

VAGIN. Occlusion du —, 952.
 Pince vaginale de Desgranges pour le pincement du —, 582.
 Rectocèle, 132.
 Tumeurs enkystées du —, 172.
 VAGINISME, 154.
 VAGINITE aiguë, 161; — granuleuse, 162; — chronique, 167.
 VARICES pendant la grossesse, 819.
 VÉGÉTATIONS pendant la grossesse, 729.
 — de la vulve, 61.
 VESSIE, irritabilité réflexe de la —, 102.
 — après l'accouchement, 851.
 VOMISSEMENTS pendant la grossesse, 763.

VULVE, 2.

Cancer de la —, 109.
 Folliculite, 85.
 Inflammation de la —, 73.
 Prurit de la —, 66.
 Tumeurs fibro-cellulaires et lipomes de la —, 64.
 Ulcère rongeur de la —, 105.
 Végétations de la —, 61.

Y

YEUX. Affections nerveuses des — pendant la grossesse, 803.

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES.

§ IV. — Symptômes.

Pendant plusieurs mois, ou pendant plusieurs années, une fois la maladie commencée, l'ovaire reste dans la cavité du bassin : mais une fois arrivé à un certain développement, ainsi qu'il arrive pour l'utérus dans la grossesse, l'ovaire passe dans la cavité abdominale. Maintenant il est très évident que non seulement les symptômes généraux varieront, mais que les symptômes mécaniques résultant de la compression sur les organes pelviens seront très différents une fois que la tumeur occupera l'abdomen. Dans l'un ou l'autre cas, ils peuvent se diviser en ceux qui tiennent à la compression mécanique, à une irritation réflexe, et ceux qui tiennent à la maladie elle-même de l'ovaire. L'intensité des premiers symptômes est en proportion du développement de la tumeur, et ils peuvent exister, que la tumeur soit dans le bassin ou dans l'abdomen : les seconds symptômes sont en raison du degré avancé de la maladie.

Voyons d'abord les symptômes les plus saillants quand la tumeur est dans le bassin. Ils sont d'abord très trompeurs.

La malade accuse une pesanteur considérable dans le bassin, sans douleur réelle : et comme on voit souvent du même coup les règles se supprimer, les seins se développer et devenir douloureux (1), quelquefois même une sécrétion de lait s'établir, la malade se croit enceinte, comme au début d'une grossesse, elle éprouve le matin en se levant des malaises. Dans un cas rapporté par Vater (2) la malade avait tous les symptômes d'une grossesse : elle perdait du lait et croyait même sentir remuer : le ventre continua à se développer au delà de l'époque finie, et elle était malade depuis trois ans et demi quand elle mourut. L'abdomen contenait une quantité considérable de liquide, et l'ovaire droit fut trouvé être aussi volumineux qu'une tête d'homme, et rempli de matière purulente. L'utérus était sain, mais en prolapsus, et l'uretère était distendu par la pression. Ce n'était pas une grossesse extra-utérine, dit Burns (3), qui rapporte le fait, car l'ovaire était divisé en cellules, et ne renfermait pas trace de fœtus.

A mesure que la tumeur se développe, elle augmente de poids et s'accompagne de dyssenterie, de constipation et d'hémorrhoides. La pression sur le rectum empêche le passage des matières intestinales, et par là facilite la distension des intestins et aussi la dilatation des uretères. Dans un cas, dit Robert Lee, que j'ai eu dernièrement à suivre à l'infirmerie de Marylebone, un kyste de l'ovaire s'étant engagé

(1) M. Robert dit que c'est ordinairement le sein du côté de l'ovaire malade qui se développe.

(2) Vater, in Haller, *Disp. med.*, t. IV, p. 40.

(3) Burns, *The principles of midwifery*. London, 1848, p. 152, note. — Ogden, *London medical Gazette*, janvier 1840.

entre la vessie et le rectum, produit tous les symptômes d'un rétrécissement du rectum. Nous avons vu la présence d'un kyste de l'ovaire dans le bassin empêcher la vessie de se vider sans l'emploi d'un cathéter (1). La malade accusait aussi une sensation très pénible dans les reins.

