

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)*.

Sur les 128 cas de rupture dans le péritoine M. Nepven a noté 63 fois la mort c'est-à-dire à peu près dans la moitié des cas environ.

La mort peut survenir par syncope au moment de l'accident; dans d'autres cas, et ce sont les plus fréquents, la mort résulte du développement d'une péritonite.

Les causes de la rupture des kystes ovariens sont extrêmement variées. M. Nepveu les rapporte à deux grands groupes :

- 1° Rupture par traumatisme;
- 2° Rupture par altération des parois.

§ VI. — Diagnostic.

Quand la tumeur est renfermée dans le bassin, le diagnostic doit être fait :

I. *Avec la rétroversion de l'utérus.* — Par le développement lent, le peu d'intensité des symptômes. D'ailleurs il y a toujours l'examen par le rectum et avec la sonde utérine.

II. *Avec l'hydropisie des trompes de Fallope.* — L'examen attentif par le vagin et le rectum, les symptômes les plus saillants, tels que la pesanteur, la pression sur la partie postérieure, la dysurie, la constipation.

III. *Avec une grossesse au début.* — L'examen fait distinguer l'ovaire du fond de l'utérus; le diagnostic peut être rendu plus difficile par l'existence d'une grossesse et d'une hydropisie enkystée.

IV. *Avec les tumeurs siégeant dans le tissu cellulaire, compris entre le vagin et le rectum.* — La mobilité sert de diagnostic.

Une fois que le kyste fait saillie dans l'abdomen, il faut établir le diagnostic :

I. *Avec la distension de la vessie* (1). — L'examen par le vagin et avec la sonde éclairera le médecin sur la nature de la maladie.

II. *Avec l'ascite.* — Les limites bien arrêtées de la tumeur, le développement plus marqué d'un côté, l'absence de changement, quand on change la position, une fluctuation obscure, la percussion donnant la matité suivant une ligne courbe à concavité inférieure distingueront le kyste ovarien de l'ascite.

L'examen par le vagin, qui permet de reconnaître l'élévation de l'utérus, l'examen par le rectum qui fait reconnaître le développement exagéré d'un ovaire. Les symptômes généraux sont moins marqués dans l'hydropisie de l'ovaire que dans l'ascite (2).

III. *Avec la péritonite chronique.* — L'obscurité du son, la mollesse de l'abdomen, les gaz et les symptômes qui tiennent à l'adhérence des intestins caractérisent suffisamment cette maladie.

(1) La vessie distendue a pu être prise pour une hydropisie enkystée; on a même, en cas de grossesse, ponctionné l'utérus (Blundell, *Diseases of women*, p. 111).

(2) Voyez, sur le diagnostic de l'hydropisie avec l'ascite, Rostan, *Nouveau journal de médecine*, 1818.

IV. *Avec la grossesse.* — La durée de la maladie, les résultats comparatifs de l'auscultation, l'examen vaginal et rectal, servent à éclairer le diagnostic. Il faut se rappeler, cependant, que si la tumeur renferme quelques artères volumineuses, il peut se produire un bruit de souffle qui rappelle fort bien le souffle placentaire. Bouillaud (1) rappelle deux faits semblables : il y avait un bruit de souffle intermittent, qu'il attribue à la compression de quelques artères volumineuses.

Dans la grossesse les bruits du cœur fœtal perçus entre quatre mois et demi et cinq mois révéleront certainement l'existence d'une grossesse. Il faut toutefois se rappeler que la grossesse peut se produire chez une femme atteinte de kyste de l'ovaire. Dans ces cas le diagnostic peut présenter de grandes difficultés.

V. *Avec la grossesse extra-utérine.* — L'historique de la maladie et l'examen interne et externe suffisent.

VI. *Avec les tumeurs utérines.* — La sonde utérine, le toucher vaginal feront reconnaître la position et la dimension de l'utérus, et les différences dans le ballotement communiqué par la percussion sur l'abdomen.

VII. *Avec les affections malignes des ovaires.* — Le développement rapide coïncidant avec des symptômes peu graves sont toujours d'un heureux augure. Dans les affections malignes, la marche est toujours beaucoup plus lente (2).

J. H. Bennet (d'Édimbourg) a proposé l'examen au microscope du liquide extrait par la paracentèse.

Il y a dans ce liquide des flocons qui ne sont pas formés de lymphes, mais d'une agglomération de cellules dont le diamètre varie de $1/100^e$ à $1/40^e$ de millimètre. Elles sont légèrement granuleuses, rondes ou ovales, inaltérables à l'eau, devenant plus transparentes par l'addition d'acide acétique : elles renferment un noyau de $1/100^e$ à $1/40^e$ de millimètre. Les cellules indurées sont enveloppées dans une matière granuleuse que l'on peut facilement rompre. Elles ressemblent à celles qui forment la surface épithéliale de certaines membranes. La surface interne des kystes ovariens est tapissée par une membrane délicate, recouverte par des cellules épithéliales à noyau, identiques avec celles qu'on trouve dans le liquide (3).

§ VII. — Pronostic.

Le pronostic se base sur le diamètre de la tumeur, la durée de la maladie, l'état local et la constitution de la malade.

(1) Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*. Paris, 1841.

(2) Blundell, *On diseases of women*, p. 103.

(3) Bennet, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1^{er} avril 1846, p. 403.