

de l'ovarite en ont cité des exemples que j'ai résumés en m'occupant de l'anatomie pathologique; elle est surtout fréquente à la suite de couches.

Lorsque la suppuration arrive, et bien entendu nous ne parlons ici que des cas dans lesquels il n'y a pas simultanément inflammation ou suppuration du tissu cellulaire péri-utérin ou de la fosse iliaque, la douleur ovarique devient en général plus sourde; la malade se plaint de frissons plus ou moins violents, qui se répètent avec une certaine persistance; la fièvre ne cède pas, elle continue et présente en général une exacerbation notable le soir et la nuit.

Lorsque la suppuration existe et que le pus est à l'état de collection, il faut que ce liquide soit évacué; c'est du moins ce qui a lieu dans la plupart, sinon dans tous les cas, car je ne connais pas un seul fait qui démontre la possibilité de la résorption du pus formé dans l'ovaire. Le pus ainsi colligé peut s'ouvrir une issue dans une des parties suivantes: *a.* dans la trompe et de là dans l'utérus; *b.* dans l'utérus par une voie fistuleuse nouvelle; *c.* dans le vagin; *d.* dans le rectum; *e.* à l'extérieur, à travers une fistule cutanée; *f.* dans la vessie; *g.* dans le péritoine.

Parmi ces divers modes d'ouverture, une seule est nécessairement mortelle, c'est dans le péritoine. Il est évident qu'elle détermine une péritonite suraiguë. Les autres peuvent guérir, mais la guérison n'est nullement certaine. Dans le cas que j'ai observé et qui s'est terminé d'une manière fatale, il s'agissait d'une jeune femme de vingt-trois ans, et qui, un mois après ses couches, fut prise d'une ovarite aiguë qui parut d'abord marcher simplement et sans aucune gravité. La maladie résista cependant aux émissions sanguines locales, aux bains et aux vésicatoires. La suppuration arriva au bout de cinq semaines; le pus fut évacué par le rectum, et la tumeur s'affaissa. Je crus la malade en voie de guérison et je m'empressai de l'annoncer; mais je m'étais trompé. La fièvre continua, la malade ne cessa pas de rendre du pus par l'anus, et un mois après

elle succombait dans un état de marasme effrayant. L'autopsie ne put même être demandée. Je n'avais pas constaté pendant la vie l'existence d'un phlegmon péri-utérin.

Passage à l'état chronique. — Ce mode de terminaison est fort possible, mais je répète encore ici qu'il n'en a encore été publié aucune observation bien authentique.

ARTICLE V. — Diagnostic de l'ovarite.

Le diagnostic de l'ovarite peut être envisagé sous trois points de vue suivants différents, et qui tous trois doivent être pris en considération:

1° Existe-t-il une ovarite? Cette question est difficile et souvent à peu près impossible à résoudre. S'il existe en même temps un phlegmon du ligament large ou du tissu péri-utérin, l'ovaire enflammé est noyé en quelque sorte dans un phlegmon d'une certaine étendue, et on ne peut faire sa part dans la partie tuméfiée. Le diagnostic est alors très incertain, et l'on peut même dire tout à fait impossible, mais peu importe, car le traitement est absolument le même, et il n'y aurait rien de changé à l'ensemble des moyens de traitement, si on savait que l'ovaire est ou non compris dans la tumeur phlegmoneuse.

2° Une tumeur ovarique existant d'un côté, cette tumeur est-elle une ovarite ou une tumeur d'une autre nature, telle qu'une tumeur fibreuse, un kyste, un cancer de l'ovaire? Il nous semble difficile qu'on puisse commettre une erreur si on observe que l'ovarite, au début surtout, suit une marche aiguë et s'accompagne d'un mouvement fébrile en général assez intense; de plus, la tumeur n'est jamais très volumineuse; elle est mobile, douloureuse par elle-même, et plus douloureuse encore par la pression et la palpation; avec ces caractères, il est difficile de se tromper. Je ne parle pas et pour cause d'un signe auquel certains auteurs anglais et allemands attachent une grande importance; suivant ces auteurs, l'ovaire enflammé, devenu plus lourd, serait entraîné dans le cul-de-sac péritonéal utéro-rectal, et par le toucher vaginal on développerait, en

pressant sur lui, une douleur comparable à celle que produit la pression exercée sur le testicule. C'est une assertion que rien ne saurait justifier.