A l'examen, on trouve une tumeur entre le vagin et le rectum, et si les parois sont minces, on sent de la fluctuation. L'orifice utérin peut être à sa place normale, un peu abaissé ou un peu élevé, repoussé d'un côté ou d'autre, suivant le siège ou la dimension de la tumeur qui n'est pas, d'ailleurs, sensible à la pression.

En introduisant le doigt dans le rectum au-dessus de la tumeur, on rencontre le col de l'utérus qu'il est facile de distinguer de l'ovaire hypertrophié. Cette distinction est importante à faire comme diagnostic, autrement l'on pourrait croire à une rétroversion de l'utérus. Il est encore facile de reconnaître si les deux ovaires sont malades ou s'il n'y en a qu'un.

Mais si l'on ne voit la malade que quand l'ovaire est remonté dans l'abdomen, les symptômes sont différents. Il n'y a plus de pesanteur dans le bassin, et la constipation peut avoir disparu. Au lieu de la difficulté pour uriner, la malade se plaint d'incontinence; des hémorrhoides peuvent se produire et l'une ou l'autre jambe devenir œdémateuse. A mesure que la tumeur se développe, elle comprime plus ou moins les intestins, l'estomac, le foie; elle distend le diaphragme, trouble les fonctions de l'estomac et donne lieu à des palpitations, de la dyspnée, etc. Quelquefois la quantité d'urine est diminuée, dans d'autres cas, elle reste la même. Dans un fait rapporté par Portal (2), les uretères et les reins étaient comprimés, et l'urine ne pouvait sortir. Une fois la ponction faite, l'urine s'écoula librement dans la vessie. Quand la tumeur a acquis un assez grand développement, l'abdomen est déformé, considérablement augmenté de volume; sa circonférence peut mesurer jusqu'à 1^m,30 et 1^m,50.

Le repos forcé auquel la malade est condamnée vient troubler sa santé générale. Les irritations réflexes que nous avons signalées peuvent persister longtemps. Ainsi les seins continuent à être volumineux et sensibles, ils sécrètent un liquide clair semblable à du lait. Les fonctions génitales ne sont pas toujours empêchées; on a vu des cas de grossesse coïncidant avec un kyste de l'ovaire (3). Si la tumeur est remontée dans l'abdomen, la parturition est possible; sinon elle peut être entravée, et la vie de la malade sera plus ou moins compromise.

(1) Robert Lee, *Cyclopedia of pract. med.*, art. DISEASES OF THE OVARIA. — Burns, *The principles of midwifery*, p. 155.

(2) Portal, *Cours d'anatomie médicale*. Paris, 1804, t. V, p. 549.

(3) Thomas Hewlett, *Case of extensive ovarian disease complicated with pregnancy* (*Med. chir. Trans.* London, 1832, vol. XVII, p. 226). — Hamilton, *Practical obs.* Edinburgh, 1836, part. I, p. 71.

La menstruation est quelquefois régulière, parfois interrompue ou totalement supprimée. Seymour (1) dit que quand les deux ovaires sont malades les règles manquent toujours.

Dès qu'une tumeur apparaît au-dessus du bassin, on peut toujours la reconnaître; d'ailleurs elle s'incline vers l'une des fosses iliaques; elle reste stationnaire pour un temps, puis elle se développe toujours plus inclinée d'un côté que de l'autre et remplissant de préférence la partie inférieure de l'abdomen. On peut, par la palpation abdominale, reconnaître si la surface est lisse ou accidentée et, si les parois sont minces, on perçoit de la fluctuation. Jusqu'à ce que la tumeur soit volumineuse, ce signe est obscur.

La fluctuation qui doit être recherchée avec soin est tantôt facile à percevoir, tantôt, au contraire, à peine sensible, quand le liquide est albumineux ou renferme des matières grasses. Dans certains cas, elle est nulle, et le kyste présente une dureté très grande.

La fluctuation est perçue sur toute la surface de la tumeur, quand le kyste est uniloculaire, ou bien sur des points limités quand il est cloisonné.

