

AFFECTIONS DE L'OVAIRE.

Les affections de l'ovaire ont été l'objet d'un si grand nombre de travaux qu'il nous serait impossible de les énumérer ici; nous nous contenterons, au cours de cet article, de citer les noms qui s'attachent aux mémoires et aux faits les plus importants. On trouvera à ce sujet une bibliographie étendue et des détails très complets dans les articles des deux dictionnaires (Kœberlé, Ferrand, Boinet).

I

DÉPLACEMENTS ET HERNIES DE L'OVAIRE.

L'ovaire peut abandonner sa situation normale dans un assez grand nombre de circonstances : sous l'influence d'une affection des ligaments larges ou de l'utérus, par le fait de son inflammation propre ou du développement d'une tumeur dans sa substance, à la suite d'une péritonite de voisinage, l'ovaire peut contracter dans le petit bassin des rapports nouveaux. On le trouve fixé à la trompe, à une des faces de l'utérus ou sur un point quelconque des culs-de-sac. Ces changements de position peuvent s'accompagner d'un certain nombre de phénomènes locaux ou sympathiques que nous étudierons à propos des affections de l'ovaire en particulier. Ces phénomènes secondaires, dont la cause est plutôt soupçonnée que reconnue par des signes physiques, peuvent devenir le point de départ d'indications thérapeutiques et opératoires. Quelquefois, sans lésion appréciable de l'ovaire ou des annexes de l'utérus, l'organe tombe dans le cul-de-sac recto-utérin, où il est le point de départ de violentes douleurs pendant la marche, le coït et la défécation; cet état constitue le véritable *prolapsus* de l'ovaire (Rigby, Valin, thèse de Paris, 1887). Dans cette nouvelle situation, l'ovaire peut s'enflammer et ne peut plus être ramené ou maintenu en bonne place.

On réserve le nom *hernie* de l'ovaire aux cas où l'organe est poussé hors de la cavité abdominale.

Cette affection a été bien étudiée par Deneux (Thèse de Paris, 1815), par Loumagne (*Id.*, 1869), et plus récemment par Puech (*Annales de gynécologie*, 1879).

Étiologie. — Les hernies de l'ovaire sont *congénitales* ou *acquises*. La hernie congénitale est le plus souvent inguinale et se fait peut-être dans le canal de Nüeck encore perméable; elle coïncide assez souvent avec d'autres vices de développement, tels qu'un utérus embryonnaire, unicorne ou bicorne, ou une apparence d'hermaphroditisme.

La hernie accidentelle se produit, de préférence au moment des couches, chez des malades présentant déjà des hernies inguinales.

Anatomie pathologique. — L'ovaire peut faire hernie dans diverses régions; le plus souvent, il se montre à la région inguinale. Quand la hernie est congénitale, elle comprend assez souvent en même temps l'ovaire et la trompe, tandis que la trompe se trouve rarement herniée dans la hernie accidentelle.

Beaucoup plus rarement on a observé cette hernie dans les régions crurale, ischiatique, ombilicale, vaginale et ovalaire. Dans tous ces cas, il s'agit de hernie accidentelle, et souvent il y a en même temps coïncidence d'une hernie intestinale ou épiploïque.

L'ovaire hernié est fréquemment atteint d'inflammation aiguë ou chronique pouvant se terminer par la formation d'un abcès; il peut s'atrophier ou être atteint de dégénérescence kystique ou cancéreuse.

Symptômes. — La hernie de l'ovaire ne se révèle quelquefois qu'à l'occasion des phénomènes douloureux dont elle devient le siège, soit à l'époque de la puberté, soit après des violences extérieures.

La palpation fait reconnaître dans l'aîne une tumeur piriforme de la grosseur d'une noix ou d'un œuf, presque toujours irréductible et donnant l'idée d'un ganglion lymphatique engorgé. La pression y réveille une douleur particulière que l'on a comparée à celle que fait naître la pression du testicule; dans bon nombre de cas, cette douleur se déclare spontanément au moment des règles en même temps que la tumeur augmente de volume. Elle peut aussi être provoquée par le coït, par le décubitus sur le côté opposé à la hernie, par la marche, les efforts. Chez certains sujets, cette douleur peut prendre une intensité extrême.

