

présentant assez bien la forme de choux-fleurs, et que le microscope démontre formées de papilles saillantes exclusivement constituées par des cellules épidermoïdales en grand nombre. Ces végétations constituent en définitive de petites tumeurs épidermiques entremêlées de vaisseaux capillaires très nombreux.

La maladie, dans ces conditions, est à la première période; elle s'annonce par des hémorrhagies utérines plus ou moins fréquentes et par un écoulement aqueux, en général abondant et épuisant rapidement les malades. Tant qu'elle reste à cette période, la maladie semble locale et ne récidive pas lorsqu'on vient à la détruire.

A une seconde période, ces végétations s'ulcèrent et sont remplacées par des ulcérations inégales, profondes, essentiellement phagédéniques, qui ont pour fond le même tissu épidermoïdal.

Ces ulcères produisent des hémorrhagies abondantes, avec écoulement sanieux, semblable à celui des ulcérations cancéreuses; ils amènent la mort d'une manière analogue à ces derniers, et au milieu d'un état cachectique profond.

Pour guérir cette affection, quand elle est encore à la première période et que la plus grande partie du col utérin est encore saine, il faut enlever la partie malade. On arrive à ce résultat par la simple excision du col dans la partie saine, ou par une cautérisation vigoureuse des végétations.

Si cette maladie existe réellement, personne ne contestera qu'elle ne doive au moins être très rare, ou j'ai été très peu favorisé par le hasard, car voilà dix années que je me livre à l'étude des maladies de l'utérus, et je n'ai jamais eu occasion d'en observer un seul cas. Les recherches les plus récentes qui ont été faites sur le cancer, ont démontré que la cellule cancéreuse n'existe pas, et que ce qu'on prenait pour telle n'était tout simplement qu'une cellule épithéliale externe ou modifiée; alors il est permis de se demander si ces prétendus cancroïdes ne sont pas simplement une variété du cancer du col de l'utérus.

Tout en adoptant cette opinion, qui semble la plus probable, je crois cependant, sous le rapport du traitement, que toutes les fois qu'on observera des femmes présentant les végétations en choux-fleurs à la première période, et que la partie supérieure du col restera à l'état sain, on devra exciser la partie malade en opérant au milieu de la partie saine du col, ou bien cautériser vigoureusement ces végétations avec le fer rouge. Le doute seul sur la possibilité de leur récidive doit faire adopter ce mode de traitement.

## SECTION IV.

## DES KYSTES DES OVAIRES.

L'histoire des kystes de l'ovaire a fait beaucoup de progrès dans ces derniers temps. C'est surtout aux recherches d'anatomie pathologique que la science en est redevable; aussi est-ce dans les travaux concernant cette science que l'on trouve surtout les connaissances exactes sur les caractères et la nature des diverses espèces de kystes ovariens. M. le professeur Cruveilhier, dans ses deux ouvrages (1), a tracé d'une manière complète et de main de maître l'histoire des kystes de l'ovaire. M. Cazeaux en a résumé les principaux travaux publiés jusqu'en 1844 (2). M. Houël (3), dans son livre, a fait l'histoire des kystes de l'ovaire déposés au Musée Dupuytren, et dont les principaux types sont représentés dans mes planches XV et XVI. Depuis, en France surtout, cette histoire a fait peu de progrès; car dans la discussion qui eut lieu en 1856 et 1857 à l'Académie de médecine (4), il était évident que la plupart des documents anatomiques qu'on invoquait ne sortaient pas des divisions

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*. Paris, 1830-1842, 2 vol. in-fol., avec 233 planches coloriées, livraisons 5, 18, 25, 35. — *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1849-1856, 3 vol. in-8, t. III, p. 345-447.

(2) Cazeaux, *Des kystes de l'ovaire*, in-4 (*Thèse de concours*, Paris, 1844).

(3) Houël, *Manuel d'anatomie pathologique*, 1857, 1 vol. gr. in-18, p. 624.

(4) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXII, 1856-1857.

données par M. Cruveilhier. Cette discussion, brillante du reste, et dont nous donnerons plus loin le résumé, a jeté une vive lumière sur l'histoire et surtout sur le traitement des kystes de l'ovaire.

En Allemagne, on s'occupa surtout de l'anatomie pathologique et de l'histologie des kystes de l'ovaire. C'est principalement à Virchow qu'on doit les progrès qui ont été faits à cet égard; mais ces progrès sont loin d'être aussi grands qu'on pourrait le croire. Forster, Scanzoni n'ont fait, l'un que résumer, l'autre que développer les opinions de Virchow; mais tous les trois ont eu le tort grave d'oublier que les principaux travaux sur ce sujet avaient été faits en France, et qu'il ne leur restait plus qu'à déblayer quelques parties du terrain, principalement en ce qui concerne les kystes *aréolaires* ou *vésiculaires*. On est surtout frappé d'étonnement quand on voit Scanzoni (1), dans l'article qu'il a consacré aux *Tumeurs de l'ovaire*, et dans lequel il mélange l'histoire des kystes simples, des kystes composés, des tumeurs fibreuses, des cancers et de la plupart des autres affections des ovaires, ne pas même citer le nom de M. le professeur Cruveilhier.

Nous allons essayer de rendre à chacun ce qui lui appartient, et j'espère montrer combien est faible la part qui revient aux anatomo-pathologistes allemands. J'adopte dans la partie anatomo-pathologique l'ordre et la division de M. le professeur Cruveilhier.

#### ARTICLE I. — Anatomie pathologique des kystes des ovaires.

Nous allons nous occuper : 1° de l'origine des kystes des ovaires; 2° de leur disposition; 3° de leurs rapports avec les parties voisines; 4° de la structure de leurs parois; 5° des caractères physiques et chimiques des liquides qu'ils contiennent; 6° de la structure des kystes aréolaires et vésiculaires.

(1) Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, 1838, 1 vol. in-8, p. 345.

#### § 1. Origine des kystes des ovaires.

Il est probable que ce sont les vésicules de de Graaf qui, étant en définitive, à l'état normal, de petits kystes séreux, servent de point de départ aux kystes pathologiques de l'ovaire. M. Cruveilhier a pu, dans une série de faits, suivre l'évolution des kystes de l'ovaire depuis le volume d'une cerise jusqu'à leur développement le plus complet. Ces faits lui ont démontré que c'était bien dans l'épaisseur de l'ovaire et dans sa membrane propre que se développent les kystes ovariques (pl. XVI, fig. 1 et 2).

