impossible. Dans les hernies inguinales acquises, elle n'est pas plus possible que si on voulait faire entrer un testicule dans le ventre. En l'absence d'autres symptômes, on se contente de faire porter sur la tumeur une petite pelotte creuse, pour protéger l'organe contre les traumatismes.

L'ovaire est-il enflammé, il faut employer les moyens antiphlogistiques. S'il y a abcès, on évacuera le pus. La herniotomie, avec réduction dans la cavité abdominale, ne peut être tentée que dans les hernies acquises, attendu que dans les hernies congénitales la chose est impossible. *Neboux* et *Lœper* ont ainsi opéré avec succès des hernies acquises.

Les souffrances sont-elles vives, deviennent-elles insupportables pendant la menstruation, tout travail corporel est-il devenu impossible, l'extirpation de l'ovaire hernié pourra se trouver indiquée.

Les *autres variétés de hernies ovariques* ressemblent au point de vue de leurs symptômes, de leur diagnostic et de leur traitement, aux hernies ovariques inguinales. Les plus fréquentes sont les *hernies crurales* (*Englisch* en a trouvé 9 sur 38 cas de hernies ovariques).

Leur genèse est difficile à élucider, en tous cas elles ne sont pas congénitales et ne surviennent jamais des deux côtés à la fois.

Dans les autres espèces de hernies, le déplacement des ovaires est presque toujours d'une importance secondaire. Il en est surtout ainsi de la hernie *ischiatiqae*. Dans la *hernie abdominale*, l'ovaire s'est égaré dans un sac herniaire produit par la distension de la cicatrice d'une plaie (incision césarienne). *Kiwisch* (1) a vu un cas où l'ovaire et l'oviducte droits avaient passé à travers le *foramen ovale* élargi.

B. — Prolapsus des ovaires

On observe assez souvent le déplacement des ovaires en arrière et en bas. Ce déplacement dépend certainement du poids plus considérable de ces organes, et spécialement du relâchement du ligament large du côté affecté. L'ovaire est très sensible, soit primitivement déjà (l'oophorite chronique se rencontre assez souvent dans les déplacements ovariens), soit à cause des lésions qu'il subit par le fait même de sa descente (pression du côté du rectum et de l'utérus, coït, pessaires, etc.). Il est rare que les deux ovaires soient ainsi déplacés à la fois.

L'abaissement de l'ovaire détermine différents symptômes, douleurs de ventre, spontanées ou provoquées par le coït, ou bien encore par

(1) *Klin. Vortr.*, etc. II Aufl. Bd. II, p. 39.

une défécation difficile. Parfois il y a de véritables paroxysmes douloureux, qui peuvent atteindre, surtout pendant la défécation, un degré d'acuité extraordinaire.

L'exploration bimanuelle décèlera sur les côtés du cul-de-sac postérieur la présence d'une petite tumeur caractéristique et *le diagnostic* sera fixé.

Il est difficile d'instituer un *traitement* efficace. On prescrira un régime tonique et fortifiant. Si l'ovaire prolabé est enflammé, on soustraira la femme à toutes les influences nuisibles et on la mettra au repos le plus complet. On pratiquera quelques soustractions sanguines. On veillera à ce que la défécation se fasse facilement, par des selles liquides. Lorsque la sensibilité douloureuse a disparu, on pourra essayer par des injections froides ou bien chaudes, d'augmenter la résistance des annexes utérines. On placera d'abord quelques tampons saupoudrés d'iodoforme; plus tard on appliquera un pessaire-levier, dans le but de retenir d'une manière continue l'ovaire hors du cul-de-sac de *Douglas*.

Dans les cas rebelles, on poura extirper l'ovaire prolabé, soit par le ventre, soit par le vagin. *Sänger* a conseillé de fixer l'ovaire à sa place normale, en raccourcissant le ligament large. Cette opération convient certainement aux cas où l'ovaire déplacé n'est pas malade.

Nous parlerons, au chapitre des kystes ovariques, d'une autre espèce de déplacement propre à l'ovaire, de la *torsion du pédicule* qu'on observe le plus souvent quand il y a des tumeurs de l'ovaire.

