

HUITIÈME CLASSE DE MALADIES

DES TRANSFORMATIONS OU MÉTAMORPHOSES ORGANIQUES, ET DES PRODUITS MORBIDES ACCIDENTELS

Dans la huitième classe, nous comprenons les maladies caractérisées par la transformation des tissus les uns dans les autres, par le développement de tissus nouveaux analogues ou même identiques avec les tissus naturels, ainsi que par la formation de produits nouveaux tout à fait étrangers à l'économie.

La transformation des tissus les uns dans les autres est un phénomène très-commun dans l'organisme; on l'observe notamment comme fait physiologique, lorsque, par suite de l'évolution du corps, ou par l'extinction d'une fonction naturelle, certains tissus disparaissent pour être remplacés par d'autres. Mais nous n'avons à nous occuper ici que des transformations de tissus sous le rapport pathologique, et comme expression d'une perversion spéciale de l'acte nutritif. Or, à ce point de vue, M. le professeur Cruveilhier a remarqué avec beaucoup de raison que cette métamorphose des tissus était restreinte à d'étroites limites, que tous ne se transforment pas indistinctement les uns dans les autres, et qu'on ne voyait pas, par exemple, les tissus d'un ordre inférieur dans la vitalité s'élever à une puissance supérieure d'organisation. C'est ainsi que les tissus cellulaire, osseux, fibreux, ne se transforment jamais en tissus musculaire, nerveux, glandulaire, tandis que ceux-ci peuvent descendre à un degré inférieur; une fois qu'ils ont subi cette métamorphose, ils ne peuvent que décliner encore, sans pouvoir jamais reprendre leur organisation primitive.

Souvent le tissu morbide n'est pas une transformation d'un autre, mais c'est une production nouvelle, identique avec les tissus normaux (produit homéomorphe). On comprend qu'entre la métamorphose et la production organique il soit difficile d'établir une limite; aussi croyons-nous avec M. Cruveilhier qu'on ne doit point en faire deux ordres distincts.

Ces productions nouvelles ou ces transformations d'un tissu en un autre constituent, à vrai dire, un *tissu accidentel*, changeant la structure primitive des organes, et produisant par conséquent un trouble plus ou moins grand dans leurs fonctions; mais combien ils se distinguent d'autres produits morbides qui, étrangers à l'organisme, sans analogues dans l'économie, existent souvent sans avoir avec les organes ou les tissus dans lesquels ils se développent aucune espèce de connexion organique. Dans ce genre nous comprendrons des produits pathologiques divers, savoir: 1° les *concrétions inorganiques*; 2° les produits morbides qui, déposés dans les tissus, les dépriment, les pénètrent, peut-être même les convertissent en leur propre substance; tels sont les *tubercules*, le *cancer* et peut-être aussi la *mélanose*: on a nommé ces derniers produits *hétéromorphes* ou *hétérologues*. 3° Enfin, dans une dernière catégorie, on pourrait mettre les *parasites*.

On voit que dans cette classe il existe une grande diversité de maladies. Toutes sont caractérisées par un produit morbide spécial, d'origine et de cause fort différentes, mais servant seul à dénommer et à classer l'affection. Dans des sous-ordres, nous pourrions rapprocher celles de ces maladies qui ont entre elles le plus d'analogie.

PREMIER GENRE DE PRODUITS MORBIDES

DES PRODUITS MORBIDES ACCIDENTELS HOMÉOMORPHES

Les produits morbides homéomorphes consistent dans la transformation des tissus les uns dans les autres, et dans le développement de tissus nouveaux analogues aux tissus primitifs.

Nous ne devons pas signaler dans cet ouvrage tous les modes de transformation dont les organes sont susceptibles; il en est qui, quoique intéressants à connaître sous le rapport de l'anatomie pathologique, n'ont néanmoins aucune importance sous le point de vue pratique: aussi les négligerons-nous. Nous ne nous occuperons ici que des transformations et productions *graisseuse séreuse, cornée, cartilagineuse et osseuse*; nous terminerons enfin par l'étude de quelques *polypes*, qui sont des produits morbides pouvant tenir des tissus muqueux, charnu, fibreux ou cartilagineux.