On a aussi signalé une sorte d'érection ou d'éréthisme génital qui se produirait sous les doigts qui palpent l'ovaire hernié (Loumaigne).

Enfin, dans quelques cas, à la suite de phénomènes congestifs ou inflammatoires éclate une crise douloureuse, due peut-être à l'ovarite ou à l'étranglement de l'ovaire hernié et rappelant tout à fait la physiologie de l'étranglement herniaire.

Par le toucher vaginal, si l'on pousse l'utérus du côté opposé à la hernie, on détermine dans celle-ci un tiraillement avec réduction ou tendance à la réduction, et en tout cas une douleur spéciale, caractéristique. Le cathétérisme de l'utérus pourra être employé de même et donnera des résultats encore plus précis.

Diagnostic. — Le diagnostic de la hernie de l'ovaire est souvent difficile; sur cent dix cas, il n'en est guère que vingt-deux qui aient pu être reconnus (Puech). Les difficultés sont surtout prononcées quand la hernie est irréductible, quand l'ovaire est altéré, quand il a pris un volume et une forme morbides, quand il a contracté des adhérences ou quand il est accompagné par d'autres viscères, comme l'épiploon, l'intestin, etc.

La hernie de l'ovaire peut être confondue avec un ganglion lymphatique hypertrophié: dans ce dernier cas, la tumeur n'est pas possible à isoler, à pédiculiser, comme la tumeur herniaire; elle n'est pas le siège de la douleur spéciale provoquée par la pression ou par la propulsion de l'utérus en sens opposé.

La hernie intestinale se reconnaît à sa consistance plus molle; l'épilocèle est rarement aussi limitée et aussi régulière qu'un ovaire hernié; elle ne présente pas les douleurs spontanées au moment des règles ou provoquées, particulières à celui-ci.

Dans ces diverses affections, le toucher et le cathétérisme utérin ne déterminent aucun symptôme du côté de la tumeur.

Les difficultés peuvent être très grandes quand éclatent des phénomènes d'étranglement simulant l'étranglement herniaire, et dans ce cas bien souvent le diagnostic devra être fait le bistouri à la main.

La hernie de l'ovaire n'entraîne la stérilité que si elle est double; simple, elle semble prédisposer aux avortements et aux présentations vicieuses.

Traitement. — La hernie irréductible sera protégée par un ban-

dage à pelote concave; si elle est réductible, la réduction sera maintenue par un bandage herniaire approprié.

L'ovarite sera traitée par les antiphlogistiques et les calmants, et la collection sera rapidement ouverte, s'il se fait de la suppuration.

Les phénomènes d'étranglement peuvent être atténués et guéris par l'emploi des injections de morphine; s'ils ne cèdent pas aux divers traitements ou si l'étranglement est confondu avec celui d'une hernie, on fera une véritable opération de laparotomie avec débridement de l'agent constricteur. Si l'ovaire est sain, il sera réduit dans l'abdomen; s'il est irréductible par adhérence ou atteint de dégénérescence kystique ou autre, il sera enlevé séance tenante après ligature de son pédicule.

II

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DE L'OVAIRE.

OVARITE.

L'inflammation primitive et isolée de l'ovaire n'est pas acceptée par tous les auteurs; un grand nombre des phénomènes douloureux ou fonctionnels attribués à l'inflammation de cet organe peuvent aussi bien être rapportés à la périovarite, à la salpingite ou à la pelvi-péritonite.

Néanmoins, cette inflammation semble dans certains cas revêtir des caractères spéciaux qui permettent de décrire l'*ovarite* comme une affection distincte.

Celle-ci a été étudiée particulièrement dans un travail de Caereau (1844) et dans les thèses de Hirtz (1841), Scaglia (1870), Merlou (1877).

