

Ce fut le cas d'une nonne qui n'avait jamais été réglée, comme l'autopsie le démontra (1), Boivin et Dugès rapportent des cas semblables. Il peut arriver encore que l'ovaire descende dans le bassin et fasse saillie entre le vagin et le rectum, et l'abcès s'ouvre dans l'une ou l'autre de ces deux cavités. On a dit aussi que le pus s'écoulait quelquefois par la trompe jusque dans l'utérus (2). On a rarement trouvé du pus dans les veines ovariennes et dans les lymphatiques.

VI. *Gangrène*. — La maladie peut aussi se terminer par gangrène (3), le fait est rare, et en tous cas, l'autopsie seule permettra de reconnaître cette terminaison.

VII. *Mélanose*. — Dans bien des cas, la mélanose de l'ovaire n'est autre chose que l'exsudation d'une certaine quantité de sang dans le tissu de l'organe. Il est des circonstances où ces congestions sanguines peuvent avoir une gravité très-grande, elles sont alors rapides et violentes, elles ont le caractère d'une apoplexie hémorrhagique (4).

VIII. *États morbides divers*. — On ne peut nier que l'inflammation puisse concourir à donner lieu à d'autres états morbides, à des kystes séreux par exemple, à des kystes hydatiques, à des tumeurs fibreuses, cartilagineuses ou osseuses, à un encéphaloïde, etc.

§ IX. — Traitement.

I. *Inflammation aiguë*. — Si la malade est atteinte de fièvre puerpérale, les remèdes dirigés contre l'affection utérine ou péritonéale conviendront parfaitement à la maladie de l'ovaire. On emploiera un traitement antiphlogistique énergique, la saignée, les sangsues sur la région iliaque, dans l'aîne, à l'anus ou aux grandes lèvres, l'application de cataplasmes émollients, le calomel associé à l'opium rendront d'incontestables services, on conseillera avec avantage des injections émollientes, des lavements, et la malade sera mise à une diète modérée et tenue dans un repos absolu. Une application judicieuse de ces remèdes, surtout dans l'ovarite aiguë, soulagera rapidement la malade. Il faut surveiller attentivement la marche de la maladie et se mettre en mesure de parer aussitôt à toutes les complications.

Si l'on constate la présence du pus à la région iliaque ou dans l'aîne, il faut lui donner issue, mais il faut attendre qu'il se soit établi des adhérences entre l'ovaire et le péritoine. Alors il faudra pratiquer une ouverture soit par le bistouri soit par la potasse. Martin Solon (1) préfère le

(1) *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1700, obs. V.

(2) Chambon, *Traité des maladies des femmes*. Paris, an VII.

(3) Th. Bonet, *Sepulcretum*, Genève, 1679, lib. III, sect. XXXIII, p. 1330.

(4) Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II.

(5) Martin Solon, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1834, t. XII, art. OVARITE.

caustique parce qu'il tend à produire des adhérences pendant la formation de l'eschare au centre de laquelle on peut pratiquer une ponction, si l'on sent la saillie de l'abcès à travers le vagin, on pourra donner issue au pus par cette voie, au moyen d'un bistouri ou d'un trocart. Dans un cas, publié par Martin Solon et observé à l'hôpital Beaujon, le pus fut résorbé alors qu'il songeait à ponctionner le kyste. Contre la gangrène on se servira des antiseptiques et des chlorures à l'intérieur et des vésicatoires extérieurement.

II. *Inflammation chronique*. — Les antiphlogistiques n'auront aucune utilité, il faudra avoir recours à des révulsifs, à des sétons, à des moxas, etc.

On se trouvera quelquefois bien des frictions iodées ou mercurielles, on a aussi employé avec avantage de petites doses répétées de calomel et la salsepareille. Il faudra surveiller l'état général, conseiller une nourriture modérée et un peu d'exercice en plein air.

On aura quelquefois recours aux eaux minérales.

[Les eaux bicarbonatées ou chlorurées sodiques réussissent habituellement à opérer la résolution. On observe de pareils résultats à Vichy, à Bourbonne, à Kissingen, etc. (1).]

Si ces moyens échouent, on a conseillé l'extirpation de l'ovaire : mais personne, je crois, n'a été assez osé en pareil cas pour pratiquer cette opération.

CHAPITRE III

HYDROPSIE ENKYSTÉE DE L'OVAIRE (2)

On donne ce nom à une accumulation de liquide dans l'ovaire, accumulation qui se trouve renfermée dans une ou plusieurs cellules ou kystes. C'est une affection qui se développe toujours lentement.

(1) Voyez Durand-Fardel, Leuret et Lefort, *Dictionnaire des eaux minérales*. Paris, 1860, t. II, p. 487, article OVAIRE.

(2) BIBLIOGRAPHIE : Dubreuil, *Rech. anat. path. sur l'hydropisie des ovaires* (*Journ. hebdom.*, 1833, n° 22). — Blasius, *Comment. de hydropse ovariorum profluente*. Halle, 1834. — Hamilton, *Pract. obs. on various subjects relating to Midwif.* Edinb., 1836. — Trackmuller, *Beitrag zur Lehre des Hydrops Ovarii* (*Gräfe's und Walther's Journ.*, t. XXI, Heft. 4). — Fuchs, *Ein Beitrag zur Nosologie der Ovarien* (*Hannov. Annal.*, Bd. III, Heft. 2). — Cazeaux, *Des kystes de l'ovaire*, thèse de concours pour l'agrégation. Paris, 1844. — Bennet, *Pathol. and clin. Remarks on the Dropsy of Ovaries* (*Edinb. Journal*, avril 1846). — Th. S. Lee, *On tumours of the Uterus and its appendages*. London, 1847. — *Schmidt's Jahrb.*, 1847, Bd. III, p. 305. — Bulring, *Die Heilung der Eierstockgeschwülste*. Berlin, 1848. — Virchow, *Das Eierstockcolloid*. (*Vhdl. d. Ges. f. Gebtsk.*, Bd. VIII, p. 197). — Filt, *On the rise, progress and various terminations of chronic ovarian tumours* (*London Gaz.*, janv. et seq. 1851). —

§ I. — Fréquence.