DE LA TRANSFORMATION GRAISSEUSE DES TISSUS

Nous avons parlé ailleurs de l'obésité, qui n'est autre qu'une production insolite ou une accumulation de graisse dans les mailles du tissu cellulaire. Il nous reste à nous occuper maintenant des cas non moins nombreux dans lesquels divers tissus, s'ils ne se transforment pas précisément en substance adipeuse, sont détruits par une autre cause et remplacés par de la graisse.

Les muscles sont les organes qui éprouvent le plus souvent la métamorphose graisseuse. Lorsque cette altération survient, les fibres charnues pâlisent, prennent une teinte jaunâtre; elles diminuent de volume, et finissent même par disparaître entièrement. Le corps entier du muscle est alors converti en une masse jaunâtre qui graisse le scalpel et tache une feuille de papier comme la graisse le ferait. Souvent les muscles ainsi altérés conservent la forme et le volume qu'ils avaient quand ils étaient sains. Béclard croyait qu'il n'y avait pas précisément alors transformation du tissu, mais simple dépôt de graisse entre les fibres charnues, dont, suivant lui, on retrouverait toujours quelques vestiges: c'est aussi la doctrine que M. Cruveilhier professe. Le plus souvent, et c'est ce que nous avons noté déjà dans l'atrophie musculaire progressive, la transformation ou, si l'on veut, l'accumulation graisseuse est précédée de l'atrophie des fibres. M. le professeur Cruveilhier a noté que les vaisseaux des muscles, devenus graisseux, avaient subi une diminution notable de volume, et que leurs nerfs, devenus grisâtres, étaient plus ou moins atrophiés.

La dégénérescence graisseuse atteint surtout les muscles des extrémités inférieures et supérieures; nous l'avons vue constituer un des caractères essentiels de cette maladie singulière que nous avons décrite précédemment (page 244) sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*. Parmi les muscles de la vie organique, le cœur est à peu près le seul qui subisse la conversion graisseuse. Nous en parlerons bientôt avec plus de détail.

La cause ordinaire de cette transformation est, pour les muscles des membres, leur inaction trop prolongée, un défaut de vitalité; aussi l'observe-t-on spécialement chez les vieillards infirmes, paralytiques, chez les sujets atteints

de difformités, qui sont forcés de rester dans un état d'immobilité presque complète. Pour la même raison, la destruction, l'atrophie des nerfs excitateurs, est souvent suivie de la dégénérescence grasseuse des muscles auxquels ces cordons se distribuaient.

Il n'y a aucun phénomène qui indique pendant la vie la dégénérescence grasseuse des muscles. Comme cette transformation n'est presque jamais complète, il s'ensuit que les organes sont encore capables de transmettre quelque mouvement aux parties qu'ils sont destinés à mouvoir.

Quelques viscères peuvent également subir la transformation adipeuse : Dupuytren et Lobstein ont rencontré plusieurs fois le pancréas converti en graisse. Chacun sait combien la dégénérescence grasseuse du foie est fréquente. Cette lésion étant spéciale aux sujets tuberculeux, nous en parlerons à l'occasion de la phthisie pulmonaire. On cite aussi quelques cas de transformation grasseuse des reins. Un des faits les plus remarquables en ce genre a été vu par M. Bricheau ; il est rapporté dans le tome III, page 616, de l'ouvrage de M. Rayer. Enfin, les mamelles sont encore des organes qui subissent assez souvent la transformation adipeuse. Toutefois cette altération s'y rencontre encore moins fréquemment que dans les muscles et dans le foie.

DE LA SURCHARGE ET DE LA TRANSFORMATION GRAISSEUSE DU CŒUR

Chez les personnes obèses et même chez quelques individus d'un embonpoint ordinaire, on trouve le cœur entouré, surchargé d'une grande quantité de tissu adipeux. Cette graisse, d'une belle couleur jaune et d'une assez bonne consistance, se trouve en grande abondance à la base du cœur, à la partie postérieure de cet organe, vers le sillon transversal et le long des vaisseaux coronaires. En général aussi la graisse pénètre plus ou moins entre les fibres charnues, qui sont flasques et amincies.