Quant à l'ovarite suppurée, les symptômes qui se présentent alors et que nous avons décrits, permettraient encore moins de commettre cette erreur.

L'ovarite chronique serait plus difficile à distinguer de ces tumeurs. Nous ferons cependant observer que dans cette affection l'ovaire est le siège d'une sensibilité morbide spontanée et provoquée, que l'on ne retrouve pas dans les kystes, les tumeurs fibreuses et les cancers de l'ovaire; de plus, il est probable qu'il existerait en même temps un état fébrile chronique.

ARTICLE VI. — Pronostic de l'ovarite.

Le pronostic de l'ovarite est subordonné à son état de simplicité ou de complication. Si elle est simple, si l'ovaire enflammé est libre et mobile, il est incontestable que le pronostic est moins grave que si elle est compliquée d'un phlegmon plus ou moins étendu du tissu cellulaire péri-utérin.

Lorsque la suppuration arrive, le pronostic de l'ovarite est en général fort grave, et, bien qu'une terminaison heureuse puisse encore avoir lieu, la certitude est loin d'être complète. J'ai cité plus haut un cas de mort survenu à la suite de l'ouverture d'un abcès ovarique dans le rectum.

ARTICLE VII. — Traitement de l'ovarite.

Nous devons laisser de côté tout ce qui est relatif au traitement de l'ovarite compliquée de l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, et nous supposerons un instant une ovarite simple se traduisant par l'existence d'une tumeur plus ou moins volumineuse, libre et douée d'une certaine mobilité, douloureuse spontanément et à la pression, et accompagnée de fièvre. Au premier degré, lorsqu'il n'y a pas de suppuration, voici le traitement devant lequel il ne faut pas hésiter :

1° *Émissions sanguines locales.* On a spécialement recours

aux sangsues, dont le nombre sera proportionné à la force de la malade et à l'intensité de la phlegmasie. L'ovarite doit être poursuivie par deux ou trois applications de sangsues, jusqu'à ce qu'on soit maître de l'inflammation; si l'ovarite persiste et si la malade est trop faible pour qu'on ait de nouveau recours à ce moyen, il faut employer la médication suivante.

2° *Vésicatoires volants* sur la tumeur et dans son voisinage. Il ne faut pas craindre d'y recourir et d'y insister.

3° *Purgatifs doux* souvent répétés.

4° *Cataplasmes* simples ou calmants sur le ventre.

5° *Bains entiers* fréquemment répétés.

Il est presque inutile d'ajouter qu'il faut recommander aux malades le repos avec séjour au lit et la position dans le décubitus dorsal; la diète, s'il y a de la fièvre, et un régime doux quand cette dernière cède.

Si l'ovarite passe à l'état de suppuration, il faut attendre la suite des événements, on conseillera à la malade de garder le lit ou de rester étendue sur une chaise longue dans le décubitus dorsal, de prendre des bains entiers fréquemment répétés, d'appliquer des cataplasmes, et, de plus, de soutenir les forces par des toniques et un régime convenable.

L'ovarite chronique, si elle existe, devrait être combattue par l'application d'exutoires répétés, et surtout par des cautères appliqués au moyen du caustique de Vienne.

Examen des opinions de M. Négrier (1).

M. Négrier vient de publier un travail intitulé *Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques de la femme* (1858, 1 vol. in-8). Nous devons au savant professeur de l'école d'Angers, au médecin qui, le premier vraisemblablement, a proposé la théorie de l'ovulation spontanée et l'a bien démontrée, un examen consciencieux de la partie pathologique de ce travail.

(1) Notre article sur l'ovarite était imprimé lorsqu'on nous a remis la brochure de M. Négrier. J'ai cru en devoir au lecteur une analyse raisonnée.