Quand le kyste est uniloculaire, on perçoit assez facilement ce que M. Cruveilhier a appelé le *choc par contre-coup*, que l'on produit à l'aide d'une percussion rapide et légère comme une chiquenaude, sur un point opposé à la main placée à plat sur la surface du kyste.

La percussion présente également des caractères qu'il est important de connaître. Il existe de la matité dans toute l'étendue de la tumeur; cette matité ne se déplace pas sensiblement dans les changements de position qu'on fait subir à la malade. Il existe de la sonorité au-dessus de la tumeur et vers les régions iliaques, points ordinairement occupés par les intestins refoulés. La matité présente une courbe à concavité inférieure à moins qu'il n'y ait complication d'ascite. Quelquefois la tumeur ne présente pas de matité dans toute son étendue, et il existe un point de sonorité qui est due alors à l'interposition de quelque anse intestinale adhérente entre elle et la paroi abdominale. D'autres fois la tumeur présente de la sonorité quand il y a putréfaction et décomposition du contenu du kyste, ou quand il y a communication entre elle et le canal intestinal.

Par le toucher vaginal, on reconnaît que l'utérus est plus haut que dans l'état normal, excepté toutefois à une période avancée de la maladie où l'utérus se trouve déprimé ou même en prolapsus. La pression exercée sur le col utérin ne communique aucun choc à l'autre main placée sur l'abdomen.

D'après Boinet, le col utérin est toujours rejeté du côté opposé au kyste.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, la santé générale reste bonne pendant un temps assez long. Elle se dérange plus tard et l'on arrive à la troisième classe des symptômes. La description de Burns est si nette.

(1) Seymour, *On diseases of the ovaria*.

que nous la citons avec plaisir : « Dans le cours de la maladie, la malade peut avoir des crises de douleurs abdominales avec fièvre, ce qui indique dans la tumeur la production d'une inflammation partielle qui peut se terminer par de la suppuration et produire la fièvre hectique. La crise peut même être plus violente, être accompagnée de vomissements, de sensibilité exagérée du ventre, de fièvre intense, et en peu de temps la terminaison est fatale. Ou bien, il y a des douleurs très vives qui durent peu de temps, s'accompagnent d'un épuisement momentané, et ces paroxysmes se répètent fréquemment. Dans beaucoup de cas, ces symptômes aigus manquent, et la malade n'éprouve que très peu de gêne, jusqu'au jour où la tumeur, devenue très volumineuse, empêche la respiration et produit une sensation pénible de distension. A ce moment, la constitution est épuisée et les accidents d'hydropisie se produisent de toutes parts. Les parois abdominales sont parfois si sensibles que la malade ne peut supporter la moindre pression. Elle s'amaigrit, passe des nuits sans sommeil, elle est prise de fièvre, elle perd l'appétit et meurt au milieu d'une dyspnée intense et de douleurs très vives (1). »

§ V. — Terminaisons.

Des kystes de l'ovaire se développent lentement et peuvent durer plusieurs années sans amener la mort de la malade, quoique ces cas soient rares. Un kyste peut persister pendant cinquante-huit ans (2).

Sabatier a examiné les corps de plusieurs femmes qui, pendant cinquante ans, avaient porté des tumeurs semblables sans avoir éprouvé de dérangements graves dans leur santé. Ces kystes ne constituent pas par eux-mêmes une maladie grave. Ils ne menacent la vie que lorsqu'ils deviennent très volumineux ou présentent des complications.

Cette maladie peut se terminer de plusieurs manières. Malheureusement il est très rare que la malade guérisse.

1° Dans quelques cas très rares, la résolution peut survenir; le liquide est résorbé (3).

2° L'inflammation peut se développer dans la membrane séreuse d'enveloppe et donner lieu à la production d'adhérences entre l'ovaire et le petit intestin (4), le côlon, la vessie (5), le vagin (6), etc. L'ovaire

(1) Burns, *Principles of midwifery*. London, 1843, p. 154.

(2) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*. — Camus, *Revue médicale*, 1833. — Pereira, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1841.

(3) Nauche, *Maladies propres aux femmes*, vol. I, p. 174. — Voyez aussi *Med. Gazette*, 18 juillet 1836. — Helmann, *Siebold's Journal*, t. II, cahier 3.