Dans quelques cas, la graisse n'est pas seulement appliquée sur le cœur, mais les fibres musculaires pâles, d'une couleur jaune-paille, ou analogue à celle des feuilles mortes, sont ramollies et graissent le scalpel qui les divise. Cette dégénérescence grasseuse des fibres charnues du cœur est ordinairement partielle, et se montre surtout à la pointe de l'organe, qu'elle peut envahir dans toute son épaisseur. Elle paraît se faire de dehors en dedans, de sorte que la texture musculaire des fibres les plus internes peut être parfaitement reconnaissable, tandis qu'à la surface elles ont subi entièrement la transformation adipeuse. Nonobstant cette altération, les parois cardiaques résistent à l'effort du sang, et quoiqu'on ait regardé la dégénérescence grasseuse comme une cause de rupture, néanmoins on ne compte encore qu'un très-petit nombre de faits en faveur de cette opinion. M. Cruveilhier dit même n'avoir point vu cette altération dans les dix ou douze cas de rupture de cœur qu'il a étudiés. Un cœur gras offre très-fréquemment une dilatation de ses cavités. Les causes de la surcharge et de la dégénérescence adipeuse du cœur sont tout à fait inconnues; on sait seulement que l'altération est plus commune chez la femme que chez l'homme. Quelques faits tendraient aussi à faire croire, d'après M. Bizot, que l'état gras du cœur se rencontre assez souvent chez les phthisiques, surtout chez les femmes; il coexisterait alors presque toujours avec une altération semblable du foie.

On ne connaît aucun symptôme qu'on puisse rapporter d'une manière certaine soit à la surcharge, soit à la dégénérescence grasseuse du cœur.

PRODUCTIONS DE TISSU SÉREUX

Des membranes séreuses accidentelles se développent fréquemment : on voit souvent ces productions naître dans des parties soumises à des frottements insolites et répétés; ailleurs elles se forment autour de corps étrangers qu'elles isolent, ou bien encore au sein d'organes qui ont été déchirés, rompus : c'est ainsi que nous avons vu, à la suite des hémorrhagies cérébrales, une poche séreuse s'organiser à la place de la portion qui a été détruite. Quelle que soit la partie où ce tissu séreux se développe, il se présente toujours sous forme d'un sac sans ouverture, et constitue une des variétés de cavités ou poches accidentelles qu'on désigne sous le nom de *kystes*.

DES KYSTES

Les *kystes* sont des cavités membraneuses sans ouverture, de formes et de dimensions variables, qui se développent accidentellement dans tous les tissus de l'économie, excepté dans les cartilages.

La membrane qui forme le kyste est plus ou moins épaisse; elle adhère par sa face externe aux tissus environnants; par sa face interne, au contraire, qui est presque toujours lisse, pâle, et d'aspect comme séreux, elle est en contact avec des substances fort diverses. Celles qu'on y rencontre le plus souvent sont : la sérosité, le sang en caillots, le pus, des matières grasses athéromateuses, mélicériques, des tubercules, du cancer, de la mélanose, des hydatides, des poils, des corps étrangers venus du dehors, etc. Tantôt on ne trouve qu'une seule cavité; tantôt le kyste est multiloculaire; ses loges sont alors isolées les unes des autres, ou bien elles communiquent entre elles. Un liquide identique les remplit; mais souvent aussi chaque loge contient des produits différents, quoique la membrane du kyste qui les a sécrétés offre partout le même aspect et la même structure. En général, on ne trouve qu'un seul kyste; quelquefois il y en a plusieurs dans le même organe ou dans diverses parties du corps; on en a même rencontré parfois un si grand nombre sur le même individu, qu'on a été fondé à en attribuer la production à une sorte de diathèse. Tel est le fait rapporté par Morgagni, d'une femme chez laquelle il trouva plus de huit cents kystes séreux disséminés dans la plupart des viscères.

Le plus grand nombre des kystes adhère intimement aux organes environnants par du tissu cellulaire dense. Quelquefois ils leur sont simplement contigus, et alors on les enlève très-facilement. L'organe dans lequel le kyste s'est développé est le plus ordinairement atrophié, par suite de la compression qu'il subit; on l'a vu quelquefois être réduit à une lame mince de tissu cellulo-fibreux dans laquelle on ne reconnaît plus la structure première de l'organe.