Elle est rare pendant la première période de la vie des femmes, bien qu'on en ait quelques exemples, mais elle devient assez fréquente après l'époque de la cessation des règles. Dans la vieillesse, les femmes paraissent être à l'abri de cette maladie. Il semble que les femmes qui ont eu des enfants y soient plus exposées que les autres, et que la constitution scrofuleuse soit aussi une prédisposition.

§ II. — Pathologie.

Beaucoup d'auteurs regardent cette maladie comme une hydropisie des vésicules de de Graaf, ils admettent que le point de départ est l'inflammation de la membrane muqueuse. Burns (1) combat le terme d'*hydropisie de l'ovaire*, s'appuyant sur ce fait qu'il n'y a pas augmentation d'une sécrétion ni d'une exhalation séreuse et qu'il s'agit de ce qu'on a appelé, peut-être à tort, un *kyste sarcomateux* : cette tumeur est produite par une altération dans la structure des tissus et par la formation de plusieurs kystes qui contiennent un fluide quelquefois aqueux, généralement visqueux, traversé par des fibres celluleuses, ou par une substance indurée, en masse plus ou moins considérable.

Ledran (2) affirme que l'hydropisie succède toujours à un squirrhe de l'ovaire, mais ce fait est nié complètement par William Shulter et par Burns.

La quantité de fluide varie beaucoup : il peut n'y en avoir que quelques onces, il peut n'y en avoir plusieurs litres (3), Morand (4) a retiré en

Pagenstecher, *Einige Bemerk. über das Eierstockcolloid*, etc. (*Monatschr.*, Bd. III, Heft. 2). — Kilian, *Einige Bemerk. über das Eierstockcolloid*, etc. (*Monatschr.*, Bd. III, Heft. 2). — Kiwisch, *Klin. Vorträge*, Bd. II, 2te Aufl., p. 76 et 77. — Bird, *Diagnosis, pathology and treatment of ovarian tumours* (*Med. Times*, juillet 1851). — Simpson, *Obstetric Memoirs*, etc. Edinb., 1855, t. I, p. 247-280. — Rokitsky, *Wochenbl. d. Ztschr. d. Ges. d. Aerzte zu Wien*, 1855, n° 1. — Discussion sur les kystes ovariens (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1855-1856, t. XXI, p. 583 ; 1856-1857, t. XXII, p. 20 et suiv.), à laquelle ont pris part MM. Barth, Malgaigne, Moreau, Huguier, Cazeaux, Velpeau, Trousseau, Jobert, Piorry, Cruveilhier, Robert, J. Guérin, etc. — Kœberlé, *Résultats statistiques de l'ovariotomie*. 1868. — Péan, *Ovariectomie*. Paris, 1869. — L. Gallez, *Histoire des kystes de l'ovaire*. Bruxelles, 1873. — Spencer Wells, *Maladies des ovaires, leur diagnostic et leur traitement*. London, 1872.

(1) Burns, *The Principles of Midwifery*, 10^e édition. London, 1843, p. 150.

(2) Ledran, *Hydropisie enkystée attaquée par une opération* (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*. Paris, 1753, t. II, p. 440).

(3) Blundell, *On diseases of women*, p. 105. — Thomas Chevallier, *A remarkable case of ovarian Dropsy* (*Medico-chir. Transactions*, 3^e édition. London, 1816, t. III, p. 40). — Ch. Thomas, *On extraordinary case of ovarian Dropsy* (*Med. chir. Transact.* London, 1827, vol. XIII, p. 330). — Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 525. — Davis's, *Obstetric medic.*, vol. II, p. 768.

(4) Morand, *Mémoires de l'Acad. de chirurgie*. Paris, 1753, vol. II, p. 455.

dix mois d'un seul kyste 427 pintes de liquide ; Martineau (1) a retiré d'un seul kyste en un an, 495 pintes et sur la même malade en vingt-cinq ans, il a retiré après quatre-vingts opérations 6631 pintes. Une dame fut ponctionnée vingt-huit fois par Portal ; une autre dame fut ponctionnée quarante-neuf fois par Ford qui retira 2649 pintes. J'ai retiré moi-même 140 pintes de liquide sur une seule malade. La quantité de liquide n'est limitée que par le degré de distensibilité de l'ovaire : une fois évacué il se reproduit avec une incroyable rapidité, au point de remplir le sac en très-peu de temps. La qualité du fluide varie beaucoup. Rees (2) l'a examiné dans plusieurs cas ; il a trouvé de l'albumine, de la matière grasse, des sels alcalins et chlorurés, du sulfate de soude, des matières extractives, etc. Le sac peut contenir des matières tout à fait liquides, ou bien des viscosités épaisses comme de la gelée, ou une matière plus concentrée. Quand il y a plusieurs cellules, chacune d'elles peut renfermer un liquide différent. On a dit qu'à la suite des ponctions, le liquide devient plus épais. Il n'en est pas cependant toujours ainsi. Il est difficile sinon impossible de s'assurer par le palper abdominal de la consistance du liquide. La fluctuation peut être plus ou moins obscure, mais l'on ne peut s'appuyer sur ce symptôme à cause de la densité des parois de l'ovaire et du degré variable de distension.