III. — TROUBLES DE NUTRITION DES OVAIRES

A. — Hypérémie et hémorragie

Les ovaires sont, à chaque menstruation, le siège d'une hypérémie physiologique, qui peut exceptionnellement être très forte et durer longtemps. Cette hypérémie est sans importance aussi longtemps qu'elle ne provoque ni hémorragie, ni inflammation.

La rupture du follicule de *de Graaf* ne s'accompagne pas toujours d'hémorragie. Cependant, en règle générale, il s'épanche un peu de sang dans la cavité du follicule; ce sang donne lieu plus tard au *corpus luteum*. Exceptionnellement l'hémorragie folliculaire peut être tellement abondante, qu'il se forme des kystes sanguins; lorsque la rupture de l'ovisac ouvre la voie au sang, celui-ci peut s'épancher dans la cavité abdominale. Une telle hémorragie peut : 1° amener directement la mort; 2° provoquer une péritonite; 3° donner naissance à une hématocèle rétro-utérine.

Les *kystes sanguins* de l'ovaire peuvent se développer dans un follicule, qui peut ne pas avoir été rompu, à cause de l'épaisseur anormale de l'albuginée ou parce que cette tunique est doublée de pseudo-membranes. Le follicule ayant été rompu, les lèvres de la déchirure peuvent avoir été fermées par un caillot, ou s'être ressoudées avant le début de l'hémorragie. Il n'est pas rare de trouver de ces kystes au cours d'une laparotomie.

Ils ne deviennent en général pas plus volumineux qu'une grosse noix, exceptionnellement ils atteignent le volume du poing. Le plus souvent, le sang s'épaissit peu à peu et se résorbe. Ils peuvent aussi se rompre et donner lieu aux accidents cités plus haut.

Il est rare qu'il se fasse des *hémorragies interstitielles* de quelque importance entre les mailles du stroma ovarique. De petits épanchements sanguins sont assez fréquents, spécialement dans les maladies aiguës du sang.

Schultz a vu une tumeur sanguine de l'ovaire droit, chez un enfant nouveau-né. La tumeur s'était apparemment développée petit à petit. Le sang avait détruit tout le tissu propre de l'ovaire.

Les tumeurs sanguines de l'ovaire ne se distinguent guère par leurs symptômes d'autres tumeurs de volume modéré, et le diagnostic ne peut en être établi, du moins par l'examen objectif de la malade. L'accroissement et la diminution rapide de ces kystes sanguins peuvent être une donnée importante, quand on parvient à l'observer, au point de vue de leur différenciation d'avec d'autres tumeurs. Si le kyste sanguin se rompt, on observe les accidents mentionnés plus haut. Ceux-ci ne pourront qx'exceptionnellement servir à reconnaître le lieu de l'hémorragie.

B. — Inflammation des ovaires

OOPHORITE AIGUË

Étiologie. — Il faut distinguer deux formes d'oophorite : l'oophorite *parenchymateuse* ou folliculaire dans laquelle le tissu glandulaire propre, c'est-à-dire les follicules de *de Graaf* sont enflammés, et l'oophorite *interstitielle,* c'est-à-dire l'inflammation du stroma conjonctif. Ces deux formes coexistent presque toujours.

L'inflammation de la partie glandulaire, folliculaire est très fréquente, d'après *Slavjansky*. Elle surviendrait dans les maladies aiguës fébriles qui produisent aussi des inflammations parenchymateuses dans les autres glandes du bas-ventre, et à la suite de l'intoxication par le phosphore et le mercure. Cette inflammation ne présente naturellement aucun caractère spécial. Elle n'a d'importance que pour autant qu'elle peut entraîner, lorsqu'elle est très violente, l'altération de toutes les couches de follicules et par suite la stérilité.

En outre, la forme parenchymateuse survient encore comme complication de l'inflammation de la séreuse péritonéale voisine, dans le cas de périmétrite et de péritonite. Elle ne présente alors qu'une importance secondaire, les lésions du péritoine étant de beaucoup plus intenses et plus graves.

