Les douleurs s'irradient vers les cuisses et le sacrum, empêchent tout mouvement, enlèvent le sommeil et mettent les malades dans un état de nervosité qui donne naissance à toutes sortes d'accidents névralgiques même en dehors de la sphère génitale. *Hegar* a donné un nom très approprié à ce groupe de manifestations; il les appelle « ***Symptômes lombo-médullaires*** ». Elles consistent en douleurs, nausées, maux de cœur, anorexie, irradiations douloureuses dans les membres inférieurs, dysurie et dyschézie. Dans d'autres cas l'on constate les signes de l'***irritation spinale*** : migraine, névralgies éloignées et, si le mal dure longtemps, si les soins et un régime moral convenable font défaut, atonie mentale profonde; les malheureuses sont en proie à l'hystérie, sans cependant que l'on trouve chez elles les exagérations propres à cette affection. Ce sont précisément ces troubles nerveux et les névroses avec accès convulsifs qui en découlent, qui réclament un contrôle scrupuleux et une étude des plus approfondie; car non seulement les divers tableaux morbides se confondent souvent, mais l'exploration ne nous fournit pas le moins du monde, au point de vue du substratum anatomique des altérations, des données constantes quant à leur étendue et à leur forme. Il en est ainsi même quand ces symptômes, grâce à l'aura qui les précède, à leur coïncidence avec le fonctionnement de l'ovaire, à leur réveil possible par des irritations extérieures agissant sur cet organe même, quand ces symptômes, dis-je, paraissent être en relation intime avec les modifications ovariques. A l'occasion, on aura à se décider, dans les cas de névroses graves se rattachant aux fonctions de l'ovaire, à extirper ce dernier qui est la source du mal, et cela quoi qu'à l'examen de l'organe les altérations semblent après tout minimes.

L'influence de ***l'ovarite chronique*** sur la menstruation n'a rien de constant. Souvent l'hémorragie est profuse; dans d'autres cas, elle est au contraire peu abondante. Le symptôme le moins variable est le retour de violentes douleurs à l'époque des règles. Ces douleurs offrent des exacerbations avec chaque nouvelle phase d'augmentation du mal, et diminuent avec l'arrêt des altérations ovariques. A partir de ce moment l'écoulement menstruel se fait sans souffrances pendant un laps de temps plus ou moins

BIBLIOTECA

long, pendant des années même, jusqu'à ce qu'une récidive de la phlegmasie ovarique ramène à nouveau les douleurs. (*Czempin.*)

Parmi les ***symptômes***, il faut distinguer avant tout ceux qui sont en rapport avec les altérations pathologiques elles-mêmes, et qui par conséquent sont à peu près constants et moins intenses que ceux qui, apparaissant périodiquement à chaque menstruation, présentent des accès d'exacerbation presque typiques. Il sera difficile de séparer les manifestations de l'affection ovaririque et celles de la péritonite concomitante. *Löhlein* (1) a publié récemment une observation dans laquelle la malade, dont le péritoine était absolument intact, présentait le soir des mouvements fébriles constants quoique légers, mouvements qui ne disparurent qu'après l'ablation des ovaires atteints de phlegmasie chronique.

L'affection ovarique, la périovarite, ne restent pas isolées; elles se compliquent généralement d'altérations tubaires; cela se comprend du reste, si l'on songe à l'étiologie du mal. Tandis que la trompe malade vient embrasser l'ovaire altéré par l'ovarite chronique, il se crée des combinaisons symptomatiques qui rendent la distinction d'autant plus difficile que, dans le cours de l'affection, les deux organes peuvent se souder, se fusionner complètement, comme ils ont d'ailleurs l'habitude de le faire.

Le ***diagnostic*** de l'ovarite chronique sera basé sur une palpation bimanuelle minutieuse. Cela paraît étrange de vouloir diagnostiquer des affections de l'ovaire par le palper du bas-ventre et spécialement de l'hypocondre. Alors même que l'exagération de la pression provoquerait les manifestations de l'ovarie de *Charcot*, nous considérons cependant qu'il est impossible de toucher un ovaire, situé dans la profondeur du bassin, par une simple pression extérieure sur le ventre. Ce n'est que grâce à une compression bimanuelle sérieuse et adroite qu'on peut espérer isoler l'utérus et les annexes de la glande ovarique, et c'est encore là une tâche bien difficile même pour des mains exercées. Les difficultés augmentent lorsqu'il existe des adhérences entre l'ovaire et le voisinage, surtout au début, lorsqu'il est

(1) *Ges. f. Geb. u. Gyn.* Mai 1885.

entouré par des exsudats péritonéaux. On ne commence à le sentir que lorsque ceux-ci s'atrophient. Moins l'état morbide sera accentué dans le voisinage et moins il sera prononcé dans l'ovaire, plus on aura de chances de pouvoir palper et isoler ce dernier. Si l'on y arrive, on sent la glande grossie, arrondie ou augmentée dans son grand diamètre; elle est dure et presque toujours très sensible. On distingue parfaitement la trompe située en haut et en avant d'elle. Souvent l'ovaire est relié à l'utérus dont il touche la paroi latérale, supérieure ou inférieure. Dans d'autres cas il est situé dans la profondeur du cul-de-sac de Douglas, ce qui a fait dire à certains auteurs que c'était le déplacement de l'ovaire qui était la source de tout le mal.