On a voulu également placer l'origine des kystes dans des vésicules extra-ovariennes ou kystes des ligaments larges, mais ces kystes n'acquièrent jamais un volume supérieur à celui d'une orange. M. Follin a démontré que ces vésicules formées aux dépens de petits canaux visibles à l'œil nu chez tous les sujets et à tous les âges, surtout chez les enfants nouveau-nés, étaient les vestiges d'un organe fœtal, l'*organe de Rosenmuller*. Ces kystes extra-ovariens sont quelquefois pédiculés ou même supportés par un long filament formé en grande partie par le péritoine (pl. XV, fig. 2). D'autres sont sessiles et soulèvent l'un ou l'autre des deux feuillettes du péritoine qui constituent les ligaments larges (pl. XV, fig. 1). Ces kystes peuvent encore être attachés à différentes parties de la trompe ou de son pavillon.

D'après Forster (1), au début de tous les kystes ovariques, on trouve d'abord de petits kystes néoplastiques, à parois remplies de matière colloïde et tapissées par de l'épithélium. Ces vésicules augmentent tant en nombre qu'en volume et finissent par former une tumeur appréciable.

La matière colloïde continuant d'augmenter, les petites vésicules confluent jusqu'à former des kystes considérables par l'atrophie des cloisons qui les séparent; à leur tour, ces cloisons

(1) Forster, *Manuel d'anatomie pathologique*, 1833, in-8, fig.

peuvent disparaître et leur contenu se réunir avec les tumeurs voisines en un kyste unique volumineux. Ces deux théories sont, comme on le voit, fort différentes l'une de l'autre : dans le premier cas, c'est une vésicule unique qui se développe et grandit peu à peu. Dans la seconde, ce sont des vésicules développées dont les parois se déchirent pour former un kyste unique. On admet généralement la première de ces deux théories pour les kystes uniloculaires. La seconde peut s'appliquer aux kystes multiloculaires.

§ 2. Disposition des kystes des ovaires.

Les kystes, sous le rapport de leur disposition, présentent, d'après M. Cruveilhier, les quatre espèces suivantes : 1° les kystes uniloculaires ; 2° les kystes multiloculaires ; 3° les kystes aréolaires ; 4° les kystes composés.

1° *Kystes uniloculaires.* — L'ovaire est transformé en poche fibreuse. Son volume peut acquérir celui de l'utérus arrivé au terme de la grossesse. M. Cruveilhier en distingue quatre variétés.

a. *Kyste uniloculaire simple.* — Poche fibro-séreuse régulière, dont le feuillet séreux est en dehors et le feuillet fibreux en dedans, tous deux intimement unis. La surface interne, lisse dans quelques cas, est rugueuse et inégale dans d'autres.

b. *Kyste uniloculaire cloisonné.* — Les cloisons qu'on y observe sont incomplètes, et quelquefois remplacées par des brides. Les cloisons comme les brides sont résistantes et permettent une libre communication entre toutes les parties.

c. *Kyste uniloculaire végétant.* — Le kyste ne constitue pas une poche unique. De sa face interne naissent des végétations ou mamelons de volume et de forme variables, plus ou moins nombreux. Ces végétations sont en général sphériques et constituées par un tissu fibreux aréolaire à mailles plus ou moins serrées ; on les reconnaît parfois pendant la vie.

d. *Kyste uniloculaire flasque.* — Ce sont des kystes à

parois dénuées de résistance élastique, défaut qui donne à la poche une flaccidité remarquable ; il semble que le kyste a été incomplètement vidé.

Le liquide contenu dans ces quatre variétés de kyste est en général séreux, peu riche en albumine et d'une densité assez faible.

2° *Kystes ovariennes multiloculaires.* — Cette deuxième espèce est constituée par un nombre variable de poches plus ou moins volumineuses et complètement distinctes les unes des autres. En général, dans cette forme, il existe un kyste principal et plusieurs kystes secondaires (pl. XVI, fig. 3). Rarement les kystes ont tous le même volume ; il arrive souvent que, d'abord complètement indépendants les uns des autres, ils viennent plus tard à communiquer. Lorsqu'il en est ainsi, la communication est assez régulière, arrondie et semble faite par un emporte-pièce, résultat probable de la distension trop considérable des poches. M. Cruveilhier admet les deux variétés suivantes :

a. *Kyste dont les parois sont indépendantes les unes des autres et sont adossées.* — Il n'y a pas de cloison commune.

b. *Kyste dont les cloisons sont communes et qui n'ont pas de parois propres.* — Le liquide contenu dans les kystes multiloculaires est en général comme le précédent, séreux, peu dense et peu riche en albumine.

3° *Kystes aréolaires ou vésiculaires.* — Dans ces kystes, l'ovaire est transformé en une masse aréolaire (1) à mailles ou en vésicules de grandeurs bien diverses et communiquant les unes avec les autres. Les vésicules sont de grandeur variable ; il existe une cloison commune, souvent indépendante. On voit dans d'autres cas les vésicules communiquer les unes avec les autres par des orifices assez réguliers et qui semblent avoir été faits avec un emporte-pièce.

Le liquide contenu dans ces vésicules est filant, visqueux et présente souvent la consistance de la gelée, du miel ou du

(1) Cruveilhier, *Anat. pathol.*, avec figures, liv. v, pl. 3, et liv. xxv, pl. 2.

blanc d'œuf, il s'écoule difficilement par la ponction et rend la plupart du temps cette opération inutile. C'est à cette variété que Virchow, Forster, Scanzoni et la plupart des Allemands donnent le nom de kystes *colloïdes*.

4° *Kystes ovariens composés*. — Dans cette espèce, les trois variétés de kystes étudiés précédemment sont mélangées ensemble. On doit observer en pareil cas que la nature du liquide est toujours celle des kystes vésiculaires; il est épais et visqueux; quelquefois la poche vésiculaire est complètement distincte des parties uni ou multiloculaires.

§ 3. Rapports des kystes des ovaires avec les parties voisines.

1° *Rapports des kystes de l'ovaire avec les parois abdominales*. — Les kystes sont en rapport avec la paroi abdominale sans qu'il y ait d'anse intestinale intermédiaire; ils les refoulent au-dessus d'eux. M. Cruveilhier cite cependant, d'après M. E. Cloquet, un cas dans lequel le grand épiploon s'était interposé entre le kyste et la paroi.

Le kyste ovarien n'est pas en général adhérent à la paroi abdominale. Ces adhérences ne se rencontrent que rarement après la ponction, même au point où le trocart a franchi la paroi de l'abdomen et du kyste.

2° *Rapports du kyste de l'ovaire avec l'utérus*. — L'utérus est placé en général au-devant de la partie inférieure du kyste, auquel il est uni assez souvent par des adhérences celluluses. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'on a pu trouver l'utérus en arrière (M. Cruveilhier l'a cependant observé trois fois); de plus, l'utérus subit souvent des déviations et des déformations. Il survient assez souvent une déviation notable dans l'axe de l'utérus. Ce dernier, au lieu de conserver sa direction oblique, devient horizontal. Les déformations que subit l'utérus sont les suivantes: augmentation du diamètre vertical de l'organe; effacement presque complet du museau de tanche; élongation remarquable de l'angle supérieur de l'utérus correspondant à l'ovaire dans lequel siège le kyste.