La forme interstitielle est toujours de nature infectieuse : les germes arrivent à l'ovaire par la voie lymphatique, par les trompes ou par le péritoine infecté. Ce sont surtout : le streptocoque, le gonocoque, et le bacille de la tuberculose.

Anatomie pathologique. — Dans la forme *parenchymateuse,* les follicules de *de Graaf* sont enflammés : ceux qui sont situés à la périphérie sont les plus affectés, lorsque l'inflammation s'est transmise du péritoine à l'ovaire. Dans les maladies infectieuses aiguës, les follicules primordiaux s'enflamment les premiers, et les follicules mûrs ne sont entamés qu'en dernier lieu.

Les cellules de la membrane granuleuse présentent d'abord la dégénérescence trouble, puis la transformation granuleuse et en tous cas l'œuf se détruit.

Dans les follicules plus âgés, le contenu des cellules dégénérées de la membrane granuleuse est trouble et laiteux. La membrane folliculaire externe, formée de tissu conjonctif, est aussi emflammée.

L'oophorite *interstitielle* n'est qu'une inflammation du tissu conjonctif. Ce tissu est hyperémié, gonflé, imbibé de sérosité et infiltré de globules blancs. L'infiltration cellulaire peut être si abondante qu'il se forme un *abcès*. De récentes recherches ont démontré que ces abcès sont aussi d'origine parasitaire. Il parait qu'ils sont dûs, le plus souvent, à l'infection de follicules qui viennent d'éclater. *Langer* a décrit quelques abcès de corps jaune de cette espèce. *v. Franqué* à décrit un abcès à streptocoques logé au centre d'un ovaire libre. Sur 30 abcès ovariques, décrits par *Orthmann*, 21 avaient un corps jaune comme point de départ. *Menge*, qui donne une proportion analogue, prétend que l'abcès ovarique est toujours unilatéral, puisqu'il n'occupe que le follicule qui vient de se rompre.

En mêmes temps que ces abcès on observe régulièrement des affections inflammatoires des trompes et du péritoine. L'abcès ovarique est une complication fréquente du pyosalpinx. On a trouvé dans les abcès de l'ovaire tous les micro-organismes qui provoquent le pyosalpinx.

On ne peut pas parler de symptômes propres, attendu que l'oophorite aiguë ne survient que comme complication d'autres maladies graves et dangereuses.

Dans la forme *parenchymateuse*, on observe la stérilité, lorsque tous les follicules sont détruits en même temps. On ne sait pas encore d'une manière certaine, si les canaux glandulaires qui donnent naissance par étranglement aux follicules, ne survivent pas à la destruction de ceux-ci, ou bien si, chez la femme adulte, l'épitélium ovarique possède la propriété d'en former de nouveaux.

Dans l'oophorite *interstitielle*, les follicules peuvent être étouffés également, lors de la rétraction cicatricielle succédant à l'inflammation. La stérilité peut aussi résulter de l'épaississement des couches superficielles de l'ovaire. Les follicules ne peuvent plus éclater et l'œuf n'est plus expulsé.

L'oophorite interstitielle peut se terminer par la formation d'abcès. Ces abcès peuvent devenir volumineux, et perforer les organes voisins.

Schrœder a trouvé à l'autopsie d'une femme morte de péritonite tuberculeuse, un abcès ovarique à la période de régression. L'abcès avait converti tout l'ovaire en une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule et il en sortit à l'incision un liquide jaune et épais comme de la crême. L'abcès enkysté était devenu le point de départ d'une infection tuberculeuse généralisée, s'étendant même à l'utérus.

L'oophorite se complique parfois de périoophorite par extension. Il en résulte des dépôts pseudo-membraneux sur l'ovaire et des adhérences avec les organes voisins.

L'oophorite aiguë est en général une complication accessoire, dont le tableau symptomatique se perd dans celui des maladies générales graves qui l'ont produite.