Pour M. Négrier, le rôle de l'utérus dans la pathologie de la femme a été singulièrement exagéré. « L'utérus en repos, dit-il, réduit à un petit volume par la contraction qui est inhérente à son tissu, est un organe qui ne conserve de propriétés vitales qu'autant qu'il lui en faut pour sa vie végétative. A cet état, il n'envoie sur les organes voisins, et encore moins sur l'économie entière, aucune influence, aucune autre action que celle qui tient à son volume, à son poids, et peut-être aussi à ses moyens de fixité. »

Selon M. Négrier, toutes les altérations les plus caractérisées, les plus intenses, les désordres les plus avancés de l'utérus, ne déterminent aucun symptôme remarquable, et en particulier aucun phénomène nerveux : « On brûle avec le fer rouge les lèvres de son orifice, on enlève toute la portion accessible du col utérin, on sonde sa cavité, on racle la muqueuse qui la tapisse, à peu près à l'insu de la patiente, sans que l'instrument laisse une impression douloureuse quelconque; on sait même que l'on a enlevé l'utérus tout entier, et jamais ces graves opérations n'ont donné lieu à des accidents nerveux. »

Je me borne à ces citations, que je pourrais multiplier. Pour le médecin d'Angers, en effet, l'utérus n'est rien ou presque rien chez la femme, tandis que les ovaires sont tout, et que leurs maladies sont le point de départ, la source des maladies nerveuses les plus graves. En présence de cette exagération, le lecteur appréciera lui-même la valeur de ces assertions.

Quelles sont donc ces affections si graves de l'ovaire, ces lésions si peu connues qui peuvent causer tant de désordres? Ce sont deux maladies qu'il appelle, l'une la *vésiculite*; l'autre l'*ovarie*; examinons ce que M. Négrier entend par là.

« J'ai rangé, dit-il, dans la première catégorie, sous le nom de *vésiculites*, tous les faits de phlegmasies partielles des ovaires résultant d'une altération ou modification morbide de l'ovulation : dans la deuxième, je désigne, sous la dénomination nouvelle d'*ovarië*, les affections, pour la plupart non inflammatoires ou plutôt subinflammatoires et essentiellement

réactionnaires, dont le point de départ existe évidemment dans l'ovaire. »

J'avoue qu'il est assez difficile de bien se rendre compte de ce que l'auteur a voulu dire dans la seconde partie de sa définition; cherchons cependant à mieux préciser les faits.

M. Négrier (p. 156) réunit sous la dénomination de *vésiculites* : 1° l'inflammation de la vésicule de Graaf; 2° celle de la portion de la coque ovarienne et du péritoine qui l'enveloppe; enfin, 3° l'inflammation de la séreuse pelvienne environnante. L'existence de telle ou telle de ces lésions donnerait raison des différents degrés d'intensité et de gravité de la maladie.

Il y a loin de là à ce que nous pensons qu'on pourrait appeler *vésiculite*; pour nous cette dernière serait une simple inflammation de la vésicule de Graaf, et qui serait caractérisée par le gonflement, la distension d'une ou plusieurs vésicules, et le développement de la suppuration, etc. Mais continuons, la vésicule peut se développer avant ou après la rupture normale de la vésicule de Graaf.

La phlegmasie des organes ovulaires suit une marche rapide; si la rupture n'a pas encore eu lieu, il y a de la douleur, un gonflement local instantané et très intense; on observe la tuméfaction du ventre, la fièvre et le délire. Immédiatement, l'ovaire entre en suppuration et l'abcès qui se forme avec une très grande rapidité s'ouvre soit dans le péritoine, soit dans la trompe, qui le porte dans l'utérus et le fait évacuer par cette voie. Ces abcès peuvent aussi s'ouvrir dans le cæcum, le rectum, l'utérus ou le vagin, etc., etc.

Ces maladies ne produisent pas, en général, d'accidents nerveux, sauf quelquefois des suffocations.

La vésiculite suppurée et intense fait périr le tiers des malades qui en sont atteintes, quelles que soient l'opportunité et la bonne direction du traitement (p. 159).

