoine peut même être regardée comme une forme favorable de guérison spontanée. Ce n'est que lorsque la quantité de sang est par trop considérable et que l'anémie consécutive devient menaçante, ou encore lorsque des agents de décomposition ont pénétré avec le sang dans la cavité abdominale, que le pronostic s'assombrit. Ici, comme dans la grossesse tubaire, la laparotomie peut être justifiée. Quant à la question de savoir s'il faut enlever dans ces cas plus que le segment ovarique détruit par l'hémorragie, ou s'il faut agir comme *Schrœder* et laisser dans le bassin une partie de la glande, ce seront l'examen du cas particulier et l'état général de la malade qui se chargeront d'y répondre (1).

1 — Inflammations de l'ovaire

Les phlegmasies de l'ovaire présentent de très grandes différences suivant qu'il s'agit d'une ***ovarite aiguë*** ou d'une ***ovarite chronique.***

(1) Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, 1833, II, p. 566. — Léopold, *Arch. f. Gyn.*, XIII.

A. — ***L'ovarite aiguë*** est généralement une manifestation locale d'autres maladies graves ; elle est fréquente surtout dans la ***septicémie puerpérale.*** Cependant on la rencontre aussi en dehors de la puerpéralité.

1. — ***La septicémie puerpérale*** détermine, par la destruction rapide des tissus atteints, une fonte complète de l'ovaire, qui se transforme en une bouillie puriforme mélangée de sang où stroma et follicules sont également anéantis. En raison des dangers qui se rattachent à un processus puerpéral aussi avancé, les chances de guérison paraissent extrêmement restreintes ; et cependant il faut admettre que, même dans ces conditions, l'élimination des parties malades peut être suivie de la cicatrisation des segments non complètement détruits, par conséquent d'une guérison qui coïncide naturellement presque toujours avec la suppression absolue de la fonction ovulaire.

L'ovaire s'infiltre, se tuméfie ; il s'y produit des foyers hémorragiques et un travail de décomposition, de fonte qui détruit complètement la glande. On n'a pas encore publié jusqu'à présent de recherches suffisantes sur la participation des micro-organismes au processus pathologique.

L'ovarite septicémique ne possède pas un ***cortège symptomatique*** spécial. Il sera toujours difficile d'établir jusqu'à quel point la douleur est le résultat de la péritonite généralisée, qui ne manque jamais, ou de l'affection ovarique. Le plus souvent la trompe de Fallope est atteinte aussi. Le pus qui s'y forme se déverse en masses épaisses sur tout le contenu pelvien et entraîne avec lui les portions détruites de l'ovaire, de sorte que le diagnostic différentiel est à peine possible même à l'autopsie (1).

L'état actuel de nos connaissances en thérapeutique puerpérale ne nous permet pas d'indiquer un ***traitement spécial*** de cette affection.

Quant au ***pronostic,*** il est absolument mauvais ; car alors même que les malheureuses femmes ne succombent pas, elles deviennent plus tard complètement stériles de par l'atrophie de la glande ovarique.

(1) Kiwisch, *Krankh. der Wöchnerinnen*, I.