Le liquide est généralement jaunâtre, il peut être d'un brun foncé ou même noir, et la transparence diminue en proportion. Le liquide peut être clair, jaunâtre dans les petits kystes ; clair et transparent avec la consistance de la gelée dans les plus grands kystes ; il est quelquefois mélangé avec du sang liquide ou coagulé, avec des hydatides, du pus, des substances charnues analogues aux débris du placenta avec des membranes, des cheveux (3) ou des parties osseuses. Dans un même kyste, il peut varier suivant les places comme couleur, comme consistance et comme nature (4).

Julia Fontenelle (5) s'est assuré par l'analyse que sur 8 litres un quart

(1) Martineau, *Philos. Transact.*, 1784, t. LXXIV, p. 471.

(2) Rees, *Guy's Hospital Reports*, vol. VI, p. 209.

(3) J. Bauhinus apud Theoph. Bonetum, *Sepulchretum*, lib. III, sect. 33, observat. 4, n° 6, et apud J. Schenckium, lib. IV, observat. 116. — C. Bauhinus, *Anatomia*, lib. I, cap. xxxi, et apud Hercul. Saxoniam, *D. Plica*, cap. xii. — Guillelmus Fabricius Hildanus, *Observ. chirurg.*, cent. v, observat. 48. — Gregorius Horstius, *Observ. medic.*, lib. IV, observ. 53. — Daniel Sennertus, lib. IV, part. I, sect. II, cap. xx. — Johannes Rhodius, *Observat.*, centur. III, observ. 44. *Acad. des sciences*, 1743, p. 82. — Cornelius Stalpart Vander Weil, *Observat. rariorum*, centur. post. observ. 6. — Stephanus Blancardus, *Anat. pract.*, centur. II, observ. 27. — Augustinus Buddeus, *Miscellan.*, Berolini, centur. II, p. 16. — Martinus Naboth, *Dissertat. de sterilitate*, cap. II. — Jacques Yonge, *Trans. philosoph.* ; 1707, n° 309, art. 6. — Polycarpus Gottlieb Schacher, in *Commercio litterario Norimbergensi*, 1736, p. 103, et in *Dissertatione de ovarii tumore piloso*. Lipsiæ, 1735, t. IV, collect. Halbriana.

(4) Nauche, *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, vol. I, p. 165.

(5) Julia Fontenelle, *Analyse de quelques substances contenues dans les ovaires, dans certains états morbides* (*Arch. de médecine*. Paris, 1824, t. IV, p. 257). — Comparez O. Henry, *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1838-1839, t. III, p. 94.

de liquide brun et bourbeux, il y avait 6 grammes de fibrine, 97 grammes d'albumine, 34 grammes de gélatine, un peu de phosphate et d'hydrochlorate de soude. Dans un cas, après une première ponction, la sécrétion ordinaire fut mélangée avec une quantité abondante de sang liquide.

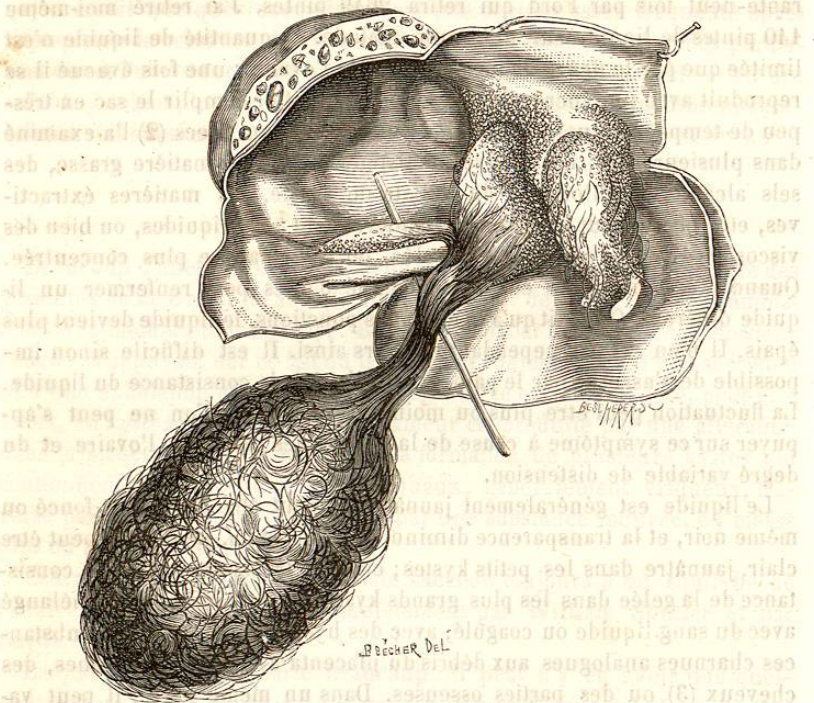


Fig. 195. Kyste ovarique contenant des cheveux, de la matière grasse, du tissu adipeux, des glandes sébacées, des follicules pileux, etc. (*)

J'ai rencontré ce fait trois fois, et les trois fois la malade mourut. Cruveilhier a trouvé quelquefois dans des cellules de petites agglomérations de cholestérine (1), mais le contenu de ces sacs n'est pas toujours à l'état liquide. On trouve quelquefois des hydatides (2) une substance charnue, semblable à des débris de placenta. On rencontre encore souvent des tis-

(1) Cruveilhier, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. OVAIRE. Paris, 1834, t. XII, p. 413; *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1856, t. III.