Cette description, dont je me suis borné à présenter le résumé, ne diffère pas sensiblement de celle que la plupart des médecins ont donné de l'ovarite aiguë, aussi ne trouverons-

nous rien à changer à celle que nous en avons donnée nous-même. Les faits rapportés par M. Négrier sont peut-être un peu trop succincts et un peu incomplets ; ils contribueront néanmoins à éclairer l'histoire de l'ovarite aiguë.

Examinons maintenant ce que M. Négrier entend par cette expression, *ovarite* : ce sera peut-être un peu plus difficile. Pour ce médecin, si j'ai bien compris son idée, on doit entendre par *ovarite* une maladie indéterminée de l'ovaire, qui se traduit, d'un côté, par des phénomènes appréciables du côté de l'hypogastre, et, d'un autre, par les accidents nerveux les plus graves, qui peuvent aller jusqu'à causer la mort des malades. Ces accidents nerveux sont représentés, dans leur forme la plus générale, par de violentes attaques d'hystérie, des accidents nerveux de tout genre, la manie érotique, etc., etc. Je vais transcrire le passage pour qu'il ne reste aucun doute dans l'esprit de personne, je retranche seulement quelques parties superflues.

« Les ovaires reconnaissent presque toujours pour cause essentielle une disposition organique spéciale, un développement exagéré des ovaires, ou bien, dans certains cas, la résistance anormale de la coque fibreuse de ces organes, toutes circonstances qui sont le plus souvent héréditaires. Ces ovarites ne font presque jamais courir les mêmes dangers que les vésiculites, parce que l'inflammation du stroma de l'ovaire n'est pas ordinairement la conséquence de l'affection ; la résistance de l'enveloppe ovarienne étouffe peut-être l'effet d'expansion générale. En somme, les faits prouvent que ces affections chroniques essentielles ne tuent jamais par les désordres locaux, et très rarement par ceux qu'elles font naître dans les autres organes. »

Plus loin : « Cette affection essentielle est souvent incurable. La vie sexuelle pourra être gravement compromise depuis la nubilité jusqu'à la vieillesse. Le repos bien court qui suit quelquefois une attaque hystérique n'est qu'un faible temps d'arrêt ; la cause qui a produit cette attaque reste permanente. Chaque

époque menstruelle sera difficile, douloureuse, terrible quelquefois ; elle peut même devenir mortelle par suite de l'affaiblissement, de l'innervation, que produit la persistance de l'étranglement ovarique. La mort serait préférable à cette existence douloureuse, à cet état de troubles nerveux perpétuels, à cette folie érotique quelquefois affreuse, désolante, à cet abrutissement auquel arrivent souvent les misérables jeunes filles que renferment nos hospices, etc., etc. »

Voici donc, en somme, les ovaires mis à la place de l'utérus comme causes de l'hystérie, et, bien plus, l'hystérie rendue incurable et faisant souvent périr les femmes qui en sont atteintes, parce que les affections indéterminées des ovaires qui causent cette maladie sont elles-mêmes incurables.

« Dans les cas d'affections hystériques regardées comme essentielles, dit encore M. Négrier, il existe encore des symptômes locaux à l'ovaire. On a constaté, dans la presque totalité des cas, que la pression développe une sensibilité exagérée et même plus souvent de la douleur, etc., etc. »

Pour guérir l'hystérie, il faut, suivant M. Négrier, combattre la distension, le gonflement, la tuméfaction des ovaires. Aussi emploie-t-il les saignées générales ou locales, les scarifications et les ventouses, les lavements et les injections vaginales glacées et additionnées de laudanum ou de belladone ; les sangsues au fond du vagin, la compression de l'abdomen avec des ceintures construites pour cet usage, enfin le mariage et la grossesse, sont les moyens les plus sûrs de guérir la *terrible ovarite*.

Tel est le résumé des idées de M. Négrier. Heureusement que son *ovarite* est encore jusqu'à présent un mythe contre lequel tous les faits connus viennent protester ; tout ici est dans l'imagination du médecin d'Angers, et la médecine exacte n'a rien à y voir. Nous laisserons donc au lecteur le soin de porter lui-même son jugement.