Étiologie. — Toutes les causes capables de congestionner l'ovaire ont été invoquées comme pouvant déterminer l'ovarite: aussi observe-t-on surtout celle-ci depuis la puberté jusqu'à la ménopause et particulièrement dans les premières périodes de la vie sexuelle de la femme; la menstruation, les rapprochements sexuels, toutes les exci-

tations génitales, satisfaites et surtout non physiologiquement apaisées, l'accouchement, l'avortement, ont été incriminés.

Les affections de l'utérus, des trompes, des ligaments larges, peuvent aussi retentir sur l'ovaire par un mécanisme peu connu ; les opérations sur le col, les injections intra-utérines, la blennorrhagie, ont été invoquées comme cause d'ovarite.

Celle-ci pourrait être également produite par un traumatisme, comme la compression énergique de l'ovaire exercée pour arrêter une attaque d'hystérie (Comby) ou une chute sur le siège ou les membres inférieurs (H. Bennett).

L'existence d'une ovarite liée aux oreillons, à la variole, aux fièvres graves, au rhumatisme, a besoin d'être prouvée par de nouvelles observations.

Anatomie pathologique. — On a cherché à localiser les lésions dans la couche corticale ou *folliculaire*, ou dans le stroma ou couche *parenchymateuse*. Dans la première forme, il s'agirait surtout d'une *vésiculite* (Négrier) et l'inflammation siégerait tout d'abord dans les ovules. Les follicules se rempliraient d'un liquide d'abord séreux qui ne tarde pas à devenir purulent par place, en donnant lieu à de petits abcès.

Dans la forme *interstitielle* ou *parenchymateuse*, le stroma de l'ovaire est le siège principal de la lésion. Le tissu est rouge, vascularisé, ramolli, infiltré de suppuration ou transformé en un abcès plus ou moins étendu.

En général, ces deux variétés se confondent et il est impossible de dire par quel élément anatomique a débuté l'inflammation. L'ovaire enflammé est augmenté de volume ; d'abord ferme et résistant, il devient mou et pâteux quand la suppuration l'envahit : il s'abaisse en général et vient se placer dans le cul-de-sac recto-utérin, où il devient possible de l'explorer.

L'affection se montre beaucoup plus souvent à gauche qu'à droite (25 fois sur 40 cas, Chereau) ; elle peut siéger en même temps des deux côtés.

Elle coïncide souvent avec l'inflammation de la trompe, la métrite catarrhale ou parenchymateuse et surtout la pelvi-péritonite à ses divers degrés.

Dans l'ovarite *chronique*, le processus porte le plus souvent sur es deux ovaires à la fois et affecte surtout le stroma de la glande.

Celle-ci est augmentée de volume, irrégulière, mamelonnée, recouverte par l'enveloppe albuginée épaissie. Le tissu est coloré en jaune ou en gris noirâtre par des anciennes hémorragies ; il peut être criblé d'abcès multiples, enkystés, contenant un pus sanieux et sanguinolent.

Dans une autre forme, la glande se sclérose, se rétracte et s'atrophie, et l'ovaire est transformé en un petit noyau fibreux, comme cicatriciel. Au contraire, dans une autre variété, surtout quand l'ovarite chronique coïncide avec des lésions des trompes, l'ovaire peut être très-augmenté de volume par la présence de nombreux kystes de volume variable. La paroi de ces kystes est formée de tissu embryonnaire et diffère essentiellement de la paroi des véritables kystes ovariens.

Ces ovaires enflammés, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, sont entourés de fausses membranes péritonéales et contractent des adhérences plus ou moins solides avec les parois du bassin ou avec les organes du voisinage, et en particulier avec la trompe.

Symptômes. — Les symptômes de l'ovarite ne sont pas nettement tranchés et appartiennent tout aussi bien à la névralgie ovarienne ou aux phénomènes inflammatoires de la métrite, de la pelvi-péritonite ou du phlegmon du petit bassin.