(2) *Mémoire de l'Académie royale des sciences*, 1771. — *Acta Berolinensia*, t. VII, p. 76. — Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 521. — C. Hawkins, *General Remarks on the Hydatids generated in human body* (*Med. chir. Trans.*, t. XVII, p. 141). — Rose, *Generation and Pathology of Hydatids* (*Medico-chirurgical Trans.*, vol. XXXI, p. 233). — Basset, *Bulletins de la Société anatomique*, 1828. — P. Dubois et Boivin, *Revue médicale*, 1838. — Charcot, *Kystes hydatiques du petit bassin* (*Mémoires de la Société de biologie*, 1852, t. IV, p. 101).

(*) D'après Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*. Livraison XVIII.

sus plus extraordinaires, tels que cheveux (1) (fig. 195), dents (2), etc. La seule explication rationnelle que l'on puisse donner de la présence de ces tissus, c'est que deux germes ont pu se trouver renfermés dans la même vésicule, et tandis que l'une devient le siège d'une hydropisie, l'autre se développe partiellement. Lee ne considère pas ces productions singulières comme liées avec la conception. Ce sont pour lui des exemples de cette monstruosité décrite par Olivier et Breschet, sous le nom de *diplogenèses par pénétration*.

Suivant Cruveilhier (3), les kystes doivent être divisés sous le rapport de la disposition de la poche en :

« 1° *Kystes ovariques uniloculaires*. — L'ovaire est converti en une poche fibreuse, ou plus exactement en une poche fibro-séreuse très-résistante, qui atteint quelquefois le volume de l'utérus au dernier mois de la grossesse et même davantage.

« 2° *Kystes ovariques multiloculaires*. — Ils sont constitués par un nombre plus ou moins considérable de poches distinctes sans communication aucune les unes avec les autres : ces kystes présentent, d'ailleurs, beaucoup de variétés. La disposition la plus ordinaire est celle dans laquelle il existe un kyste principal et plusieurs kystes secondaires. Il est rare de rencontrer plusieurs kystes d'un volume à peu près égal.

« 3° *Kystes ovariques aréolaires ou vésiculaires*. — L'ovaire est transformé en une masse aréolaire, à mailles ou vésicules de capacités très-diverses, communiquant les unes avec les autres, et remplies par une matière filante comme le blanc d'œuf, ou de la consistance du miel ou bien encore de celle de la gelée.

« 4° *Kystes ovariques composés*. — Il y a association d'un kyste uniloculaire ou d'un kyste multiloculaire avec l'espèce aréolaire ou vésiculaire. On peut dire, d'une manière générale, que dans tous les cas où existe du tissu aréolaire ou vésiculaire, le liquide du kyste uniloculaire ou des kystes multiloculaires participe de la nature du liquide du tissu aréolaire, et par conséquent est toujours visqueux. Il arrive quelquefois que la partie uniloculaire ou multiloculaire du kyste est complètement distincte de la partie aréolaire ou vésiculaire. »

(1) Anderson, *Edinburgh med. and surgical Journ.*, vol. II, p. 180. — Abernethy, *On a diseases of the Ovary* (*Med. chir. Trans.*, 3^e édition. London, 1815, vol. I, p. 35). — *Cyclop. of pract. med.*, art. DISEASES OF THE OVARIA. — Paul Marshall, *Journal complémentaire*, t. XXXV, p. 183. — Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, livr. XVIII, Paris, 1832. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1857, t. I, p. 260 et suiv., planches XXXVI à XXXVIII.

(2) Delpech, *Chirurgie clinique*, t. II, p. 321. — Kohlrusch, *Ueber den Bau der Haar und zahnhaltigen Cysten des Eierstocks* (*Muller's Archiv*, 1843, Heft. 4).

(3) [Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1856, t. III, p. 308. — M. Cruveilhier avait précédemment adopté une classification un peu différente (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1834, t. XII, p. 412, art. OVAIRES, et *Anatomie pathologique*, avec planches, 5^e livr., p. III). Nous avons préféré citer ce que l'on peut considérer comme la dernière et la plus parfaite expression de la pensée du savant professeur de la faculté de médecine de Paris.]

Au début de la maladie, ce liquide peut paraître contenu dans une seule vésicule, mais il y a plusieurs loges internes, et en réalité ces kystes sont multiloculaires. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, le liquide occupe une seule grande cavité, et, bien qu'il y ait en même temps d'autres petits kystes, ceux-ci communiquent entre eux, et pratiquement on a affaire à un kyste uniloculaire. Quand il y a plusieurs cellules, elles peuvent ou non communiquer entre elles. C'est un grand avantage quand il en est ainsi parce qu'une seule ponction permet à tout ce liquide de s'écouler (fig. 196), absolument comme s'il n'y avait qu'un sac unique.

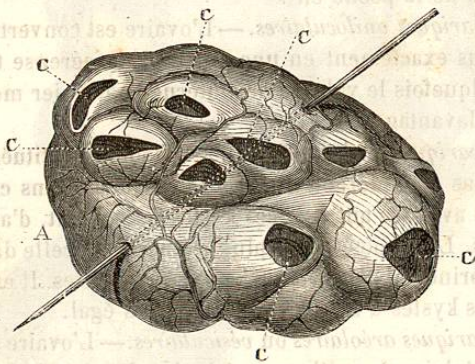


Fig. 196. — Hydropisie enkystée de l'ovaire (*).