3° *État des annexes de l'utérus* (Trompes, ligaments ronds, ovaires).

*Côté sain*. — On trouve en général l'ovaire sain ou quelquefois présentant un commencement d'hydropisie. La trompe est saine; le ligament rond plus volumineux et hypertrophié.

\* *Côté malade*. — L'ovaire est quelquefois complètement disparu, on n'en trouve plus aucun vestige; de plus il existe de ce côté une hypertrophie et une élongation notable de la trompe.

4° *Rapports du kyste ovarien avec les intestins*. — L'intestin grêle est refoulé en haut et en arrière par la tumeur, lorsque le kyste arrive jusqu'à l'épigastre. Les mêmes intestins se logent dans l'hypochondre gauche au-devant et au-dessous de l'estomac. L'arc du côlon à gauche suit l'intestin grêle, le droit va se placer à droite au-dessous du foie.

Le cæcum, les côlons ascendant et descendant, l'S iliaque et le rectum restent en place et sont en général placés derrière le kyste.

§ 4. Structure des parois des kystes ovariens.

La structure des parois des kystes n'est pas absolument la même dans les kystes uniloculaires, multiloculaires et aréolaires. Il est nécessaire de les étudier à part.

*Structure des parois des kystes uniloculaires et multiloculaires*. — La poche de ces kystes est blanchâtre, demi-transparente, opaline, elle a de 2 à 3 millimètres d'épaisseur et sa structure est fibreuse. Cette poche se compose de deux couches: une externe séreuse, l'autre interne fibreuse. La couche interne, ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le dire, est plutôt fibro-séreuse que séreuse. On voit quelquefois naître de sa face interne des végétations variqueuses très denses, d'une dureté cornée, formées par des papilles juxtaposées, tantôt isolées, tantôt groupées, tantôt disposées suivant des lignes régulières.

Quelquefois il y a des plaques cartilagineuses ou osseuses véritablement incrustées dans les parois des kystes; d'autrefois les parois sont presque osseuses ou osséiformes.

Les parois des kystes sont surtout riches en vaisseaux veineux (pl. XVI, fig. 3). Il y en a deux couches, une superficielle et une profonde. La couche superficielle la plus considérable est constituée par de grosses veines creusées dans l'épaisseur de la couche fibreuse; elles présentent quelque analogie avec les sinus de la dure-mère. On dirait les vaisseaux situés immédiatement au-dessous de la séreuse.

On voit quelquefois le liquide séro-albumineux devenir filant, gélatiniforme.

Les veines profondes sont assez souvent nombreuses, mais très peu développées. Les artères sont beaucoup moins nombreuses que les veines.

§ 5. Caractères physiques et chimiques des liquides contenus dans les kystes uniloculaires et multiloculaires.

Ce liquide est en général constitué par une sérosité albumineuse, quelquefois claire, surtout dans les grands kystes, d'autres fois louche et trouble. Quand il y a plusieurs kystes, les liquides qu'ils renferment n'ont pas tous la même composition, il arrive souvent que les uns sont plus chargés que les autres en albumine.

Voici, du reste, les caractères physiques et chimiques des liquides contenus dans ces kystes; j'extrait ces résultats d'un travail encore inédit qui m'est commun avec le docteur Vernois sur les liquides pathologiques se développant au sein de l'organisme, et j'ai cru devoir en parler ici parce que je pense qu'ils peuvent conduire à plusieurs conséquences qui ne sont pas sans importance.

Le premier fait à noter c'est que les kystes uniloculaires ne contiennent pas exclusivement du liquide clair séreux et albumineux. On peut voir par le dernier surtout que le liquide contenu était filant et visqueux.

Lorsqu'il existe plusieurs kystes isolés et ne communiquant pas les uns avec les autres, les liquides quelquefois semblables

sont dans d'autres cas notablement différents. L'un renferme une sérosité claire, transparente, albumineuse et peu dense, l'autre un liquide épais, filant, visqueux et d'une couleur brune plus ou moins foncée.

Ces divers liquides provenant tous de kystes uniloculaires et multiloculaires ont la même composition, mais la concentration des parties solides en dissolution dans l'eau diffère notablement.

Ainsi, pour la densité, on a eu les variations de 1033 à 1007. La réaction est alcaline ou neutre, mais jamais acide. Les liquides les plus clairs ont tous leur viscosité spéciale. A quoi est due cette viscosité? Ce n'est pas à de la gélatine, j'ai pu maintes fois m'en assurer. La cause de cet état filant et visqueux est due à trois circonstances: 1° un état particulier de l'albumine; 2° la présence d'une grande quantité de matières dites extractives; 3° la graisse et spécialement la cholestérine. Ce sont trois propositions qui seront démontrées dans le tableau (voy. p. 224 et 225).

La quantité de matières solides, en mettant de côté les kystes qui contenaient du sang, a varié de 99,3 à 21,5, richesse beaucoup plus grande que dans toutes les hydropisies proprement dites.

La proportion d'albumine (en mettant toujours de côté les liquides où il existe du sang) a varié de 81,6 à 17,4 pour 1000. La fibrine a souvent manqué, fréquemment on n'en trouvait que des traces qu'on n'a pas jugé à propos d'isoler, tant il y en avait peu; quand elle a été pesée, on en a rencontré de 0,01 à 0,06 pour 1000 parties de liquide.

Les matières grasses n'ont pas toujours été isolées et pesées; leur quantité varie également beaucoup. Elles sont surtout abondantes quand le liquide est filant et visqueux; on en a trouvé de 0,02 à 5,40 pour 1000.

Les sels ont présenté les variations les plus grandes et les plus singulières, 10,2 à 1,5 pour 1000. Leur quantité a toujours été à peu près directement proportionnelle à celle des parties liquides.