(4) Seymour, p. 55.

(5) Denman, *Med. and phys. Journal*, t. II, p. 20. — Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. II, p. 537.

(6) Monro, *Essais et observations de la Société de médecine d'Edimbourg*. Paris, 1840, t. VI, p. 397. — Madame Boivin, *Recherches sur l'avortement*. Paris, 1828, p. 103, 131. — Quand j'étais médecin d'hôpital, une femme nommée Myers se présenta avec

s'ouvre quelquefois dans l'un de ces organes, le liquide s'écoule entièrement par cette voie et la malade se trouve guérie pour un temps, quelquefois pour toujours (1).

3° L'inflammation peut envahir le kyste et entraîner la mort, soit rapidement, soit par suite de la formation de pus (2). Cela arrive fréquemment quand la malade a été ponctionnée.

4° Les parois de l'ovaire peuvent se rompre et le liquide se répandre dans le péritoine, ce qui entraîne la mort par inflammation (3). Dans quelques cas rares, le sac s'oblitère (4). Quand le liquide est séreux, il ne donne pas toujours lieu à de la péritonite; mais dans les cas où il y a eu inflammation, le liquide est irritant et donne lieu à la péritonite; mais on a vu des exceptions à cette règle.

Chéreau a réuni 70 cas de rupture de kystes de l'ovaire. L'évacuation du liquide s'est faite par des voies différentes : péritoine, vessie, utérus, vagin, et enfin à travers les parois abdominales. Quelques malades ont succombé rapidement, d'autres ont guéri définitivement, un certain nombre, enfin, sont restées dans le *statu quo*.

5° Adolphe Richard (5) a rapporté cinq observations d'une communication qui s'était établie entre l'ovaire et la trompe de Fallope : le liquide s'écoulait par cette voie, comme dans les cas de Morgagni (6), de Frank (7), de Follin, de Boivin et Dugès (8), dans lesquels le liquide fut plusieurs fois évacué de cette manière.

M. le docteur Nepveu (9) a rassemblé 155 cas de rupture de kystes ovariens qui se décomposent ainsi :

Rupture dans la cavité péritonéale.....	128 cas
Rupture dans l'intestin (grêle, gros, rectum).....	11 »
Rupture dans la vessie.....	6 »
Rupture dans l'utérus.....	1 »
Rupture dans le vagin.....	2 »
Perforation de la paroi abdominale.....	7 »
Total.....	155 cas

un abdomen excessivement développé. Cette distension était, dit-elle, accidentelle. Elle était soulagée par des vomissements et des selles abondantes d'eau. Je ne doute pas que dans ce cas l'hydropisie ne fût ovarienne, et, suivant toute probabilité, le kyste s'ouvrait dans les intestins par ulcération ou rupture, ce qui formait une sorte de ponction naturelle. (Blundell, *On diseases of women*, p. 122.)

(1) Denman, *Midwifery*, p. 84. — Seymour, *Illustrations of diseases of the ovaria*, p. 52.

(2) Patterson, *Philadelphia med. Examiner*, 16 février 1839. — Davies, *Med. gaz.*, 1839. — Douglas, *Med. gaz.*, 6 décembre 1839. — Crisp, *Ranking's abst.*, vol. II, p. 249.

(3) Dance, *Observations sur plusieurs affections de l'utérus et de ses annexes (Archives générales de médecine, t. XXI, p. 214)*. — Boivin, *Recherches sur l'avortement*. Paris, 1828, p. 121.

(4) Addison, *Guy's Hospital Reports*, n° 1, p. 41.

(5) Adolphe Richard, *Note sur les kystes tubo-ovariens (Bulletin de l'Académie de médecine, Paris, 1855-1856, t. XXII, p. 356; Mémoires de la Société de chirurgie, Paris, vol. III, fasc. 2)*.

(6) Morgagni, *De sedibus et causis morb.*, 2 lett.

(7) Frank, *De curand. morbis hom.*, liv. VI, part. I.

(8) Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II.

(9) Nepveu, *Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine (Annales de Gynécologie, juillet 1875, p. 14)*.