Il est important, mais très difficile de faire le diagnostic de l'*abcès ovarien*. Par le palper bimanuel, on arrive à reconnaître si la tumeur ovarique est fluctuante. La sensibilité à la douleur n'est guère un bon criterium différentiel d'un abcès par rapport à un kyste, attendu que l'abcès ovarien ne présente pas toujours une bien grande sensibilité, et que, d'autre part, l'enveloppe d'un kyste peut être également enflammée. Un développement rapide fera plutôt croire à un abcès. Quand même on s'est assuré par la ponction aspiratrice ou après l'ouverture spontanée que la poche contenait du pus, il peut encore être difficile de décider s'il s'agit d'un abcès ovarique ou d'un kyste devenu purulent. Un début brusque et une marche rapide succédant à une menstruation incomplète doivent faire pencher plutôt vers l'abcès.

Même sur des pièces anatomiques, il peut être difficile de dire si une collection purulente occupe la trompe ou l'ovaire.

Traitement. — Dans l'oophorite aiguë, on n'aura que rarement l'occasion d'intervenir par une thérapeutique active. Lorsque la sensibilité est très forte on se comportera comme dans le cas de périmétrite. Les abcès seront évacués au moyen du trocart ou de l'incision par la voie vaginale. Il vaut encore mieux les extirper par la laparotomie, suivant les règles décrites pour l'ablation des annexes.

OOPHORITE CHRONIQUE

Étiologie. — Elle est vraisemblablement provoquée pour toutes les causes d'irritation qui amènent des congestions répétées des organes génitaux internes, notamment par les excitations génésiques naturelles ou contre-nature, surtout au moment de la menstruation. D'autres fois, elle succède à l'inflammation aiguë des ovaires.

La cause de l'oophorite chronique réside, d'après *Nagel*, dans une péritonite circonscrite qui atteint d'abord les parties périphériques de l'ovaire et qui ne pénètre que lentement dans la profondeur de l'organe.

Il n'est pas encore démontré que les tumeurs utérines et les inflammations de la muqueuse de la matrice peuvent devenir cause de l'ovarite chronique.

Les ovaires malades peuvent occuper leur position normale ; il n'est pas rare pourtant de les trouver profondément enfoncés dans le cul-de-sac de Douglas. D'autres fois, les ovaires peuvent avoir contracté des adhérences et être soudés aux tissus voisins.

Anatomie pathologique. — Elle n'est que fort imparfaitement connue. D'après les auteurs elle consiste dans une inflammation interstitielle avec augmentation de volume des ovaires et production de petites cavités kystiques : c'est la dégénérescence micro-kystique de *Hegar*.

D'après les recherches de *Nagel*, la dégénérescence micro-kystique de l'ovaire ne provient pas d'une inflammation ; elle résulte simplement d'une accumulation plus abondante de liquide à l'intérieur des follicules normaux. L'oophorite chronique consiste, d'après *Nagel*, dans une inflammation interstitielle qui ne comprime et ne détruit les follicules que fort tard. Du reste, la destruction des follicules primitifs et des follicules arrivés à maturité est un phénomène physiologique chez l'homme et chez les animaux (voir *Nagel*, Anatomie, etc.). D'après *Nagel* et *Bulius*, l'examen macroscopique et à fortiori l'exploration gynécologique des ovaires, est impuissante à différencier le processus pathologique du processus physiologique.

Il est inconstestable qu'il se produit, dans les follicules et dans le tissu conjonctif de l'ovaire, des altérations, appréciables au microscope, qui aboutissent à la perte de l'ovule et à la dégénérescence du follicule. Ces altérations sont caractérisées par la disparition des follicules primitifs, par l'augmentation du stroma, par une dégénérescence hyaline des vaisseaux, par la destruction des cellules de la zone granuleuse et par des irrégularités et des saillies de l'épithélium folliculaire.

Bulius et *Kretschmar* ont décrit récemment, sous la dénomination d'*angiodystrophie de l'ovaire*, des altérations surtout localisées dans les vaisseaux : augmentation de volume des ovaires, dégénérescence micro-kystique, altération hyaline des vaisseaux, destruction des follicules. A ces altérations correspondaient de fortes hémorragies et de la dysménorrhée.