## Analyse des liquides des kystes des ovaires.

ORIGINE.	PONCTIONS.	CARACTÈRES DU LIQUIDE.	DENSITÉ.	EAU.	MATIÈRES SOLIDES.	ALBUMINE PURE.	FIBRINE.	MATIÈRES GRASSES.	SELS.
1. Femme de trente-six ans, kystes multiples et volumineux. ....	1 <sup>re</sup> .	Liquide filant, visqueux.	1027	941,6	58,40	49,35	.....	0,06	8,5
	2 <sup>e</sup> .	Gris jaunâtre, trouble. ....	1030	936,5	63,50	52,40	.....	.....	9,4
2. Femme de trente-cinq ans, kystes de l'ovaire, à plusieurs loges. ....	Une.	Liquide trouble, très filant.	Non prise.	932,1	67,9	61,5	Traces.	2,1	5,8
3. Femme de quarante et un ans, kystes de l'ovaire, uniloculaires. ....	Une.	Liquide transparent, clair.	1015	955,3	44,7	39,8	0,06	.....	3,8
4. Femme de vingt-deux ans, plusieurs kystes, un plus grand, ponction. ....	Une.	Liquide brunâtre, épais, filant, visqueux. ....	.....	928,3	71,7	57,4	.....	5,40	6,9
5. Cette femme était morte, on a recueilli dans 3 kystes des liquides différents. ....	1 <sup>er</sup> kyste. 2 <sup>e</sup> kyste. 3 <sup>e</sup> kyste.	Lactescent, un peu coloré. Très pâle, peu coloré, transparent. .... Trouble et sanguinolent. ....	1007 1008 1027	978,5 976,6 912,5	21,5 23,4 87,5	17,4 19 71,4	Traces. ..... Traces.	..... ..... 4,3	2,9 4,5 5,2
6. Jeune fille de dix-neuf ans, 9 ponctions faites pendant la vie, kystes	1 <sup>re</sup> . 2 <sup>e</sup> . 3 <sup>e</sup> .	Liquide jaune citrin. .... Épais, trouble, coloré en rouge. .... Brunâtre, très peu liquide, blanc, lactescent, très visqueux. ....	1031 ..... .....	909,3 914,4 932,92	90,7 85,6 67,08	81,6 Trop peu pour analyser. 61,4	0,052 ..... 0,071	..... ..... 0,09	7,8 ..... 5,8

multiloculaires; les ponctions ont été faites dans trois points différents; on n'a pas analysé les liquides recueillis après la mort. ....	4 <sup>e</sup> . 5 <sup>e</sup> . 6 <sup>e</sup> . 7 <sup>e</sup> . 8 <sup>e</sup> . 9 <sup>e</sup> .	Très pâle et peu lactescent; il y en a beaucoup. Même kyste et même liquide. .... Trouble, sanguinolent, peu. ....	1015 1015 1029 ..... ..... .....	955,7 On n'a pas fait l'analyse à cause de la similitude de densité et de caractères physiques. 913,6 936,6 922,9 900,7 ..... .....	44,30 86,4 63,4 77,1 99,3 ..... .....	35,2 76,9 Trop peu pour analyser. ..... ..... ..... .....	Traces. 0,010 ..... ..... ..... .....	0,3 ..... ..... ..... ..... .....	8,6 ..... ..... ..... ..... .....
7. Kystes multiloculaires, liquide recueilli après la mort dans 4 kystes différents. ....	1 <sup>re</sup> . 2 <sup>e</sup> . 3 <sup>e</sup> . 4 <sup>e</sup> .	Trouble, rougeâtre, sanguinolent. .... Clair citrin, transparent. Filant, épais, visqueux. Sanguinolent, épais, visqueux. ....	1020 1015 ..... 1033	..... ..... ..... .....	88,6 43,2 82,6 101,3	77,4 35,7 ..... 90,4	..... ..... ..... .....	0,02 ..... ..... .....	6,9 7,2 ..... 10,2
8. Jeune fille de dix-neuf ans. Kyste uniloculaire, avec beaucoup de loges incomplètes et mêlé de tumeurs fibreuses. 5 ponctions ont été faites. Elle est morte. ....	1 <sup>re</sup> . 2 <sup>e</sup> . 3 <sup>e</sup> . 4 <sup>e</sup> . 5 <sup>e</sup> .	Liquide constamment épais et visqueux, de couleur lactescente, presque semblable à toutes les ponctions. ....	1019 1018,8 1018 1016,5 1016	..... 1018,8 1018 1016,5 1016	41,05 40,80 40,65 35,91 34,50	29,13 28 24,80 22,55 21,45	On n'a pas recherché la fibrine, les matières grasses et les sels; une seule analyse qualitative, faite par moi, a démontré beaucoup de graisse et une notable quantité de cholestérine.	Non analysés.	.....
9. Kyste uniloculaire. Ponction. ....	1 <sup>re</sup> .	Liquide clair, transparent.	1026,38	946,732	53,268	43,150	Non analysés.	.....	.....
10. Femme de trente-quatre ans, morte à l'hôpital. 5 ponctions pour un grand kyste uniloculaire, compliqué plus tard d'ascite. ....	1 <sup>re</sup> . 2 <sup>e</sup> . 3 <sup>e</sup> . 4 <sup>e</sup> . 5 <sup>e</sup> .	Liquide constamment clair, mais visqueux, épais, filant et poisseux. ....	1029,09 1028,985 1028,942 1028,235 1028,850	958,950 959,200 959,292 964,025 966,546	41,050 40,800 40,708 35,975 33,454	29,133 28,605 29,435 24,315 22,015	Non recherchés.	.....	.....

*Examen microscopique des liquides contenus dans les kystes des ovaires.* — Liquide clair, filant, transparent. Le microscope ne donne aucune indication.

Liquide filant, visqueux, opalin, avec teinte légèrement lactescente. On trouve au microscope de nombreux fragments amorphes d'albumine, mais surtout des granulations albuminoïdes très multipliés et un certain nombre de globules graisseux.

Liquide filant, visqueux, brunâtre. L'examen d'un liquide de ce genre ne m'a pas donné d'autres résultats que celui qui m'avait été fourni par le liquide opalin.

§ 6. Structure des kystes ovariens aréolaires et vésiculaires.

D'après M. Cruveilhier, les kystes aréolaires sont composés d'alvéoles ou de vésicules de grandeur variable, qui tantôt communiquent entre elles et d'autres fois sont complètement séparées les unes des autres; les parois sont fibreuses, résistantes. Cette forme d'hydropisie présenterait une grande analogie avec le cancer aréolaire gélatiniforme. Dépouillées du liquide visqueux qu'elles renferment, ces aréoles à petites mailles représentent assez bien l'aspect d'un tissu érectile. Il est une variété du tissu aréolaire sur laquelle M. Cruveilhier a appelé l'attention, c'est celle dans laquelle ce tissu se trouve comme infiltré dans les parois d'un kyste uniloculaire, en constituant une espèce de gâteau spongieux qui occupe une étendue et une épaisseur assez considérables.