Plus l'involution ovarique fait des progrès, plus la glande s'indure. A l'occasion on peut sentir quelques follicules isolés ayant subi la dégénérescence kystique et qui donnent au doigt la sensation d'une vésicule distendue, élastique, ayant la grosseur d'une noisette. Ce dernier signe, quelque certain qu'il soit, ne nous donnera le droit de porter le diagnostic d'ovarite chronique que s'il concorde avec les résultats de l'observation clinique.

Le ***pronostic*** n'est pas précisément favorable au point de vue de la *restitutio ad integrum;* il est meilleur si l'on ne considère que l'amendement des accidents avec stérilité et ménopause précoces.

Il est incontestable que l'ovarite chronique peut involuer d'une façon complète si les conditions de milieu sont favorables et le traitement approprié. Il y a des cas cependant où les accidents augmentent de façon à résister à toutes les médications; dans ces cas, la guérison ne peut être obtenue qu'en tarissant la source du mal, c'est-à-dire en extirpant l'organe altéré.

Le ***traitement*** de l'ovarite chronique consistera essentiellement en émissions sanguines abondantes, utérines ou abdominales, en applications de vessies de glace et d'irritants cutanés, sous forme de sinapismes et de vésicatoires, en purgatifs énergiques. On traitera en même temps les catarrhes ou autres affections utérines concomitantes. Dès que les phénomènes subaigus auront cédé, on recommandera les injections vaginales d'eau à 40° R. et les douches rectales de *Hegar,* l'emploi des préparations iodées et

des épithèmes de tourbe, quelquefois aussi les frictions avec l'onguent gris. Dans la période d'involution on retirera d'excellents effets des eaux de Kreuznach (bains), des bains de tourbe de Franzensbad ou d'ailleurs, mais surtout des eaux de Tœlz et de Hall dans l'Autriche septentrionale. Une condition essentielle de guérison c'est le repos sexuel, ce sont les soins et un régime convenables. Au début il faudra éviter tout effort physique et ne revenir aux occupations de tous les jours que progressivement. Je n'ai pas observé de résultats bien appréciables de l'administration interne des préparations d'iodure et de chlorure d'or. Mes documents à ce sujet ne sont pas nombreux, parce que toutes mes malades furent atteintes, dès le commencement du traitement, de troubles gastriques qui obligèrent à suspendre la médication.

Enfin, dans les cas où la réaction sur l'état général est très profonde, la seule ressource consistera dans l'extirpation de l'ovaire altéré et devenu impropre à remplir ses fonctions.

C'est *Hegar* qui, le premier, a usé de l'opération *largâ manu.* Moi-même, je me suis décidé de bonne heure à considérer les cas dont je viens de parler comme une indication d'ovariotomie. *Gusserow* (1) et d'autres ne tardèrent pas à nous suivre.

A la fin de l'année 1886, je comptais vingt-cinq ovariotomies nécessitées par l'ovarite et la périovarite. Deux seulement des cas étaient exempts de complications. Dans les autres il y avait de la pelvi-péritonite, de la salpingite, cette dernière restreinte à la muqueuse chez les unes, mais ayant chez les autres amené de la sténose et de l'atrésie avec rétention de sang, de sérosité et de pus.

Les vingt-cinq malades guérirent de leur opération. Je dus enlever treize fois les deux ovaires, douze fois un seul; chez deux opérées l'une des glandes, qui avait subi la dégénérescence kystique, avait été extirpée avec la trompe, très altérée également, un an ou quinze mois auparavant; à ce moment l'ovaire du côté opposé et enlevé à la suite de la deuxième laparatomie, était complètement sain.

Nous donnerons plus loin les renseignements sur le compte des femmes privées de leurs deux ovaires.

(1) *Charité-Annalen*, IX.