Cline montrait une préparation de kyste qui prouvait qu'une seule ponction pouvait vider toute la tumeur. Mais ce fait est le seul de ce genre que je connaisse, et dans la plupart des kystes ovariens, il arrive le plus souvent, au moins neuf fois sur dix, et souvent plus, que les cellules ne communiquent pas, et une seule ponction ne produit qu'un soulagement partiel (1).

Si l'on examine l'intérieur d'un kyste, on voit que la surface interne est unie et a l'apparence d'une membrane séreuse : quelquefois elle est recouverte d'excroissances irrégulières, comparées par Burns aux cotylédons de l'utérus. Les excroissances peuvent devenir très-génantes, quand on cherche à déterminer l'adhérence des parois par une inflammation artificielle. Chaque kyste est, dit-on, formé par trois membranes, la membrane interne et la membrane externe sont séreuses, la membrane intermédiaire est fibreuse. L'épaisseur des parois est très-variable : quelquefois elles sont aussi minces qu'une feuille de papier, d'autres fois elles ont 1 pouce d'épaisseur. Cette épaisseur considérable peut tenir à l'hypertrophie natu-

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 105.

(*) A, grand kyste de l'ovaire à travers lequel on a passé un stylet; C, C, C, petits kystes d'abord indépendants les uns des autres, plus tard communiquants ensemble (d'après une pièce déposée au musée Dupuytren, n° 409).

relle des parois ou à l'accumulation de tissus étrangers. Cette hydroisie, la plus ordinaire de toutes les hydroisies enkystées, est souvent compliquée par l'une des maladies que nous avons déjà décrites. Ainsi les parois peuvent être squirrheuses, stéatomateuses. En pareil cas, le kyste vide pourrait peser de 14 à 20 et même 27 livres. Le kyste simple est toujours fibreux. Il peut être quelquefois musculaire et réticulé : il est d'une coloration d'un gris blanchâtre et en pareil cas chez les différentes personnes, il varie notablement comme épaisseur de parois.

L'ovaire, ou ce qui en reste, paraît comme une sorte de nœud sur l'une des parois du sac. Quelquefois ces nœuds deviennent comme cartilagineux ou même osseux. Le péritoine recouvre extérieurement toutes ces parties, et très-souvent des vaisseaux nombreux et hypertrophiés sont répandus à la surface de tumeurs, soit dans toute leur étendue, soit seulement sur un point. Ce sont, suivant Cruveilhier, surtout des sinus : suivant Delpech, au contraire, ce sont les artères; il dit les avoir disséqués avec soin et avoir trouvé des parois de vaisseaux de l'épaisseur du petit doigt (1).

Hodgkin (2) a insisté sur ces détails anatomiques. Il admet trois espèces de kystes : 1° l'une dont les parois présentent le singulier caractère de produire de nouveaux kystes semblables aux premiers; 2° les kystes qui ont des pédicules très-minces; 3° ceux qui ont des bases larges et étendues. La description qu'il donne est trop longue pour être citée, mais mérite d'être consultée. Blundell et d'autres auteurs parlent de squirrhes venant compliquer l'hydroisie de l'ovaire. Jones et Sieveking (3) disent que les kystes congénitaux sont des cellules granuleuses, de formes circulaires, avec des parois bien accusées remplies de liquide. Ces parois ont une épaisseur de 3 à 7/10,000^{es} de pouce : elles sont incolores et renferment un nucléole plus ou moins granuleux; elles renferment aussi des corpuscules qui sont identiques avec ceux du sang, bien qu'ils ne soient pas renfermés dans des vaisseaux. Les parois du kyste sont formées par un tissu fibreux très-mince, recouvert de cellules très-déliées. Quelquefois on voit de larges sinus serpenter à la surface de la tumeur : mais ce n'est pas le cas général. On voit quelquefois les pulsations des artères, et dans un cas, j'ai pu distinguer un bruit de soufflet très-distinct, analogue au soufflet placentaire.

Outre le liquide contenu dans les cellules, on voit presque toujours, surtout à la racine de la tumeur, une certaine quantité de matière solide, et cette matière solide peut aller en augmentant, jusqu'à former une grande partie de la tumeur et diminuer sérieusement la capacité du kyste.

(1) Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 523. — Hooper, *Morbid Anatomy of the Human uterus*, pl. XX.

(2) Hodgkin, *On the anatomical characters of some adventitious structures (Medico-chirurg. Trans.* London, 1829, vol. XV, part. II, p. 275).

(3) Jones and Sieveking, *Pathological Anatomy*, p. 705.

Les rapports de l'ovaire malade avec les organes voisins peuvent, au point de vue pratique, devenir importants à étudier. Dans quelques cas, il reste libre de toute adhérence, mais quand la malade a été ponctionnée souvent, il est très-ordinaire de voir des adhérences se former. Si la maladie ne s'est pas compliquée d'inflammation, il arrive quelquefois que les adhérences sont très-légères, de sorte que l'on peut enlever toute la masse à la fois. Nous verrons plus tard que la cure radicale de la maladie dépend beaucoup de l'absence d'adhérences.

L'hydropisie peut atteindre les deux ovaires (1) ou seulement un seul; mais il est rare qu'elle soit au même point des deux côtés. Un des ovaires peut remplir tout l'abdomen, tandis que l'autre n'est pas plus volumineux qu'une orange.

§ III. — Causes.