Ces kystes aréolaires sont en général appelés maintenant ainsi que je l'ai dit plus haut, *kystes colloïdes*. Virchow a fait également une étude approfondie de leur nature; Scanzoni, dans son traité, a rappelé les recherches de l'habile micrographe allemand. Suivant ces auteurs, on a confondu plusieurs maladies sous le nom vague de kystes colloïdes; il faut donc, avant tout, distinguer ces différentes variétés. C'est ce que nous allons essayer de faire d'après eux, en faisant tout d'abord observer que sous le nom de matière colloïde, les uns n'ont, en

aucune manière, entendu parler d'un produit de nature cancéreuse, les autres, au contraire, lui ont assigné cette origine.

Les trois espèces de tumeurs décrites par Virchow, qu'on n'a guère fait que copier depuis, sont les suivantes: 1° les tumeurs *colloïdes*; 2° les *cystosarcomes*, et 3° les *cystocarcinomes*.

1° *Tumeurs colloïdes.* — Ces tumeurs ont surtout été bien étudiées par Virchow; voici comment elles se forment: on observe dans le parenchyme de l'ovaire de petites poches qui se remplissent d'une matière gélatiniforme; les parois de ces vésicules sont recouvertes d'une couche épithéliale. Ces vésicules se développent dans tous les sens, mais beaucoup plus spécialement à la périphérie des ovaires où elles forment des masses qui présentent une forme irrégulière. De ces vésicules, les unes restent isolées, les autres se groupent plusieurs ensemble. Voici comment se fait cette réunion. Les parois des cellules disparaissent par l'atrophie du tissu cellulaire, elles ne sont plus constituées alors que par la couche épithéliale qui s'infiltré de graisse, aussi les parois formant cloison peuvent-elles se rompre facilement, tandis que les parois du grand kyste restent intactes et s'hypertrophient.

A la section, on trouve une charpente vésiculaire formant des alvéoles ou des aréoles de grandeur diverse. C'est dans cette charpente que circulent les vaisseaux; elle est entièrement constituée par du tissu fibreux à l'intérieur duquel est une matière gélatiniforme traversée par des lignes blanchâtres opaques et parallèles qui ont assez bien la forme d'un filet. Ces lignes sont formées par de petits corps opaques, anguleux, serrés les uns contre les autres et d'un aspect granuleux. On trouve, à l'examen microscopique, des globules graisseux nombreux, des cellules à noyaux, des cellules simples, des cristaux gras de diverses espèces et surtout des cristaux de cholestérine.

La matière gélatineuse se dissout quelquefois; elle se transforme alors en liquide gris, jaunâtre, à réaction alcaline et forte-

ment albumineux. On trouve, au microscope, des cellules nombreuses infiltrées de graisse qui se réunit à l'état de globules. Les parois des vésicules peuvent aussi s'enflammer; il se forme alors une exsudation fibrineuse qui se dépose sur les parois et le liquide devient purulent.

Dans d'autres cas, les vésicules, en se dilatant, peuvent se rompre, il en résulte des déchirures, des ruptures et de petites hémorrhagies; on trouve alors un peu de sang dans les vésicules.

Telle est la description donnée par Virchow. Il est facile de voir que, d'après lui, les deux éléments de ces tumeurs sont la charpente réticulaire et la matière gélatiniforme; toutes les variétés de tumeurs colloïdes seraient dues aux rapports réciproques et aux variations de ces deux éléments. Ces tumeurs colloïdes peuvent exister en même temps que des kystes simples ou multiloculaires, qui en dépendraient, suivant la plupart des auteurs, mais qui, d'après Virchow, seraient dus à ce que divers obstacles auraient empêché le développement complet d'une tumeur colloïde. M. Cruveilhier, avant lui, avait déjà décrit tous ces divers états des kystes colloïdes, le célèbre professeur allemand n'a donc ajouté que l'examen microscopique, important ici, il est vrai, mais qui, en somme, ne constitue qu'un élément secondaire de la question. Du reste, cette description ne permet en aucune manière, pas plus que celle de M. Cruveilhier, d'admettre qu'il s'agisse ici d'un cancer. C'est une altération d'une nature toute spéciale et bien connue maintenant par les travaux de ces deux professeurs distingués.

2° *Cystosarcomes*. — On doit donner ce nom, d'après Scanzoni, à des tumeurs des ovaires composées de tissu cellulaire au milieu duquel se sont formées des cavités plus ou moins considérables, remplies en partie de liquide; ce sont des *sarcomes* accompagnés d'une hydropisie enkystée. Ces tumeurs diffèrent des kystes composés par l'épaisseur des parois qui séparent les diverses cavités, dues elles-mêmes au dépôt des liquides dans de simples écartements des faisceaux du sarcome,

ou dans une poche membraneuse renfermée dès le début dans la masse fibreuse.

Le liquide contenu est souvent clair et transparent, ou coloré en jaune. Quelquefois il y a du sang, du pus et plus rarement de la graisse ou des poils.

La partie sarcomateuse ne présente que rarement des points de *cartilaginification* ou d'ossification. Ce tissu est d'épaisseur variable, tantôt plus dur, tantôt mou, les vaisseaux y sont en général assez développés. On observe fréquemment dans cette forme de tumeurs des ruptures des parois, d'où résultent de petites hémorrhagies qui se produisent tantôt dans ces parois elles-mêmes tantôt dans les cavités vésiculaires.

Ces tumeurs peuvent acquérir un volume quelquefois assez considérable et de manière à atteindre celui de la tête d'un homme. On voit aussi des kystes superficiels se développer aux dépens des autres; de là une forme irrégulière et bosselée de la tumeur. On peut trouver, en même temps que ces cystosarcomes, des kystes simples ou composés avec lesquels ils se combinent.

Cette description des cystosarcomes ne peut passer sans quelques observations. D'abord ce que Scanzoni, après Forster et d'autres, appelle *sarcome* n'est autre chose que les tumeurs auxquelles nous donnons en France le nom de *tumeurs fibroplastiques*. Il résulte de là que, comme le reconnaît Scanzoni lui-même, ces tumeurs ne diffèrent des tumeurs colloïdes que par deux points: l'épaisseur plus grande des parois formées de tissu fibro-plastique au lieu de tissu fibreux ordinaire, et la qualité différente des liquides contenus dans les kystes. Ces différences sont bien légères et on est en droit de se demander s'il est bien utile d'en faire une classe à part des kystes aréolaires. Cette affection, du reste, n'a aucun rapport avec le tissu cancéreux, ni sous le point de vue de l'anatomie pathologique ni sous celui de la clinique.

La troisième variété de tumeurs décrite par Scanzoni diffère tout à fait des précédentes.

3° *Cystocarcinome*. — On donne ce nom, d'après l'auteur allemand, à un kyste multiple rempli de cancer médullaire. Cette masse cancéreuse peut se développer dans les parois du kyste, tandis que dans d'autres cas elle adhère à la surface externe de cette paroi. Dans ce dernier cas, il en résulte des tumeurs plus ou moins volumineuses faisant saillie dans la cavité du kyste ; dans d'autres cas, la paroi interne est tapissée d'excroissances papillaires, riches en vaisseaux et plus ou moins développées. Ces tumeurs arrivent quelquefois à remplir tout le kyste et peuvent même le perforer.