On a beaucoup discuté sur le mécanisme qui préside à la formation des kystes. Les uns pensent, avec Louis, Haller et Morgagni, que la matière épanchée préexiste au kyste, tandis que, suivant Bichat, le contraire aurait lieu. Cette dernière opinion est peut-être la plus généralement vraie. Cependant il est incontestable que dans beaucoup de cas le kyste ne se forme que consécutivement à la présence d'un corps étranger. C'est ce que nous avons fait, par exemple, pour les épanchements sanguins et purulents du cerveau; c'est ce qu'on observe encore lorsqu'un projectile séjourne dans les tissus. M. Cruveilhier divise en deux catégories les kystes préexistants : 1° ceux qui ne sont

autre chose que le développement de poches ou de cavités closes normales; 2° ceux qui se sont formés de toutes pièces aux dépens du tissu cellulaire, et qui constituent, à vrai dire, des productions nouvelles.

Les symptômes produits par la présence des kystes dépendent presque uniquement de la compression que ces tumeurs exercent sur les organes et de la gêne qui en résulte pour l'exercice de leurs fonctions. C'est de cette manière surtout que ces tumeurs peuvent amener la mort des sujets. Les kystes peuvent guérir par la résorption de la matière épanchée dans leur cavité, ou bien par son issue au dehors. Ces tumeurs deviennent parfois le siège de lésions consécutives : ainsi elles peuvent s'enflammer, suppurer, et leurs parois peuvent subir divers modes de transformation, surtout la transformation cartilagineuse ou osseuse.

Plusieurs des kystes qui sont du domaine de la pathologie médicale, lorsqu'ils sont accessibles, réclament surtout un traitement chirurgical. En effet, les topiques, aidés ou non de l'emploi des médicaments internes, ne sont presque jamais suivis de succès.

Des kystes du cerveau.

Presque tous les kystes qu'on rencontre dans le cerveau ont un petit volume : ils contiennent de la sérosité et sont consécutifs à un épanchement sanguin : ils sont un des modes de guérison de l'hémorragie et du ramollissement des centres nerveux. Cependant tous les kystes séreux de l'encéphale n'ont pas cette origine : fréquemment on en trouve dans les plexus choroïdes; ils sont pisiformes, et n'acquièrent peut-être jamais un volume assez considérable pour produire des symptômes graves; c'est d'ailleurs un point qui reste encore à éclaircir. Plusieurs fois aussi nous avons vu des kystes séreux d'un volume considérable situés à la surface ou dans l'épaisseur du cerveau, et qui s'étaient développés spontanément, c'est-à-dire sous l'influence seule de cette perversion de la nutrition qui préside au développement de la plupart des produits accidentels.

Il importe d'être prévenu que les kystes séreux indépendants de tout épanchement sanguin antérieur sont excessivement rares. Presque toujours alors ils se lient à l'existence de quelque hydatide. Leur diagnostic est tout à fait impossible, car les accidents qu'ils produisent leur sont communs avec la plupart des tumeurs intra-crâniennes.

Nous ne dirons rien des kystes purulents, mot impropre dont on se sert quelquefois pour désigner les abcès du cerveau entourés d'une fausse membrane. (Voyez dans le tome I^{er} l'article *Encéphalite*.)

Des kystes séreux du foie et de la rate.

Comme pour le cerveau, les kystes séreux sont extrêmement rares dans le foie; on en a même contesté l'existence, et beaucoup de personnes pensent encore aujourd'hui que toutes les tumeurs qu'on regarde comme des kystes séreux ne sont autres que des kystes hydatifères. Cependant il est incontestable qu'il se forme quelquefois dans le foie des tumeurs simples ou multiples, tantôt petites, tantôt assez grosses pour occuper un des lobes, ne contenant autre chose qu'une sérosité claire, transparente comme de l'eau de roche, point ou à peine albumineuse. Lorsque la poche s'enflamme, le liquide se trouble ou devient même tout à fait purulent; il peut être coloré en rouge lorsque du sang a été exhalé dans l'intérieur de la poche.