Si en fin de compte on trouve, lorsqu'il s'agit d'ovarite chronique, le salut dans l'extirpation des organes dégénérés, on ne pourra pas, après ce qui vient d'être dit, parler de « Normal Ovariotomy » avec *Battey* (1). Il n'y a aucune indication qui permette d'enlever des ovaires normaux, et je m'associe complètement à *Hegar* (2) qui, en cas de névrose, regarde la présence d'un processus morbide du côté de l'ovaire comme la condition *sine quâ non* de la castration. C'est pour cela que ces cas appartiennent non au chapitre des ***castrations***, mais à celui des ovariotomies. Toutefois on pourra songer à la castration dans ces cas-là aussi, si les troubles généraux se rattachent essentiellement aux fonctions ovariques, si chaque menstruation, chaque ovulation nouvelle s'accompagne des mêmes accidents, et s'il n'y a pas d'autre ressource, pour éviter le retentissement sur la santé générale, que la suppression de ces fonctions. Le pronostic de l'ovariotomie n'est pas plus défavorable dans ces cas que dans les autres.

2 — Néoplasmes de l'ovaire

On divise les néoplasmes de l'ovaire en trois catégories, suivant l'élément anatomique qui sert de base à leur développement (3). On distingue :

I — ***Les tumeurs du tissu ovarique même :***

a — ***Tumeurs folliculaires, suivant le type hydropisie du follicule.***

b — ***Tumeurs glandulaires,*** dont le type est le kyste.

(1) *Atlanta med. a. surgic. Journ.*, 1872.

(2) *Der Zuzammenhang*, etc. 1885.

(3) Röderer, *Progr. de hydrope ovarii*, Göttingen, 1762. — Hodgkin, *Med.-Chirurg. Tr.* XV. — Frerichs, *Göttinger Stud.* 1847, abth. I. — Virchow, *Das Eierstockscolloid. — Verhand. d. Gesellsch. f. Geb.* Berlin, 1848, III. *Wiener med. Woch.*, 1856, n° 12 et *Onkologie 1. Deutsche klinik.* 1859, p. 169. — E. Martin, *Die Eierstockwassersucht*, Iéna, 1852. — Backer Brown, *On ovarian dropsy*, London 1872. — Spencer Wells, *On ovarian and uterin tumors*, London 1882, 3e éd. — Peaslee, *Ovarian tumors*, New-York, 1872. — Atlee, *General and different. diagnos.* Philadelphia, 1873. — Gallez, *Hist. des kystes de l'ovaire*, Bruxelles, 1873. — Köberlé, *Mal. des ovaires*, XXV. *Dict. de Jaccoud*, 1878. — Olshausen et Schrœder, *loc. cit.*

II — ***Les tumeurs nées du développement de reliquats de rudiments fœtaux, tumeurs dermoïdes.***

III — ***Les tumeurs résultant de la dégénérescence du tissu interstitiel, fibromes, carcinomes et sarcomes.***

Il est impossible, dans l'état actuel de la science, d'établir ***l'étiologie*** des néoplasmes ovariques. Le doute à ce sujet est d'autant plus profond que nous rencontrons le début de la forme néoplasique la plus commune, je veux parler de la dégénérescence kystique, déjà chez le nouveau-né et chez l'enfant. On considère aujourd'hui comme très probable que les commencements de l'évolution néoplasique coïncident avec l'époque du développement des conduits de *Pflüger* et des follicules, et qu'il faut par conséquent considérer ces tumeurs en quelque sorte comme congénitales. Il ne faut pas oublier que la formation des organes génitaux implique la participation du feuillet blastodermique supérieur et que, pour cette raison, il faut compter avec des dérivés de ce feuillet qui ne sont pas utilisés pour la formation physiologique de l'ovaire, et avec des portions du feuillet moyen. Rien de tout ce qui a été dit sur l'étiologie générale n'a la moindre valeur. *Scanzoni* (1) prétend avoir observé les tumeurs ovariques surtout chez les personnes ayant eu de la chlorose, et il assigne un rôle efficace à l'aménorrhée chlorotique, à la rupture incomplète des follicules. Cette hypothèse explique tout au plus la production de l'hydropisie des follicules de Graaf, mais non celle des kystes. D'après les nombreuses observations collationnées par *Olshausen* dans celles de *Peaslee, Spencer Wells*, *Kœberlé* et *Clay*, nous trouvons, sur un total de neuf cent soixante-six femmes atteintes de tumeurs de l'ovaire, trente-deux au-dessous de vingt ans, deux cent soixante-six entre vingt et trente, deux cent quatre-vingt-dix-huit entre trente et quarante, deux cent treize entre quarante et cinquante, cent cinquante-sept ayant plus de cinquante ans.

Le ***kyste*** se rencontre à tout âge, chez des enfants de quinze mois aussi bien que chez des femmes ayant dépassé quatre-vingts ans. Les excitations sexuelles ne paraissent pas avoir d'in-

(1) Scanzoni, *Beitr. z. Geb. u. Gyn.* V.