Il est souvent très-difficile de déterminer la cause d'une semblable maladie : ces organes sont peu exposés aux causes ordinaires d'irritation, étant protégés par les os du bassin, et souvent l'on se perd dans les recherches. Tantôt l'hydropisie des ovaires coïncide avec maladie de la matrice, tantôt avec la suppression des règles, tantôt avec la leucorrhée. Elle a été attribuée aux accidents éprouvés pendant le travail, ou bien à des émotions violentes, à des coups, des chutes, au froid, etc. Nauche (2) la regarde comme une affection constitutionnelle, comme le résultat d'une diathèse scrofuleuse; tandis que Capuron (3) l'attribue au célibat, à la stérilité et à la vieillesse. Les restes de placenta, les dents, les cheveux ont été rapportés à une fausse conception : mais il y a beaucoup de circonstances qui restent inexplicables avec cette théorie.

§ IV. — Symptômes.

Pendant plusieurs mois, ou pendant plusieurs années, une fois la maladie commencée, l'ovaire reste dans la cavité du bassin : mais une fois arrivé à un certain développement, ainsi qu'il arrive pour l'utérus dans la grossesse, l'ovaire passe dans la cavité abdominale. Maintenant il est très-évident que non-seulement les symptômes généraux varieront, mais que les symptômes mécaniques résultant de la compression sur les organes pelviens seront très-différents une fois que la tumeur occupe l'abdomen. Dans l'un ou l'autre cas, ils peuvent se diviser en ceux qui tiennent à la compression mécanique, à une irritation réflexe, et ceux qui tiennent à la maladie elle-même de l'ovaire. L'intensité des premiers symptômes est

(1) Oslander, *Neue Denkwürdigkeiten*, 1799, t. II. — Joerden, *Hufeland's Journal*, t. II.

(2) Nauche, *Des maladies propres aux femmes*. Paris, 1829.

(3) Capuron, *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1812, p. 178.

en proportion du développement de la tumeur, et ils peuvent exister, que la tumeur soit dans le bassin ou dans l'abdomen : les seconds symptômes sont en raison du degré avancé de la maladie.

Voyons d'abord les symptômes les plus saillants quand la tumeur est dans le bassin. Ils sont d'abord très-trompeurs.

La malade accuse une pesanteur considérable dans le bassin, sans douleur réelle : et comme on voit souvent du même coup les règles se supprimer, les seins se développer et devenir douloureux (1), quelquefois même une sécrétion de lait s'établir, la malade se croit enceinte, comme au début d'une grossesse, elle éprouve le matin en se levant des malaises. Dans un cas rapporté par Vater (2) la malade avait tous les symptômes d'une grossesse : elle perdait du lait et croyait même sentir remuer : le ventre continua à se développer au delà de l'époque finie, et elle était malade depuis trois ans et demi quand elle mourut. L'abdomen contenait une quantité considérable de liquide, et l'ovaire droit fut trouvé être aussi volumineux qu'une tête d'homme, et rempli de matière purulente. L'utérus était sain, mais en prolapsus, et l'uretère était distendu par la pression. Ce n'était pas une grossesse extra-utérine, dit Burns (3), qui rapporte le fait, car l'ovaire était divisé en cellules, et ne renfermait pas trace de fœtus.

A mesure que la tumeur se développe, elle augmente de poids et s'accompagne de dysenterie, de constipation et d'hémorrhoides. La pression sur le rectum empêche le passage des matières intestinales, et par là facilite la distension des intestins et aussi la dilatation des uretères. Dans un cas, dit Robert Lee, que j'ai eu dernièrement à suivre à l'infirmerie de Marylebone, un kyste de l'ovaire s'étant engagé entre la vessie et le rectum, produisit tous les symptômes d'un rétrécissement du rectum. Chez une dame que je soigne en ce moment, la présence d'un kyste de l'ovaire dans le bassin empêche la vessie de se vider sans l'emploi d'un cathéter (4). La malade accuse aussi une sensation très-pénible dans les reins.

A l'examen, on trouve une tumeur entre le vagin et le rectum, et si les parois sont minces, on sent de la fluctuation. L'orifice utérin peut être à sa place normale, un peu abaissé ou un peu élevé, repoussé d'un côté ou autre, suivant le siège ou la dimension de la tumeur qui n'est pas, d'ailleurs, sensible à la pression.

En introduisant le doigt dans le rectum au-dessus de la tumeur, on

(1) M. Robert dit que c'est ordinairement le sein du côté de l'ovaire malade qui se développe.

(2) Vater, in Haller, *Disp. med.*, t. IV, p. 40.

(3) Burns, *The principles of midwifery*. London, 1848, p. 152, note. — Ogden, *London, medical Gazette*, janvier 1840.

(4) Robert Lee, *Cyclopedia of pract. med.*, art. DISEASES OF THE OVARIA. — Burns, *The principles of midwifery*, p. 155.

rencontre le col de l'utérus qu'il est facile de distinguer de l'ovaire hypertrophié. Cette distinction est importante à faire comme diagnostic, autrement l'on pourrait croire à une rétroversion de l'utérus. Il est encore facile de reconnaître si les deux ovaires sont malades ou s'il n'y en a qu'un.

Mais si l'on ne voit la malade que quand l'ovaire est remonté dans l'abdomen, les symptômes sont différents. Il n'y a plus de pesanteur dans le bassin, et la constipation peut avoir disparu. Au lieu de la difficulté pour uriner, la malade se plaint d'incontinence; des hémorrhoides peuvent se produire et l'une ou l'autre jambe devient œdémateuse. A mesure que la tumeur se développe, elle comprime plus ou moins les intestins, l'estomac, le foie; elle distend le diaphragme, trouble les fonctions de l'estomac et donne lieu à des palpitations, de la dyspnée, etc. Quelquefois la quantité d'urine est diminuée, dans d'autres cas elle reste la même. Dans un fait rapporté par Portal (1), les uretères et les reins étaient comprimés, et l'urine ne pouvait sortir. Une fois la ponction faite, l'urine s'écoula librement dans la vessie. [[Quand la tumeur a acquis un assez grand développement, l'abdomen est déformé, considérablement augmenté de volume sa circonférence peut mesurer jusqu'à 4^m,30 et 4^m,50.]]