Le liquide contenu dans le kyste peut présenter des qualités très variables ; tantôt clair et limpide, il est, dans d'autres cas, d'apparence gélatiniforme et semblable à la matière colloïde que nous avons décrite. On y trouve quelquefois du sang, mais beaucoup plus rarement de la graisse, des poils, des dents et des os.

Les tumeurs de cette variété ne rentrent pas dans celles qui viennent d'être décrites, et par conséquent elles doivent être éliminées des kystes aréolaires gélatiniformes de M. Cruveilhier : elles sont tout simplement une variété des cancers de l'ovaire.

#### ARTICLE II. — Étiologie des kystes des ovaires.

Pour déterminer la fréquence des kystes de l'ovaire, Scanzoni donne les chiffres suivants : sur 1823 cas de maladies de femmes, 97 ont été atteintes de tumeurs ovariennes dont 41 seulement ont été vérifiées à l'autopsie. Ces chiffres doivent être un peu diminués, car Scanzoni confond l'histoire des tumeurs ovariennes solides avec celle des kystes. C'est une petite restriction que je serai forcé de faire pour les autres chiffres que je lui emprunterai. Ces 41 cas se trouvent ainsi répartis : 13 hydropisies vésiculaires simples, 12 kystes composés, 9 tumeurs colloïdes, 5 cystosarcomes et 2 cystocarcinomes.

*Siège*. — D'après le même auteur, le siège était le suivant dans les 41 cas : 14 fois dans l'ovaire droit, 13 fois dans le

gauche, et 14 fois dans les 2 ensemble. Réunissant ses cas à ceux de Lee et de Chereau, Scanzoni trouva, sur 349 cas, que la lésion siégeait 173 fois à droite et 126 à gauche.

*Age*. — Voici l'âge trouvé par l'auteur allemand dans les 97 cas : 5 fois de 15 à 25 ans, 12 de 25 à 30, 21 de 30 à 35, 32 de 35 à 40, 14 de 40 à 45, 6 de 45 à 50, 2 de 50 à 55, et 5 de 55 à 60. Ces chiffres concordent avec ceux de Lee et de Chereau, et ils prouvent que c'est dans la période menstruelle que se développe de préférence cette affection. Cette opinion est conforme à celle déjà exprimée par Dugès et madame Boivin, savoir que cette maladie se développe de vingt à quarante-cinq ans. Du reste, on peut établir que d'un côté on a vu cette maladie être congénitale, tandis que dans d'autres cas elle se montre chez des femmes d'un âge très avancé.

Lisfranc admettait que deux circonstances, qui favorisaient beaucoup la production de cette maladie, étaient une ou plusieurs grossesses antérieures et le rapprochement des sexes ; mais c'est le cas de la plupart des femmes mariées. D'après Sprengel, la maladie serait plus fréquente chez les religieuses et les célibataires ; c'est une pure assertion. J'emprunte ici encore des chiffres à Scanzoni ; dans les 136 observations de Lee, il y avait 88 femmes mariées, 37 célibataires et 11 veuves. Dans les 97 de l'auteur allemand, 45 mariées, 40 célibataires et 7 veuves ; mais sur les 45 mariées, 13 n'avaient pas eu d'enfants, et sur les 40 célibataires, 7 en avaient eu et 16 étaient vierges. Sur ces 97 cas, 51 fois il n'y avait pas eu conception. Nous ne voyons pas comment de ces chiffres Scanzoni peut tirer la conclusion qu'une abstinence complète des plaisirs vénériens observée jusque dans un âge avancé, de même que l'absence de conception, sont des causes prédisposantes des kystes ovariennes.

Scanzoni a également noté l'état de la menstruation chez 57 femmes. Voici ce qu'il a vu : 20 étaient avant bien réglées ; 19 étaient atteintes de chlorose ; 12 avaient à chaque époque des symptômes dysménorrhéiques intenses ; chez 5, il y avait des règles abondantes, et chez 1, aménorrhée jusqu'à 44 ans.

En somme, sur 57 cas, 37 fois il y avait avant des anomalies de menstruation.

*Causes déterminantes.* — On trouve dans les auteurs les causes suivantes signalées : les violences extérieures, les coups, les chutes sur l'hypogastre et le périnée, la constriction avec des vêtements trop étroits ou des corsets, les accouchements laborieux, les applications de forceps, les refroidissements pendant les règles, les excès vénériens, enfin tout ce qui pourrait amener l'inflammation des organes génitaux ; on a aussi mentionné l'abstinence du coït chez les femmes qui le désirent ardemment. Tout cela est bien vague, bien obscur, et il faudrait des faits plus positifs pour admettre l'influence de toutes ces causes. D'après Lee, 16 fois seulement la maladie a paru se développer à la suite de troubles des organes génitaux : 7 fois après une suppression brusque des règles, 2 fois à la suite d'aménorrhée, 3 fois après une menstruation irrégulière. Dans les autres cas, les malades annonçaient des émotions vives, des refroidissements ou des violences extérieures. Scanzoni dit que 27 fois sur 97, il a constaté que les kystes s'étaient développés : 2 fois, peu de temps après le mariage ; 6 fois, après une suppression brusque des règles ; 13 fois, à la suite de la persistance d'une douleur inguinale jusqu'à l'apparition de la tumeur ; 3 fois, à la suite d'avortements réitérés ; 3 fois, après une violente métrite.

#### ARTICLE III. — Symptomatologie des kystes des ovaires.

*Mode de début.* — Il est un fait général et qu'il serait difficile de nier, c'est que la plupart des hydropisies enkystées des ovaires se développent lentement, sourdement, d'une manière obscure, et que leur apparition n'est annoncée par aucun phénomène morbide, tant que les kystes sont petits, peu volumineux, et qu'il n'y a aucune complication phlegmasique autour d'eux. Il faut, en général, que la tumeur enkystée ait dépassé le pubis et vienne faire saillie dans l'abdomen, pour qu'elle se traduise par des symptômes plus ou moins nets ; et encore faut-il, dans beaucoup de cas, que ce volume soit assez consi-

dérable, et que le ventre commence à se tuméfier, pour qu'il y ait quelque trouble fonctionnel appréciable.