Les kystes séreux du foie, étudiés d'abord par Lassus, et récemment en Angleterre par le docteur Hawkins, ont à peu près la même marche, les mêmes terminaisons que les tumeurs hydatiques; les symptômes leur sont également communs, à l'exception pourtant du frémissement, qui manque constamment dans les kystes séreux. Cependant il ne faudrait pas s'autoriser de l'absence de ce seul signe pour diagnostiquer un kyste séreux à l'exclusion d'une tumeur hydatifère; car nous verrons plus tard que le frémissement hydatique est un phénomène extrêmement rare dans les kystes acéphalocystiques. La ponction exploratrice, qu'on a conseillée, ne saurait non plus rien apprendre, puisque dans l'un et l'autre cas il ne peut s'écouler par la canule qu'une sérosité plus ou moins transparente, peu ou point albumineuse. Il faut conclure que, dans l'état actuel de la science, on ne saurait diagnostiquer pendant la vie un kyste séreux du foie d'avec une tumeur hydatique. Toutefois le plus ou moins de précision du diagnostic ne peut nuire au traitement, qui devra être le même dans les deux cas.

Des kystes simples de la rate et des reins.

Ce que je viens de dire du foie s'applique en tout point à la rate.

Les reins sont fréquemment le siège de kystes séreux plus ou moins volumineux; la plupart se développent dans la substance corticale; quelques-uns siègent dans la substance tubuleuse ou dans le tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux. Ils sont simples ou multiples; et parfois ils sont si nombreux, que le rein en est comme farci, et que la substance propre de l'organe comprimée par eux finit par être presque entièrement résorbée. Lorsque ces kystes sont situés à la surface, ils y forment des bosselures transparentes, ils sont remplis tantôt d'une sérosité légèrement jaunâtre et albumineuse; tantôt le liquide est opaque, purulent; d'autres fois il est rouge et sanguinolent; enfin, on y a trouvé une matière gélatiniforme et divers autres produits.

Les kystes séreux des reins se rencontrent surtout sur les cadavres des vieillards. Comme ils ne produisent aucune douleur, comme ils ne s'accompagnent d'aucun trouble de la sécrétion urinaire, ils sont toujours méconnus pendant la vie, et cela d'autant plus aisément que les reins, n'ayant pas beaucoup augmenté de volume, ne forment aucune tumeur appréciable. Si, par extraordinaire, il y avait une tumeur manifeste, celle-ci, par la fluctuation, par les bosselures de sa surface, ressemblerait beaucoup à l'hydronéphrose dont nous allons parler.

Le diagnostic différentiel ne pourrait ici être établi que par l'étude des antécédents, qui apprendraient si la tumeur a été précédée, à une époque plus ou moins éloignée, des signes d'une rétention d'urine; dans ce cas, l'existence de l'hydronéphrose est beaucoup plus probable.

Ces kystes peuvent s'enflammer spontanément ou à la suite d'une contusion. Il n'existe aucun autre traitement rationnel à opposer à cette affection.

De l'hydronéphrose.

A côté des kystes séreux des reins, nous décrirons l'*hydronéphrose*, ou *hydronephal distension*. Cette maladie, bien décrite par M. Rayet, est caractérisée par l'accumulation dans le calice et dans les bassinets d'une quantité plus ou moins considérable d'un liquide primitivement urinaire, et plus tard d'apparence séreuse.

Anatomie pathologique. — Lorsque des corps étrangers, des tumeurs,

des brides, ou toute autre cause, s'opposent à l'écoulement de l'urine dans la vessie, ce liquide peut s'accumuler dans les calices, ainsi que dans le bassin, et distendre ces conduits sans les enflammer d'une manière notable. Quelquefois, la distension n'occupant que le bassin, on voit une tumeur sphéroïdale, plus ou moins considérable, en dedans de la scissure, tandis que le rein, refoulé, comprimé de dedans en dehors, diminue de volume, coiffe la tumeur comme une espèce de casque, et présente ordinairement à sa surface un certain nombre de bosselures (Rayer) : cependant le plus souvent l'hydronéphrose est générale. Si la dilatation est légère, le tissu du rein présente au toucher sa résistance ordinaire ; plus tard l'organe offre une surface bosselée, et à ce niveau il est mou et fluctuant. Plus tard encore, dit M. Rayer, les bosselures deviennent plus prononcées, et le rein acquiert, surtout en quelques points, la mollesse d'un kyste rempli par un liquide. A l'incision, on constate que le bassin est dilaté ; que les calices, plus larges et plus longs, ont la forme d'un entonnoir, les substances tubuleuse et corticale, comprimées de dedans en dehors, sont atrophiées ; souvent on n'en trouve plus que des vestiges disséminés sur la tumeur sous formes d'ilots. Dans tous les cas vus par M. Rayer, les vaisseaux des reins étaient bien développés et hors de proportion avec l'état des substances rénales. Le liquide contenu varie suivant que la tumeur est récente ou ancienne. Toujours M. Rayer y a reconnu la présence de l'urée et une quantité notable d'albumine, lorsque l'hydronéphrose était ancienne : c'était, au contraire, une urine à peu près semblable à celle contenue dans la vessie, lorsque la communication entre cet organe et le rein n'était pas encore complètement interrompue.