Le repos forcé auquel la malade est condamnée vient troubler sa santé générale. Les irritations réflexes que nous avons signalées peuvent persister longtemps. Ainsi les seins continuent à être volumineux et sensibles, ils sécrètent un liquide clair semblable à du lait. Les fonctions génitales ne sont pas toujours empêchées; j'ai vu des cas de grossesse coïncidant avec l'hydropisie de l'ovaire (2). Si la tumeur est remontée dans l'abdomen, la parturition est possible; sinon elle peut être entravée, et la vie de la malade sera plus ou moins compromise.

La menstruation est quelquefois régulière, parfois interrompue ou totalement supprimée. Seymour (3) dit que quand les deux ovaires sont malades les règles manquent toujours.

Dès qu'une tumeur apparaît au-dessus du bassin, on peut toujours la reconnaître; d'ailleurs elle s'incline vers l'une des fosses iliaques; elle reste stationnaire pour un temps, puis elle se développe toujours plus inclinée d'un côté que de l'autre et remplissant de préférence la partie inférieure de l'abdomen. On peut, par la palpation abdominale, reconnaître si la surface est lisse ou accidentée et, si les parois sont minces, on perçoit de la fluctuation. Jusqu'à ce que la tumeur soit volumineuse, ce signe est obscur.

[[La fluctuation qui doit être recherchée avec soin est tantôt facile à

(1) Portal, *Cours d'anatomie médicale*. Paris, 1804, t. V, p. 549.

(2) Thomas Hewlett, *Case of extensive ovarian disease complicated With pregnancy* (*Med. chir. Trans.* London, 1832, vol. XVII, p. 226). — Hamilton, *Practical obs.* Edinburgh, 1836, part. I, p. 71.

(3) Seymour, *On diseases of the ovaria*.

percevoir, tantôt, au contraire, à peine sensible, quand le liquide est albumineux ou renferme des matières grasses. Dans certains cas, elle est nulle, et le kyste présente une dureté très-grande.

La fluctuation est perçue sur toute la surface de la tumeur, quand le kyste est uniloculaire, ou bien sur des points limités quand il est cloisonné.

Quand le kyste est uniloculaire, on perçoit assez facilement ce que M. Cruveilhier a appelé le *choc par contre-coup*, que l'on produit à l'aide d'une percussion rapide et légère comme une chiquenaude, sur un point opposé à la main placée à plat sur la surface du kyste.

La percussion présente également des caractères qu'il est important de connaître. Il existe de la matité dans toute l'étendue de la tumeur; cette matité ne se déplace pas sensiblement dans les changements de position qu'on fait subir à la malade. Il existe de la sonorité au-dessus de la tumeur et vers les régions iliaques, points ordinairement occupés par les intestins refoulés. La matité présente une courbe à concavité inférieure à moins qu'il n'y ait complication d'ascite. Quelquefois la tumeur ne présente pas de matité dans toute son étendue, et il existe un point de sonorité qui est due alors à l'interposition de quelques anses intestinales adhérentes entre elle et la paroi abdominale. D'autres fois la tumeur présente de la sonorité quand il y a putréfaction et décomposition du contenu du kyste, ou quand il y a communication entre elle et le canal intestinal.]]

Par le toucher vaginal, on reconnaît que l'utérus est plus haut que dans l'état normal, excepté toutefois à une période avancée de la maladie où l'utérus se trouve déprimé ou même en prolapsus. La pression exercée sur le col utérin ne communique aucun choc à l'autre main placée sur l'abdomen.

[[D'après Boinet, le col utérin est toujours rejeté du côté opposé au kyste.]]

Ainsi que je l'ai déjà dit, la santé générale reste bonne pendant un temps assez long. Elle se dérange plus tard et l'on arrive à la troisième classe des symptômes. La description de Burns est si nette, que je la cite avec plaisir: « Dans le cours de la maladie, la malade peut avoir des crises de douleurs abdominales avec fièvre, ce qui indique dans la tumeur la production d'une inflammation partielle qui peut se terminer par de la suppuration et produire la fièvre hectique. La crise peut même être plus violente, être accompagnée de vomissements, de sensibilité exagérée du ventre, de fièvre intense, et en peu de temps la terminaison est fatale. Ou bien, il y a des douleurs très-vives qui durent peu de temps, s'accompagnent d'un épuisement momentané, et ces paroxysmes se répètent fréquemment. Dans beaucoup de cas, ces symptômes aigus manquent, et la malade n'éprouve que très-peu de gêne, jusqu'au jour où la tumeur, devenue très-volumineuse, empêche la respiration et produit une sensation pénible

ble de distension. A ce moment, la constitution est épuisée et les accidents d'hydropisie se produisent de toutes parts. Les parois abdominales sont parfois si sensibles que la malade ne peut supporter la moindre pression. Elle s'amaigrit, passe des nuits sans sommeil, elle est prise de fièvre, elle perd l'appétit et meurt au milieu d'une dyspnée intense et de douleurs très-vives (1). »

§ V — Terminaisons.