Cependant il est des cas dans lesquels on peut saisir le commencement du développement des kystes. Ainsi, quand un kyste peu volumineux est encore contenu dans le bassin, il peut se faire que, dans certains cas, il soit placé de manière à comprimer et à troubler les fonctions du rectum ou de la vessie, ou bien qu'il vienne à comprimer quelques filets nerveux. Dans ces deux cas, les troubles fonctionnels qui se manifestent ou les douleurs qui se développent engagent le médecin à pratiquer le toucher, et il peut alors constater l'existence d'une tumeur enkystée encore peu volumineuse. Ces kystes contenus dans le bassin agissent quelquefois sur les parties ambiantes comme corps étranger, et produisent un état congestif ou phlegmasique, dont les symptômes conduisent à faire un examen plus complet.

#### § 4. Symptômes de la maladie développée.

1° *Douleurs.* — Les kystes des ovaires, à moins de complications, sont rarement caractérisés par des douleurs vives. Lorsque celles-ci se développent, elles constituent un fait exceptionnel et se présentent alors dans les conditions suivantes :

*a. Sentiments de gêne et de pesanteur.* — Les malades accusent assez souvent, du côté où siège la tumeur, une certaine gêne, un sentiment de poids qui les engage à se palper le ventre et à se demander la cause de cet embarras.

*b. Tiraillements.* — Les femmes accusent des tiraillements plus ou moins grands du côté de l'abdomen et spécialement du côté malade. Ces tiraillements, se propageant souvent dans la région inguinale et à la partie supérieure de la cuisse correspondante, sont parfois fatigants.

*c. Douleurs vives.* — Des douleurs vives s'observent quelquefois ; elles peuvent être assez intenses, et annoncent presque toujours une complication survenue dans le kyste. Ces compli-

cations sont en particulier le développement d'une péritonite circonscrite autour du kyste, ou bien une inflammation de sa surface interne. Il pourrait cependant se faire que des douleurs très vives vissent se montrer dans l'abdomen en dehors de ces deux complications; c'est ce qui arrive lorsque des filets nerveux sont comprimés par la tumeur ou partiellement détruits par elle.

Dans tous les autres cas, c'est le volume considérable du kyste qui produit, soit le sentiment de gêne, soit les tiraillements.

#### § 2. Développement de la tumeur.

Le développement de la tumeur peut être reconnu par deux ordres de signes : 1° les signes physiques ou matériels ; 2° les symptômes ou troubles fonctionnels.

A. SIGNES PHYSIQUES. — Ces signes sont puisés aux sources suivantes : 1° l'inspection de la tumeur ; 2° la palpation ; 3° la percussion ; 4° l'auscultation ; 5° le toucher vaginal ; 6° le toucher rectal.

1° *Inspection de l'abdomen.* — L'inspection de l'abdomen fait connaître les modifications suivantes :

*a.* Le développement anormal plus ou moins considérable de l'abdomen, en rapport avec la grosseur du kyste.

*b.* La forme souvent irrégulière de ce développement, les bosselures même qu'il présente dans quelques cas.

*c.* Le développement spécial d'un côté surtout au début, et plus tard la position médiane que prend souvent le kyste à une époque plus avancée. Il résulte de cette déformation générale que tandis qu'un côté du ventre est saillant, l'autre est affaissé et aplati.

*d.* La dilatation des veines, qui ne se montre assez souvent qu'à une époque où le développement de la tumeur est déjà considérable. Quelquefois cette dilatation n'a lieu que du côté malade ; on l'a vue en pareil cas se continuer dans les veines du membre correspondant qui deviennent variqueuses.

*e.* L'amincissement et la teinte luisante de la peau à une époque avancée de la maladie.

*f.* La dilatation de l'anneau ombilical qui devient quelquefois énorme chez les femmes atteintes auparavant d'une hernie ombilicale ; on peut la voir aussi chez des femmes qui n'ont pas cette infirmité ; alors elle n'est jamais très considérable.

*g.* Les éraillures de la ligne blanche qui se montrent dans des cas analogues, et qui sont quelquefois portées au point de faire paraître la surface de la tumeur sous la peau.

Il est bien entendu que l'intensité de ces diverses modifications est en raison directe du développement des tumeurs enkystées.

2° *Palpation.* — La palpation démontre la présence d'une tumeur dans l'abdomen. Quand le kyste a acquis un certain volume, sans être encore cependant très gros, on peut le circonscrire facilement, et en comprimant la paroi abdominale avec la main, on sent très bien son fond arrondi, on le limite, et l'on établit ainsi avec soin sa place et ses rapports.

Quand la tumeur est plus volumineuse, on peut, à plus forte raison, la circonscrire et la délimiter à l'aide de la palpation, parcourir toute sa surface, apprécier ses inégalités, ses bosselures, et délimiter ses parties antérieure et latérale.

3° *Percussion.* — La percussion permet de préciser avec une grande exactitude les dimensions de l'hydropisie enkystée. D'après M. Rostan, les intestins dans cette affection sont refoulés du côté de l'abdomen opposé à la tumeur ; on a alors dans cette partie un son clair, tandis que dans la fosse iliaque correspondante à l'ovaire malade, il y a matité complète ; dans celle du côté sain, il y a sonorité : on suit cette sonorité en remontant latéralement. Si on cherche la limite supérieure de la matité, on constate que la ligne qui la sépare du son clair des intestins présente une courbe à convexité tournée en haut, et qui, se perdant dans le côté où siège la tumeur, laisse l'autre côté libre dans une plus ou moins grande étendue. Quand la tumeur est considérable, il est difficile de suivre minutieusement

tous ces détails ; mais il est un fait qui ne doit jamais être perdu de vue , c'est le refoulement des intestins du côté opposé.

Il est un fait négatif important que la percussion permet de constater, c'est l'absence de déplacement du liquide kystique sous l'influence des diverses positions qu'on fait prendre à la femme et des mouvements qu'on lui imprime. Le niveau du liquide reste toujours le même, il est important de constater ce niveau et de l'établir avec soin.

Quand il existe une hydropisie enkystée des deux ovaires, ces signes n'ont plus la même valeur, et le diagnostic est quelquefois très difficile. Valleix indique un signe qui existerait toujours et qui permettrait de reconnaître, en pareil cas, la maladie. Lorsqu'il existe un double kyste ovarique, jamais les deux kystes n'ont le même volume ; l'un est toujours plus volumineux que l'autre, et la palpation ainsi que la percussion permettent de constater facilement cette inégalité de volume qui devient alors un élément de diagnostic.

La tumeur ovarique donne, dans le plus grand nombre des cas, un son mat dans toute son étendue ; mais il arrive quelquefois que ce son mat est interrompu par places par une sonorité plus ou moins forte qui se trouve en quelque sorte mélangée à la matité. Ces points de sonorité indiquent que des anses intestinales sont venues se placer au-devant d'une portion du kyste ou bien entre les divers kystes quand il y en a plusieurs. D'après Scanzoni, on peut encore observer le même phénomène dans le cas où le liquide contenu dans un kyste viendrait à s'altérer, à se décomposer et à donner naissance à des gaz. Il est douteux que cette cause soit réelle, et l'interposition des anses intestinales au-devant ou entre les diverses portions du kyste explique beaucoup mieux ces mélanges de matité et de sonorité.