La douleur ne peut être réellement rapportée à l'ovaire que si son siège exact répond au milieu d'une ligne qui joindrait l'épine iliaque antéro-supérieure à la symphyse du pubis, à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. Elle s'irradie de là dans toutes les régions voisines et pourrait s'exagérer au moment de la défécation, par suite de la pression qui s'exerce alors sur l'ovaire malade. Elle est très variable suivant les sujets, de même que les phénomènes nerveux et hystériques qui accompagnent fréquemment toutes les affections des organes génitaux de la femme et qui n'ont rien de spécial dans l'ovarite. Il en est de même des ménorrhagies et des métrorrhagies ainsi que de la leucorrhée.

Les signes physiques ont plus d'importance : on peut quelquefois reconnaître par le palper dans la fosse iliaque une tumeur qui paraît occuper le ligament large. Cette tumeur, dont le volume peut varier de celui d'une noix jusqu'à celui d'une tête d'enfant, est extrêmement douloureuse dans la période aiguë et masquée par la contraction des muscles abdominaux.

Le toucher vaginal indique parfois l'effacement, la résistance et la

sensibilité du cul-de-sac correspondant ainsi que la déviation de l'utérus, dont le col regarde en avant et du côté opposé à l'ovaire (Ferrand). Dans le cas où l'ovaire est venu se placer dans le cul-de-sac recto-utérin, le toucher rectal fait sentir le long de la paroi antérieure du rectum une tumeur douloureuse du volume d'une noix environ, pouvant être quelquefois saisie entre deux doigts, en combinant le toucher rectal avec le toucher vaginal ou par la palpation hypogastrique. Souvent il est nécessaire de faire ces explorations sous le chloroforme.

L'état aigu se complique en général des phénomènes généraux de l'inflammation.

Le plus souvent, la physionomie de l'affection est masquée par l'apparition de la péritonite, dont les symptômes tiennent le premier rang. Enfin on observe aussi en même temps, dans bon nombre de cas, de la cystite ou de la rectite, surtout marquée quand l'ovaire gauche est enflammé.

Marche, terminaisons. — Ordinairement, l'ovarite a une marche insidieuse dans son début et lente dans son évolution; la plupart de ses phénomènes s'exagèrent au moment des poussées menstruelles, pour s'amender dans leur intervalle; il en résulte un caractère intermittent de l'affection qui récidive et se rallume avec la plus grande facilité. Aussi, après une période aiguë, l'ovarite devient ordinairement chronique et permanente (Gallard).

La terminaison par suppuration est rare en dehors de la puerpéralité et de l'infection purulente. Elle se traduit par l'augmentation de la douleur locale et l'apparition d'accès fébriles irréguliers.

L'abcès peut s'ouvrir dans le péritoine, où il détermine une péritonite suraiguë rapidement mortelle, dans le rectum ou dans la vessie, quelquefois dans un foyer de péritonite localisée et de là dans un organe voisin; plus rarement dans le vagin ou à la paroi abdominale antérieure, soit directement, soit par le canal inguinal ou par l'arcade crurale.

La complication la plus ordinaire est la péritonite.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'ovarite est moins difficile aujourd'hui, depuis que les signes locaux ont pu être contrôlés par l'examen des pièces enlevées pendant la vie. Cette affection ne peut guère se diagnostiquer que par ses signes physiques; elle ne peut être reconnue que par le toucher simple ou bi-manuel, le toucher

vaginal et rectal combinés, donnant la notion d'une tuméfaction siégeant dans la région de l'ovaire ou dans le cul-de-sac recto-utérin.

La névralgie de l'ovaire ne se distingue guère que par l'absence de fièvre et le faible degré de tuméfaction de l'organe. La névralgie lombo-abdominale se reconnaît à ses points douloureux spéciaux,

Le déplacement simple de l'ovaire dans le cul-de-sac recto-vaginal se distingue par la mobilité, l'indolence relative, l'absence d'hypertrophie de l'organe, qui est fixe, douloureux et augmenté de volume dans l'ovarite.