Symptômes. — L'ovarite chronique donne lieu à de vives souffrances. Les femmes accusent continuellement des tiraillements douloureux dans le bas-ventre et dans les flancs. Elles souffrent surtout quand elles marchent ou se tiennent debout. Dans les cas les plus graves, elles ne peuvent se redresser qu'au prix des souffrances les plus atroces, et elles ne cessent de souffrir que lorsqu'elles sont dans le décubitus dorsal. Une constipation continue augmente encore les souffrances. Les ovaires peuvent être tellement comprimés dans le cul-de-sac de Douglas par des bols de matières fécales durcies, que la situation devient intolérable. Par suite du repos continu, nécessité par les souffrances, l'appétit et le sommeil se perdent, la nutrition baisse ; les malheureuses patientes sont faibles et découragées et leur vie est empoisonnée par les douleurs et les accidents nerveux qu'elles entraînent à leur suite.

La menstruation est souvent irrégulière, abondante. Les douleurs caractéristiques augmentent beaucoup immédiatement avant l'apparition des règles et elles diminuent après que le sang a abondamment coulé.

On ne posera le *diagnostic* d'ovarite chronique que lorsqu'on sera à même de constater le gonflement et la sensibilité de l'ovaire. L'ovaire déplacé est souvent accessible au toucher vaginal ou rectal. Quant à l'*ovarie* de *Charcot*, ce n'est qu'une des manifestations multiples de l'hystérie, qui n'a rien à voir avec l'ovarite.

Traitement. — Il faut avant tout un repos complet aux ovaires enflammés, — le lit, la continence et l'évacuation régulière de l'intestin et de la vessie. Si la seusibilité était fort vive, il faudrait appliquer une vessie de glace. Dans d'autres cas on fait pratiquer

pendant longtemps des enveloppements humides, ou bien on détermine une révulsion cutanée par la teinture d'iode ou par un vésicatoire.

L'application de tampons vaginaux saupoudrés d'iodoforme est encore plus efficace. Quand la maladie commence à s'amender, on fera prendre des bains de siège et des bains généraux, à la température de 27-28° R. On s'attachera alors à faire insensiblement regagner des forces à l'organisme. Parmi les stations balnéaires, *Schlangenbad* et *Landeck* exercent la meilleure influence.

En outre le médecin ne perdra pas de vue le traitement du catarrhe vaginal, surtout si l'affection est de nature blennorrhagique.

Lorsque les organes génitaux sont très relâchés, les souffrances sont souvent assez diminuées par l'application d'un pessaire de *Mayer*. Cet appareil empêche les déplacements des organes génitaux, lors des efforts de la pression abdominale. Le pessaire de *Hodge*, par contre, peut, lorsque les ovaires se trouvent dans le cul-de-sac de Douglas, donner lieu à des douleurs intolérables.

L'*extirpation des ovaires* est bien justifiée dans les cas où l'on ne parvient pas à apaiser les souffrances par d'autres moyens et où l'existence n'est plus qu'un martyre continu. Seulement je dois faire remarquer que la thérapeutique ordinaire n'est pas du tout aussi inefficace qu'on s'est plu à le dire. Quant à l'opération, elle est à peu près dépourvue de dangers et elle n'offre de difficultés que lorsque l'ovaire a contracté des adhérences solides. Lorsqu'on se décide à opérer, on enlèvera non seulement les deux ovaires, mais aussi les deux oviductes, malades en même temps.

Cette opération, qui a surtout été pratiquée en Angleterre (*Tait*) et en Amérique (*Wylie*) donne parfois d'excellents résultats ; d'autres fois elle ne procure pas, à beaucoup près, une guérison complète.

OOPHORITE TUBERCULEUSE

L'oophorite tuberculeuse est la moins fréquente des affections tuberculeuses des organes génitaux internes de la femme.