*Fluctuation.* — Il existe, la plupart du temps, une fluctuation parfaitement manifeste. Si le kyste est uniloculaire, rien n'est plus simple que de la sentir, on la perçoit en suivant les règles ordinaires ; quand il y a plusieurs kystes, on peut, en s'y prenant avec soin, percevoir les fluctuations isolées que chacun

d'eux peut présenter. Quand les liquides sont trop visqueux, la fluctuation est très difficile et parfois impossible à constater.

*4<sup>e</sup> Auscultation.* — L'auscultation est appliquée avec succès au diagnostic des tumeurs enkystées de l'ovaire ; voici les signes que l'on peut percevoir par l'application de ce moyen :

*a. Bruit de souffle.* — Ce bruit, assez analogue au souffle utérin que l'on entend dans la grossesse, peut-il s'entendre dans cette maladie ? D'après Scanzoni, ce bruit existerait dans un certain nombre de kystes aréolaires, qui se rapprochent des tumeurs solides par leur organisation, tandis qu'on le rencontrerait rarement dans les kystes uniquement remplis de liquide. Je n'ai jamais eu occasion de constater l'existence de ce bruit de souffle qui serait dû ici à la compression des gros vaisseaux de la cavité abdominale.

*b. Bruit de frottement.* — Le bruit de frottement que l'on entend quelquefois en appliquant l'oreille sur la paroi abdominale peut être dû à deux causes : 1<sup>o</sup> aux inégalités de la surface de la tumeur kystique, le frottement de la paroi abdominale contre ces inégalités expliquerait le bruit entendu ; 2<sup>o</sup> à l'existence d'une péritonite chronique dans les parties du péritoine en contact avec la tumeur. Le bruit de frottement est alors dû aux fausses membranes qui existent dans le point enflammé.

*5<sup>o</sup> Toucher vaginal.* — Le toucher vaginal est indispensable à pratiquer et il peut donner des renseignements positifs ou négatifs sur l'existence des tumeurs kystiques.

D'abord avant la première période, quand le kyste est encore petit, isolé et contenu dans l'excavation du bassin, le toucher vaginal peut indiquer l'existence de la tumeur, son volume, sa place exacte, ses rapports avec les parties voisines et enfin sa mobilité. Il est possible enfin de constater l'indépendance de cette tumeur commençante, de l'utérus qui conserve son volume, sa position et sa mobilité.

Lorsque la tumeur enkystée est sortie du bassin et qu'elle a un volume assez considérable, on peut toujours en percevoir

la partie inférieure dans le cul-de-sac vaginal. Cette extrémité donne une sensation différente, suivant que le liquide se retrouve jusque dans la partie inférieure de la tumeur ou bien suivant que cette partie est solide.

Le développement de la tumeur produit des déplacements de l'utérus qui sont les suivants et que le toucher seul permet de constater :

*a. La déviation latérale de l'utérus, compliquée ou non d'antéversion.* — C'est ce qui arrive quand la tumeur commence à se développer et à faire saillie dans l'abdomen. La déviation latérale se produit du côté opposé à celui où la tumeur s'est développée, quelquefois l'antéversion de l'utérus devient telle que le corps de cet organe est situé plus bas que le col.

*b. L'ascension de l'utérus.* — A mesure que le kyste s'élève dans l'abdomen, l'utérus le suit; il est alors impossible de rencontrer l'utérus dans le toucher vaginal.

*c.* Dans certains cas où la tumeur enkystée se développe du côté du bassin on peut trouver un abaissement plus ou moins considérable de l'utérus.

*d.* La rétroversion de l'utérus se produit bien plus rarement que l'antéversion, à la suite des tumeurs enkystées; cependant on la trouve quelquefois.

Dans la première période, que l'utérus soit dans une position normale, en antéversion, en rétroversion ou dans un état de déviation latérale, il est en général libre et mobile; à une époque plus avancée, il finit toujours par être adhérent à la tumeur, et le toucher vaginal permet encore de constater ces adhérences.

*6° Toucher rectal.* — Le toucher rectal est à peine utile pour le diagnostic des tumeurs enkystées; on peut, à mon avis, s'en dispenser la plupart du temps. Il pourrait aider à reconnaître l'état de la partie inférieure de la tumeur.

**B. TROUBLES FONCTIONNELS.** — Lorsque les kystes ne sont pas encore très développés et qu'ils ne dépassent pas le volume de la tête d'un enfant, les femmes s'aperçoivent à peine de

leur présence. Elles se plaignent d'un peu de gêne, d'un peu de pesanteur, et parfois, quand elles font des exercices un peu plus violents, de tiraillements et même de douleurs abdominales. Mais lorsque ces kystes deviennent volumineux et lorsqu'ils commencent à remplir la cavité abdominale, ils exercent une influence plus ou moins fâcheuse sur les diverses fonctions organiques.

*Troubles de la menstruation.* — L'aménorrhée, ou au moins la dysménorrhée, s'observe presque constamment dès que les kystes ovariens commencent à être volumineux. La métrorrhagie se montre très rarement en pareille circonstance. L'aménorrhée complète correspond souvent à l'existence de kystes aréolaires, et la dysménorrhée, à celle de kystes uniloculaires ou multiloculaires ordinaires. Quelquefois les kystes ovariens, lorsqu'ils se développent et grossissent rapidement, présentent des symptômes qui ont une grande analogie avec ceux de la grossesse. On observe alors des modifications de l'appétit, des vomissements, le gonflement des seins. Ces signes n'ont jamais une existence de longue durée, ni une grande intensité. Dès que cette marche aiguë se modère et qu'elle passe à l'état chronique, ils disparaissent rapidement.

*Troubles digestifs.* — Lorsque les kystes ovariens deviennent volumineux les fonctions digestives sont souvent troublées. L'appétit diminue, la digestion est pénible et difficile, il se développe de la dyspepsie; la digestion s'accomplit souvent d'une manière incomplète, quelquefois même elle s'accompagne de vomissements. C'est surtout dans la dernière période de la maladie qu'on observe ces troubles profonds de la digestion. Une constipation opiniâtre existe presque toujours, toutes les fois que les kystes ovariens sont volumineux. Il est évident que c'est à la compression exercée par la tumeur sur le gros intestin et à la gêne mécanique qu'elle produit, que la constipation est due. C'est également à la même cause qu'il faut attribuer les envies fréquentes d'uriner et la difficulté d'exécuter cet acte, observée chez la plupart des femmes atteintes de kystes ova-