On pourrait, à la rigueur, chercher les caractères différentiels qui séparent cette affection de la salpingite et de la pelvi-péritonite; mais ces diverses affections se trouvent si souvent en coïncidence avec l'ovarite, qu'il est toujours difficile de faire la part des symptômes à attribuer à l'une ou l'autre de ces diverses affections.

L'ovarite *chronique* ne peut de même être reconnue que par les résultats de l'examen local. Les symptômes nerveux et fonctionnels qui lui sont attribués ne sauraient être distraits de la symptomatologie générale des affections utérines et péri-utérines.

Traitement. — L'ovarite congestive simple sera traitée par les antiphlogistiques et les calmants, parmi lesquels les préparations opiacées et surtout les injections de morphine tiennent le premier rang. Dès que la présence du pus est soupçonnée, l'organe malade doit être enlevé par la laparotomie; c'est le seul moyen de guérir radicalement l'affection et de prévenir les récurrences qui se font d'une manière presque fatale après l'ouverture spontanée ou après la ponction ou l'incision simple de la collection.

L'ovarite chronique comporte dans son traitement les mêmes indications générales que la métrite chronique et sera soignée par les mêmes moyens. La ménopause peut amener une sédation de tous les accidents. Mais, bien avant cette époque, ceux-ci peuvent être tellement répétés et persistants qu'ils condamnent la malade à une existence tout à fait misérable.

Dans ces derniers temps, Lawson Tait, mettant sur le compte de l'ovarite ou de la périovarite chronique des troubles variés résistant à tout traitement, a proposé dans ces cas de recourir à l'ablation des organes malades. L'opération paraît surtout indiquée si l'examen révèle de la sensibilité et du gonflement dans la région de l'ovaire

ou dans un des points où celui-ci est devenu accessible à la palpation; elle a été aujourd'hui exécutée un très grand nombre de fois et fournit d'excellent résultats.

III

TUMEURS DE L'OVAIRE.

Les tumeurs de l'ovaire sont des tumeurs *liquides* ou *kystes*, généralement *bénignes* au point de vue histologique, des tumeurs *solides* également bénignes, et diverses variétés de cancer compliquées ou non de productions kystiques.

Spencer Wells classe les tumeurs de l'ovaire sous trois chefs :

1° Tumeurs *adénoïdes*, formées d'un tissu glandulaire, à différents degrés d'altération, comprenant les diverses variétés de kystes;

2° Tumeurs de nature *fibreuse*, résultant de l'accroissement du tissu connectif de l'organe;

3° Tumeurs qui revêtent une forme maligne et sont essentiellement constituées par des dégénérescences ou des néoformations.

1° KYSTES DE L'OVAIRE.

Depuis vingt ans environ les kystes de l'ovaire ont été en France et à l'étranger l'objet d'un nombre considérable de travaux de toute nature, aussi bien au point de vue de l'anatomie pathologique que de la médecine opératoire. Il nous serait absolument impossible d'en donner ici même un court aperçu; nous ne pouvons que citer les mémoires les plus importants qui résument les connaissances actuelles ou contiennent des documents nouveaux. On trouvera d'importants travaux sur ce sujet dans les traités de Gallez (1875), de Boinet (1877), de Courty (1879), dans celui de Spencer Wells (*traduction française*, 1885), dans les mémoires de Malassez et de Sinéty (*Archives de physiologie*, de 1878 à 1881), dans les articles OVAIRE des deux dictionnaires (Kœberlé, Boinet), dans le traité d'Hégar et Kaltenbach (*traduction française*, 1884) dans les thèses de Quenu (1881) et de Poupinel (1886).

Anatomie pathologique. — Les kystes de l'ovaire sont aussi quelquefois décrits sous le nom de *kystes ovariens* ou *ovariques* ou *hydropisie enkystée de l'ovaire*. On doit étudier leur contenant ou poche et leur contenu, qui peut être très variable.