La tuberculose primitive des ovaires est très rare (*v. Franqué*) ; les trompes et le péritoine sont généralement malades en même temps. L'infection semble pouvoir provenir de la voie sanguine ou lymphatique. Elle se manifeste par la formation de tubercules miliaires et de cellules épithéloïdes et géantes. Celles-ci peuvent se désagréger et donner naissance à des cavités remplies de détritus et de masses caséeuses. Fréquemment ou trouve des tubercules miliaires à la surface des ovaires.

Le diagnostic est à peine possible. L'importance pratique de l'ovarite tuberculeuse est bien moindre que celle de la péritonite et de la salpingite de même nature (1).

IV. — NÉOPLASMES DES OVAIRES

Les néoplasmes des ovaires constituent, tant en raison de leur gravité que de leur fréquence, un des groupes les plus importants

(1) *L'observation suivante de tuberculose des deux ovaires ne rentre pas dans le cadre tracé par* M. Hofmeier : *Félicie H..., jeune fille de 23 ans, de parents bien portants, a eu une sœur à laquelle j'ai enlevé un énorme rein tuberculeux et qui est morte, quelques mois après l'opération, de phtisie pulmonaire.*

La malade est très pâle, maigre ; elle a mauvais appétit et mange peu ; son pouls est petit et fréquent. Elle fait remonter à quatre ans l'origine de son dépérissement. Ses règles ont cessé il y a cinq mois environ. L'augmentation de volume du ventre a débuté il y a six ou sept mois, et elle a été fort rapide pendant les deux derniers mois. Les vomissements sont fréquents et ils remontent aussi à plusieurs mois.

A l'examen de la malade, je trouvai :

1° La muqueuse vulvaire d'une coloration rouge bleuâtre très accentuée ;

2° L'entrée du vagin aisément perméable à deux doigts ; le vagin large ;

3° Le col de l'utérus refoulé contre la symphyse pubienne par une tumeur, analogue à une tête de fœtus à terme, occupant l'excavation. Le col de l'utérus présentait un ramollissement manifeste ;

4° Le ventre ne présentait ni ligne brune, ni vergetures. A la palpation de l'abdomen, je découvris aisément deux volumineuses tumeurs : l'une, occupant l'hypogastre et la fosse iliaque droite, était fixe et continue avec la tumeur qui remplisssait le petit bassin ; l'autre, occupant le mésogastre, le flanc droit et l'hypochondre droit, jusqu'au foie, était mobile et ballotait de droite à gauche.

Les tumeurs n'étaient le siège d'aucun mouvement actif, spontané, et des auscultations répétées ne me firent pas découvrir de trace de bruit fœtal.

Les seins étaient peu volumineux, mais à la pression, il en sortit, de chaque côté, une abondante quantité de colostrum.

A l'exploration bi-manuelle, faite sous chloroforme, je constatai que l'utérus était petit, vide, refoulé derrière et un peu au-dessus de la symphyse pubienne.

Toute idée de grossesse étant ainsi définitivement exclue, je pratiquai la laparotomie le 29 mars 1898.

A l'incision du péritoine, il s'écoula une quantité modérée de liquide ascitique.

L'utérus, petit, était refoulé contre la symphyse et il existait une volumineuse tumeur de chaque ovaire : l'une, l'inférieure, avait son segment inférieur logé dans l'excavation ; l'autre, la supérieure et la plus volumineuse, était refoulée en haut et à droite vers le foie, et elle était libre dans le ventre.

Après avoir enlevé la tumeur supérieure (celle de l'ovaire droit) je parvins aisément à extraire la seconde tumeur hors du petit bassin, j'en liai le pédicule et je l'enlevai.

En faisant la toilette du ventre, je constatai que le péritoine pelvien, viscéral et pariétal, était parsemé par endroits de petites granulations d'un blanc grisâtre. Elles étaient surtout abondantes et confluentes sur le péritoine tapissant la paroi postérieure de l'excavation : à ce niveau s'était déclarée une légère hémorragie en nappe, due à des adhérences rompues entre le péritoine et la tumeur.

Cette légère perte de sang fut arrêtée par compression, je fermai le ventre.