M. Rayer a décrit et a figuré dans son atlas des hydronéphroses partielles dépendant de la distension d'un ou de plusieurs calices. Ces espèces de kystes urinaires, rares chez l'homme, sont au contraire assez communs chez le bœuf. L'hydronéphrose peut affecter un seul rein ou les deux organes à la fois.

Symptômes. Diagnostic. — Dans l'hydronéphrose limitée à l'un des reins, les malades ont souvent éprouvé des douleurs plus ou moins vives dans la région lombaire correspondante ; au bout d'un temps plus ou moins long, on distingue une tumeur bosselée, mate, dont le volume, appréciable par le palper et surtout par la percussion, varie depuis celui du poing du sujet jusqu'à celui qu'acquiert l'utérus dans les derniers mois de la gestation. Cette tumeur prédomine dans les lombes : cette région est, en effet, plus ou moins bombée. L'urine ne présente aucun caractère particulier. Les malades n'éprouvent d'autres troubles que ceux que peut occasionner une tumeur qui gêne par son volume, mais celle-ci ne peut exercer par elle-même aucune influence fâcheuse. Cependant, si la sécrétion ou l'excrétion urinaire venait à être momentanément suspendue dans le rein opposé, la mort ne tarderait pas à arriver. Quand l'hydronéphrose est double, les individus restent plus ou moins bien portants jusqu'à une époque très-voisine de la mort, qui a lieu le plus souvent d'une manière aussi rapide qu'imprévue ; les malades ne sont alités que peu de jours, ils succombent lorsque toute communication a cessé avec la vessie, ou lorsque les substances rénales atrophiées sont incapables d'éliminer l'urée du sang.

Un nouveau-né atteint d'une double hydronéphrose n'est pas viable (Rayer). Cette circonstance peut d'ailleurs être une cause de dystocie.

Il n'est pas possible de confondre l'hydronéphrose avec la pyélite, si l'on a égard aux circonstances suivantes notées par M. Rayer. Dans l'inflammation du bassin, l'urine contient toujours du pus en plus ou moins grande abondance, à moins que toute communication ne soit interceptée entre le bassin et la

vessie, ce qui n'est pas le plus ordinaire. Ajoutez que dans la pyélite la tumeur est presque toujours douloureuse, tandis qu'elle est le plus souvent indolente dans l'hydronéphrose. Le développement de la tumeur, son siège, sa marche et les signes importants fournis par le toucher feront distinguer aisément la tumeur rénale d'une grossesse et d'un kyste ovarique.

Pronostic. — L'hydronéphrose double est une affection toujours incurable, et qui devra tôt ou tard, lorsque la substance du rein aura entièrement disparu, occasionner la mort des individus. L'hydronéphrose qui n'atteint qu'un seul rein n'entraîne, en général, après elle aucun accident.

Traitement. — Le docteur Kœning a conseillé de ponctionner les tumeurs hydronéphrosales toutes les fois qu'elles s'élèvent sensiblement et qu'elles présentent de la fluctuation ; c'est avec raison que M. Rayer combat cette pratique, car il fait observer que la maladie, quand elle est simple, ne compromet pas la vie, et qu'elle est compatible avec un état de santé parfaite ; d'un autre côté, on a vu à la suite de la ponction la poche s'enflammer, et une péritonite mortelle emporter les malades. Cependant, si la tumeur devenait douloureuse et s'enflammait spontanément, on combattrait les accidents par les antiphlogistiques ; et si du pus se formait, on devrait chercher à lui frayer une issue artificielle avant l'établissement de la fièvre hectique. On procéderait comme nous le dirons à propos des hydatides du foie, et l'on pourrait, après avoir donné issue au liquide, essayer de modifier la surface du kyste par des injections iodées.