Avec Cruveilhier, de Sinéty et autres, nous divisons les kystes de l'ovaire en : a, *Kystes uniloculaires*, constitués par une seule grande poche, libre ou cloisonnée; b, *pauciloculaires*, possédant deux ou trois cavités principales; c, *multiloculaires* et *aréolaires*, présentant de nombreuses poches de forme et de dimensions variables; d, *Kystes dermoïdes*. Sauf cette dernière classe, toutes ces variétés appartiennent à la même famille.

a. *Kystes uniloculaires*. Cette variété réelle et utile à connaître au point de vue chirurgical, n'existe pas au point de vue anatomique (de Sinéty). Même dans les cas où il n'y a qu'une seule poche apparente, on rencontre dans l'épaisseur des parois de petites cavités secondaires. Mais l'une des poches peut prendre un développement tel que, cliniquement, le kyste doit être dit *uniloculaire*.

L'ovaire est transformé en une poche fibreuse pouvant aller jusqu'au volume de l'utérus gravide et beaucoup plus. La poche contient un liquide généralement séreux, peu albumineux, peu dense. Elle présente parfois des *cloisons* incomplètes, résistantes, laissant communiquer toutes les poches, ou des *végétations* ou mamelons de volume et de forme variables, plus ou moins nombreux, constitués par un tissu fibreux aréolaire, à mailles plus ou moins serrées.

b. Les kystes *pauciloculaires* forment la transition entre les kystes uniloculaires et les kystes multiloculaires. Il existe en général une poche principale, *poche mère*, sur la paroi de laquelle viennent se produire d'autres kystes de deuxième et de troisième ordre. Ces kystes peuvent être indépendants les uns des autres et adossés, ou au contraire ils peuvent être séparés par une cloison commune et ne pas posséder de parois propres.

c. Les kystes *multiloculaires* et *aréolaires*, dits aussi quelquefois kystes *colloïdes*, sont constitués par des vésicules ou des alvéoles de grandeur variable, indépendantes ou communiquant entre elles. On a comparé la disposition générale de ces tumeurs à celle d'un gâteau de miel. Dans son ensemble, le kyste multiloculaire se compose en général d'une *grande poche*, contenant de nombreux kystes dont le volume varie depuis celui d'un pois à celui d'une tête de fœtus, et

une masse aréolaire. Des kystes secondaires, des végétations, font saillie, tantôt à la surface externe des loges principales, tantôt à leur face interne. Les masses kystiques sont quelquefois pédiculées et rappellent la disposition d'une grappe de raisin. Le liquide contenu dans ces tumeurs polykystiques est filant et visqueux, comme de la gelée, du miel, du blanc d'œuf.

Dans le kyste simple ou uniloculaire, la paroi propre du kyste comprend trois couches, surtout distinctes au voisinage du pédicule de la tumeur : une couche externe fibreuse ou péritonéale, tapissée d'épithélium cylindrique bas qu'on ne peut pas confondre avec l'endothélium péritonéal, une couche moyenne ou cellulo-vasculaire, une couche interne revêtue de formes épithéliales diverses, caliciformes, cylindriques simples ou à cils vibratiles, quelquefois d'éléments d'aspect indéterminé et bizarre (*Épithélium métatypique*, de Malassez). Plusieurs épithéliums peuvent coexister dans une même cavité. Par places, la couche moyenne disparaît et les deux couches fibreuses, péritonéale et cavitaire, peuvent se confondre en une seule. Cette paroi kystique fibreuse renferme quelques fibres élastiques et une grande quantité de fibres musculaires. Son épaisseur peut varier depuis celle d'une mince membrane jusqu'à un pouce et plus; on y trouve quelquefois de petits kystes microscopiques.

Cette paroi contient des artères et des veines siégeant les unes dans la couche moyenne, les autres dans les couches moyenne et externe. Ces veines quelquefois très volumineuses, de la grosseur du petit doigt, ont des parois épaisses et très musculaires, et par places elles se confondent avec les tissus voisins, rappelant la disposition des sinus de la dure-mère.