L'hydropisie enkystée de l'ovaire se développe lentement et peut durer plusieurs années sans amener la mort de la malade, quoique ces cas soient rares. Un kyste peut persister pendant cinquante-huit ans (2).

Sabatier a examiné les corps de plusieurs femmes qui, pendant cinquante ans, avaient porté des tumeurs semblables sans avoir éprouvé de dérangements graves dans leur santé. L'hydropisie de l'ovaire n'est donc pas une maladie qui doive beaucoup alarmer, à moins qu'elle ne soit très-ancienne et très-volumineuse (3).

Cette maladie peut se terminer de plusieurs manières. Malheureusement il est très-rare que la malade guérisse.

1° Dans quelques cas très-rares, la résolution peut survenir; le liquide est résorbé (4).

2° L'inflammation peut se développer dans la membrane séreuse d'enveloppe et donner lieu à la production d'adhérences entre l'ovaire et le petit intestin (5), le colon, la vessie (6), le vagin (7), etc. L'ovaire s'ouvre quelquefois dans l'un de ces organes, le liquide s'écoule entièrement par cette voie et la malade se trouve guérie pour un temps, quelquefois pour toujours (8).

(1) Burns, *Principles of midwifery*. London, 1843, p. 154.

(2) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*. — Camus, *Revue médicale*, 1833. — Pereira, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1841.

(3) Blasius, *Commentatio de hydrope ovarium confluenta*, 1834. — H. Larrey, *Kyste pileux de l'ovaire compliqué d'une fistule urinaire vésico-abdominale et d'un calcul dans la vessie* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1846, t. XII, p. 567).

(4) Nauche, *Maladies propres aux femmes*, vol. I, p. 174. — Voyez aussi *Med. Gazette*, 18 juillet 1836. — Helmann, *Siebold's Journal*, t. II, cahier 3.

(5) Seymour, p. 55.

(6) Denman, *Med. and phys. Journal*, t. II, p. 20. — Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. II, p. 537.

(7) Monro, *Essais et observations de la Société de médecine d'Edimbourg*, Paris, 1840, t. VI, p. 397. — Madame Boivin, *Recherches sur l'avortement*, Paris, 1828, p. 103, 131. — Quand j'étais médecin d'hôpital, une femme nommée Myers se présenta avec un abdomen excessivement développé. Cette distention était, dit-elle, accidentelle. Elle était soulagée par des vomissements et des selles abondantes d'eau. Je ne doute pas que dans ce cas l'hydropisie ne fût ovarienne, et suivant toute probabilité le kyste s'ouvrait dans les intestins par ulcération ou rupture, ce qui formait une sorte de ponction naturelle. (Blundell, *On diseases of women*, p. 122.)

(8) Denman, *Midwifery*, p. 84. — Seymour, *Illustrations of diseases of the ovaria*, p. 52.

[Chéreau a réuni 70 cas de ruptures de kystes de l'ovaire. L'évacuation du liquide s'est faite par des voies différentes : péritoine, vessie, utérus, vagin, et enfin à travers les parois abdominales. Quelques malades ont succombé rapidement, d'autres ont guéri définitivement, un certain nombre, enfin, sont restées dans le *statu quo*.]

J'ai vu à l'hôpital des Incurables plusieurs malades qui obtenaient de temps en temps un soulagement de cette manière. Souvent ces adhérences changent la position et les rapports des viscères; quelquefois le kyste s'ouvre extérieurement par l'ombilic (1) ou la région lombaire,

3° Adolphe Richard (2) a rapporté cinq observations d'une communication qui s'était établie entre l'ovaire et la trompe de Fallope: le liquide s'écoulait par cette voie, comme dans les cas de Morgagni (3), de Frank (4), de Follin, de Boivin et Dugès (5), dans lesquels le liquide fut plusieurs fois évacué de cette manière.

4° L'inflammation peut attaquer l'ovaire et entraîner la mort soit rapidement, soit par suite de la formation de pus (6). Cela arrive fréquemment quand la malade a été ponctionnée.

5° Les parois de l'ovaire peuvent se rompre et le liquide se répandre dans le péritoine, ce qui entraîne la mort par inflammation (7). Dans quelques cas rares, le sac s'oblitére (8). Simpson dit que quand le liquide est simplement de l'hydropisie, il ne donne pas lieu à de la péritonite; mais que dans les cas où il y a eu inflammation, le liquide est irritant et peut donner lieu à la péritonite; mais j'ai vu souvent des exceptions à cette règle.

§ VI. — Diagnostic.

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

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

(1) Seymour, *Illustrations of the diseases of the ovaria*. London, 1830, p. 52 et 53.

(2) Adolphe Richard, *Note sur les kystes tubo-ovariens* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1855-1856, t. XXII, p. 356; *Mémoires de la Société de chirurgie*, Paris, vol. III, fasc. 2).

(3) Morgagni, *De sedibus et causis morb.*, 2^e lett.

(4) Frank, *De curand. morbis hom.*, liv. VI, part. I.

(5) Boivin et Dugès, *Traité des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II.

(6) Patterson, *Philadelphia med. Examiner*, 16 février 1839. — Davies, *Med. gaz.*, 1839. — Douglas, *Med. gaz.*, 6 décembre 1839. — Crisp, *Ranking's abst.*, vol. II, p. 249.

(7) Dance, *Observations sur plusieurs affections de l'utérus et de ses annexes* (*Archives générales de médecine*, t. XXI, p. 214). — Boivin, *Recherches sur l'avortement*. Paris, 1828, p. 121.

(8) Addison, *Guy's Hospital Reports*, n° 1, p. 41.