Si l'hydronéphrose simple ou double existe chez un fœtus et a acquis un volume considérable, elle peut, comme nous l'avons dit, être une cause de dystocie. On doit alors, d'après les conseils de M. Bouchacourt (*Gazette médicale* de 1845), ponctionner d'abord le ventre avec un trocart ; si c'est insuffisant, pratiquer une plus large ouverture, ou procéder même à l'extraction des tumeurs.

DES KYSTES DES OVAIRES

Les ovaires sont de tous les viscères ceux qui sont le plus fréquemment le siège de tumeurs enkystées. Ces kystes offrent un grand nombre de variétés, eu égard à leur volume, à leur nombre et aux matières qu'ils renferment. Considérés sous ce dernier rapport, on en distingue trois espèces principales, qui sont : les kystes *pileux*, les kystes *séreux* et les kystes *acéphalocystiques*. Nous ne traiterons pas en particulier de cette dernière espèce ; mais, à propos des kystes séreux, nous dirons seulement ce qu'ils présentent de spécial.

Des kystes pileux des ovaires.

On rencontre assez souvent dans les ovaires, trois ou quatre fois plus souvent dans le droit que dans le gauche, des kystes dont le volume varie depuis celui de la tête d'un adulte jusqu'au volume d'un œuf de pigeon. La plupart sont de la grosseur d'un œuf de poule ; ils sont remplis par une grande quantité de poils au milieu d'une matière grasse, suiveuse, et de fragments d'os. Les poils ont quelquefois une longueur de 20 à 50 centimètres ; ils peuvent présenter les différentes colorations qui leur sont propres ; ils sont disséminés ou réunis en touffes et en boucles ; les uns sont libres, d'autres adhèrent aux parois du kyste, ou bien à une membrane qui a paru avoir quelquefois de l'analogie par sa structure avec la peau. Les fragments osseux qu'on trouve

dans ces kystes sont surtout des dents en nombre variable, tantôt libres, d'autres fois implantées sur les parois du kyste ou sur des portions osseuses ou cartilagineuses. Le plus souvent ce sont des dents de première dentition : dans quelques-uns cependant il existe des dents de seconde dentition, ce qui prouve que, malgré des conditions aussi insolites, l'évolution dentaire suit sa marche accoutumée. On a encore trouvé des os appartenant à différentes parties du squelette et des lambeaux qu'on a pris pour de la peau ou pour du tissu musculaire. Tous ces débris sont entourés par une grande quantité de matière blanche ou grisâtre. La plupart de ces tumeurs ne contiennent que des poils et de la graisse; les dents et les fragments d'os ne s'y rencontrent qu'exceptionnellement.

On a beaucoup discuté sur l'origine de ces productions; nous croyons avec Haller, avec MM. Cruveilhier et Velpeau, qu'elles appartiennent à des débris de fœtus. Il faut admettre que, dans les cas dont nous parlons, il y a eu grossesse ovarienne, et que le fœtus, ayant succombé à une époque plus ou moins rapprochée de la conception, a été presque entièrement dissous, tandis que quelques-unes de ses parties ont résisté à la destruction, ou que même elles ont continué de s'accroître. Tels sont les cheveux, telles sont même les dents, qui acquièrent quelquefois un développement considérable.

Ces kystes n'offrent guère qu'un intérêt d'anatomie pathologique, car ils sont ordinairement méconnus pendant la vie, parce qu'ils ne produisent communément aucun accident et qu'ils ne procèdent pas dans le ventre. Quelquefois pourtant ils peuvent s'enflammer et contracter des adhérences avec les parties voisines. C'est ainsi qu'on les a vus se vider par le vagin, par le rectum et par la vessie. Notons également que, si le fœtus n'a succombé qu'à une époque assez éloignée de la conception, comme à quatre ou cinq mois, la tumeur ayant acquis un volume considérable, on pourra alors observer tous les accidents qui accompagnent les grossesses extra-utérines. Nous ne faisons que mentionner le fait, n'ayant pas à nous en occuper ici.

Des kystes séreux, ou de l'hydropisie enkystée des ovaires.