Les lymphatiques sont très nombreux dans les parois du kyste et se continuent avec ceux des ligaments larges (de Sinéty).

Dans les kystes *pauciloculaires* on retrouve les trois couches de la paroi distinctes surtout au voisinage du point d'implantation du kyste et réduites à une seule couche dans les cloisons.

Les kystes *multiloculaires* représentent le type le plus achevé, le plus vivace et aussi le plus proliférant parmi ces tumeurs. Composés de cavités petites et multiples, de masses bourgeonnantes, ils présentent des parois moins achevées que dans les deux formes précédentes et ne contiennent qu'en des points fort restreints les trois couches ci-dessus décrites. Leur surface externe est semée des végé-

tations les plus variées et les plus abondantes, ayant l'apparence de kystes microscopiques ou de fongosités exubérantes, ou encore celle de papillomes, d'angiomes et d'adénomes mêlés ensemble. Quelques-unes consistent en des végétations conjonctives en dégénérescence myxomateuse.

Ces mêmes végétations se retrouvent à la face interne des kystes, recouvertes d'un épithélium polymorphe ou métatypique.

L'ovaire a toujours disparu au milieu de ces produits.

Ces kystes à cavités multiples représentent des tumeurs actives et proliférantes, tandis que les kystes uniloculaires peuvent être considérés comme une lésion qui a cessé de multiplier. C'est ainsi que Paget divise ces kystes en kystes *simples et stériles* et en kystes *composés et proliférants*.

Le liquide contenu dans ces kystes est très variable suivant les cas et paraît être en rapport avec la nature du revêtement épithélial. Il peut acquérir des proportions considérables variant depuis un ou deux litres, jusqu'à 10, 15, 20 et même 50; après la ponction, il se reproduit avec une grande rapidité et l'on arrive par des ponctions répétées à soustraire des quantités de liquide vraiment prodigieuses. Pagenstecker a retiré 1152 litres par 55 ponctions; Griffin 751 gallons en 186 ponctions pratiquées en 10 ans; Mead 1820 pintes par 66 ponctions faites en 60 mois, Bézard 10 275 pintes en 15 ans, par 665 ponctions.

Tantôt comparable à de la sérosité pure ou à de l'albumine, le liquide ressemble parfois à de la gelée, à du miel, à de l'huile, à de la glu. Il est tantôt très fluide, clair comme de l'eau de roche, ou séreux, jaune-citrin, jaune-verdâtre moussant par l'agitation, tantôt lactescent, séro-sanguinolent, plus ou moins épais, plus ou moins coloré, filant, huileux, albumineux, hémattique, colloïde, ou purulent.

Dans les kystes uniloculaires simples, le liquide est ordinairement comme le sérum du sang, jaune pâle, très analogue au liquide ascitique; quelquefois il est visqueux et il a la couleur du café, du chocolat, par son mélange avec une plus ou moins grande quantité de sang.

Le liquide des kystes multiloculaires ou composés est toujours filant, épais, albumineux comme du blanc d'œuf; le même kyste contient souvent des liquides de diverse nature et renferme dans une

poche un liquide clair, citrin, aqueux, à côté d'un liquide puriforme sanguinolent, noir, poisseux, ou d'une substance grasseuse, albumineuse, mélicérique.

Dans les kystes dermoïdes, le contenu est calcaire, crétaé, purulent ou colloïde, mélangé avec des membranes de la peau, des poils, des cheveux, des parties osseuses, des dents, etc.

D'après de Sinéty, le liquide des kystes est en rapport avec la variété d'épithélium qui tapisse la surface interne de la poche : il est limpide et filant avec les cellules cylindriques, épais et gélatineux quand l'épithélium caliciforme domine.

Méhu a démontré par des analyses récentes que le liquide des kystes de l'ovaire se comporte vis-à-vis des réactifs comme un mélange d'albumine et d'une matière albumineuse un peu différente de la *paralbumine*. Celle-ci donne à ces liquides leur consistance spéciale et leur viscosité particulière.