Rentrée chez elle, la malade succomba trois mois après l'opération : elle était devenue d'une maigreur et d'une pâleur extrêmes, elle avait le corps couvert d'ecchymoses noires, et vers la fin de sa maladie, elle avait eu des vomissements de sang noir, et d'abondantes pertes de sang par l'anus.

Les deux tumeurs étaient formées d'une coque très mince, épaisse à peine d'un tiers de millimètre, recouvrant des matières caséeuses mélangées par places de matières purulentes. Il n'y avait, dans le contenu des tumeurs, ni matières sébacées, ni poils, ni dents, ni cartilages.

La pellicule d'enveloppe des tumeurs était criblée de granulations miliaires présentant la structure des granulations tuberculeuses (cellules géantes en grand nombre).

Les deux trompes étaient épaissies, parsemées de grosses nodosités, et fermées à leur orifice abdominal. A la coupe, il s'en échappa du pus mal lié, et elles présentaient, à leur intérieur, de nombreuses ulcérations.

La nature tuberculeuse de ces deux énormes tumeurs ovariques ne saurait être mise en doute. L'état des trompes, les granulations miliaires semées sur le péritoine, l'examen microscopique des granulations occupant la membrane d'enveloppe des tumeurs, le contenu caséeux et puriforme de ces dernières en sont des preuves suffisantes. (*N. d. T.*).

parmi les affections gynécologiques. Il n'est pour ainsi dire aucun organe qui présente une aussi grande tendance, que l'ovaire, à la formation de néoplasmes.

Si l'on tient compte de l'anatomie et de l'étiologie de ces tumeurs, on peut, à l'exemple de *Waldeyer*, *Stratz* et *Pfannenstiel*, les diviser en quatre groupes : A. Les tumeurs *par rétention*, B. les tumeurs *épithéliales*, C. les tumeurs *dermoïdes*, D. les tumeurs *desmoïdes*. Il existe, en outre, des tumeurs mixtes, résultant de la combinaison de deux ou trois de ces variétés.

A. — Tumeurs par rétention

Ce sont des tumeurs kystiques qui, au point de vue étiologique, appartiennent plutôt aux affections inflammatoires, et que leur conformation fait ranger parmi les néoplasmes, mais de nature absolument différente de celle des kystes ovariques proprement dits. Tandis qu'il faut considérer le kyste comme une néoformation d'origine glandulaire (adénome), avec formation secondaire de kystes aux dépens de tubes glandulaires, l'hydropisie du follicule est le produit d'une rétention kystique et peut être mise sur le même rang que l'hydropisie tubaire, l'hématométrie, etc. Ces affections proviennent de ce que les voies de sortie sont oblitérées ; dans l'hydropisie du follicule de *Graaf* la rupture physiologique ne s'est pas faite et le kyste continue à grossir. *Rokitansky* (1) a mis hors de doute que le follicule lui-même pouvait se transformer en kyste. Il a dans un cas, trouvé un œuf dans chacun des kystes qui ne dépassaient pas le volume d'une fève. D'après les recherches de *Nagel*, il faudrait considérer comme des follicules normaux tous les kystes, même assez volumineux, qui renferment des ovules normaux ; l'hydropisie du follicule serait constituée par l'accumulation de liquide à l'intérieur du follicule, après la destruction de l'ovule et de l'épithélium qui tapisse la surface interne du follicule.

L'*hydrops follicularis* consiste en une accumulation de liquide, plus forte qu'à l'ordinaire, dans l'intérieur du follicule. Il s'en suit tout naturellement que d'après l'âge des individus, cette accumulation doit être plus ou moins considérable pour pouvoir être considérée comme une hydropisie. Chez le nouveau-né, il ne s'est pas encore épanché de liquide dans le follicule ; par conséquent si on en trouvait, on aurait affaire à un cas d'hydropisie folliculaire. Les follicules hydropiques du nouveau-né se trouvent plus près du centre de l'ovaire. Chez les

(1) *Woch. d. Zeitschr. d. Gesellsch. d. Wien. Aerzte*, 1855.