L'examen des différents liquides ovariens a conduit ce chimiste à les ranger en diverses classes suivant leur aspect, leur consistance et la quantité de résidu sec fourni par kilogramme de liquide. Il est arrivé à cette conclusion pratique que tout liquide séreux, filtré, extrait de la cavité abdominale d'une femme et dont le résidu sec pèse plus de 70 grammes par kilogramme, doit être considéré comme de provenance ovarienne et n'est pas un liquide ascitique.

On y trouve les sels du sang, le chlorure de sodium, le phosphate et le carbonate de soude; aussi ce liquide est toujours alcalin. Il contient quelquefois de la cholestérine et des matières grasses qui lui donnent un aspect lactescent.

Au microscope, on y trouve des cellules épithéliales plus ou moins altérées en dégénérescence myxomateuse, des cristaux de cholestérine et d'acide urique, des cellules grasses, quelquefois des globules sanguins déformés et altérés.

Quelle que soit sa variété, le kyste de l'ovaire adhère à l'utérus par un *pédicule* dans lequel on retrouve plus ou moins intacts les divers éléments qui entrent dans la constitution du ligament large; le ligament de l'ovaire et la trompe sont souvent hypertrophiés; l'artère ovarienne, très augmentée de volume, en est le principal vaisseau nourricier (de Sinéty).

Le pédicule est tantôt long et grêle formé surtout des vaisseaux et

ne comprenant que peu de tissu conjonctif, tantôt large et court contenant beaucoup des éléments du ligament large.

Dans quelques cas, il peut s'atrophier, parfois se tordre ou même se rompre ou s'arracher en donnant lieu à des accidents sur lesquels nous aurons à revenir.

Mode de développement et évolution. — Pendant longtemps, avec Cruveilhier, Velpeau, Seymour, Dugès, Négrier, Cazeaux (*thèse d'agrég.*, 1844) on a admis que les kystes de l'ovaire n'étaient autre chose que le résultat du développement des follicules de Graaf, que ces follicules étaient des kystes en miniature (Cazeaux). Un peu plus près de nous, à partir de 1858, depuis les travaux de Bauchet et Huguier, Cruveilhier reconnaît que cette pathogénie n'est pas applicable aux formes complexes des kystes, et avec Rokitansky, Virchow, Führer, Forster, Scanzoni, Hewitt, Paget, on revint à une opinion mixte qui accorde aux vésicules de Graaf ou aux corps jaunes l'origine des kystes simples (uniques ou multiloculaires), mais qui admet pour les formes plus complexes l'idée d'une néoformation que la plupart de ces auteurs placent dans le stroma ovarien.

En 1864, la question entre dans une nouvelle phase : Wilson Fox compare la formation des kystes au travail de formation embryonnaire de l'ovaire; il rappelle que les vésicules de Graaf se forment par une série d'étranglements des tubes de Pflüger, et il se demande si les tumeurs kystiques ne sont pas une répétition anormale d'un mode d'évolution de la vie fœtale et si les kystes multiples ne sont pas dus à la transformation de tubes glandulaires dont les orifices s'oblitérent.

En 1870, Waldeyer complète ces données et démontre que tous les kystes de l'ovaire se développent aux dépens de formations *épithéliales* glandulaires, absolument semblables à celles de l'ovaire embryonnaire, que les kystes en un mot sont de véritables *tumeurs épithéliales*, tirant leur origine du revêtement épithélial de l'ovaire, soit de tubes analogues à ceux de Pflüger datant de la période embryonnaire, soit d'une invagination postérieure de l'épithélium superficiel.

Ces recherches ont été reprises depuis 1875 par de Sinéty et Malassez dans une série de travaux : pour ces auteurs, les kystes par hydropisie folliculaire, ou ceux provenant des corps jaunes ou d'hémorrhagie dans la substance de l'ovaire ou de ramollissement du