Les kystes séreux, qu'on rencontre si rarement dans les autres parties du corps, sont au contraire très-communs dans les ovaires. Cette particularité s'explique par la structure de ces organes, qui renferment à l'intérieur quinze ou vingt petites vésicules connues sous le nom d'œufs de de Graaf, lesquelles sont probablement le point de départ le plus ordinaire de la maladie. Cependant la tumeur ne provient pas toujours exactement de l'intérieur de l'ovaire; quelquefois, en effet, elle est extérieure à cet organe, c'est-à-dire placée immédiatement sous le péritoine et en dehors de la tunique fibreuse : assez souvent même la tumeur siège sur un point de l'utérus ou des annexes de cet organe autre que l'ovaire. Dans ces cas, quelques personnes, contrairement à ce que M. Cruveilhier professe, pensent que l'ovaire n'en est pas moins le départ de la maladie ou son organe producteur. Elles supposent alors qu'un ovule, s'étant détaché spontanément ou sous l'influence de l'excitation vénérienne, est tombé dans le péritoine, y a contracté adhérence et a fini par s'accroître. Cette opinion, dont on ne saurait démontrer l'exactitude, est néanmoins très-probable, car les kystes du bassin ne se rencontrent peut-être jamais que chez la femme; il est donc naturel de rattacher la production de ces tumeurs à quelque condition organique spéciale à celle-ci, et cette condition ne peut être autre que

la présence chez cette dernière d'un organe qui n'existe pas chez l'homme.

Anatomie pathologique. — Les tumeurs enkystées des ovaires ont une grosseur très-variable : elles peuvent égaler à peine le volume d'une tête d'épingle; d'autres fois elles acquièrent celui d'une tête d'adulte; elles peuvent même remplir toute la cavité abdominale, qui offre alors le développement qu'elle a dans les ascites les plus abondantes : leur poids peut s'élever à 10, 15, 30, 50 et 100 kilogrammes; dans ce cas elles déplacent, refoulent les viscères abdominaux et peuvent contracter adhérence avec plusieurs d'entre eux. La surface de ces kystes est ordinairement inégale, bosselée; elle offre des sillons irréguliers, des sortes d'étranglements; quelquefois il y a plusieurs tumeurs accolées entre elles; le plus souvent il n'en existe qu'une, mais offrant à l'intérieur un grand nombre de poches isolées ou communiquant les unes avec les autres. Une membrane d'aspect séreux les tapisse; mais, malgré cette uniformité d'organisation, les matières contenues varient souvent dans chacune des loges qui divisent la tumeur : c'est ainsi qu'il peut exister de la sérosité citrine ou un liquide rougeâtre, brunâtre, couleur chocolat ou noir, opaque, purulent, ou bien des matières gélatiniformes, suiffeuses, des acéphalocystes, etc. Les parois de la tumeur ont une épaisseur très-inégale : tantôt le péritoine seul les recouvre; ailleurs, la tunique fibreuse hypertrophiée existe encore; enfin, dans quelques cas, l'épaisseur et la consistance sont encore augmentées par la dégénérescence cartilagineuse ou osseuse que ces membranes ont subie. Delpsch et Dubreuil ont prouvé par leurs dissections que les vaisseaux ovariens, artères et veines, ont ordinairement acquis un volume beaucoup plus considérable; les veines surtout sont nombreuses et agrandies, hypertrophiées, plutôt aplaties que cylindriques, et rappelant, dit Dubreuil, par leur organisation, les sinus de la dure-mère. Les vaisseaux artériels et veineux dont nous parlons sont presque toujours situés à la face extérieure du kyste.

M. Adolphe Richard a, dans ces derniers temps, décrit une forme remarquable de kyste qu'il nomme *kystes tubo-ovariens*. Ils sont fournis, en effet, par l'abouchement d'un kyste ovarien avec la cavité de la trompe utérine énormément dilatée. M. Richard suppose que le pavillon de la trompe s'est greffé sur la vésicule de de Graaf dilatée, pour constituer le kyste, et que cette vésicule s'est rompue dans le conduit, comme cela arrive normalement à chaque évolution menstruelle. Les deux ovaires sont rarement atteints simultanément, et lorsque cela a lieu, ils le sont très-inégalement. La maladie semble un peu plus commune dans l'ovaire droit que dans le gauche; cependant Meckel a prétendu le contraire.

Symptômes. — Les kystes de l'ovaire ont en général un début lent, très-obscure; ils ne produisent d'abord ni douleur ni gêne; le développement de l'abdomen est généralement le premier phénomène qui fixe l'attention des malades. Dans l'hydropisie enkystée, le ventre se développe par la partie inférieure et latérale. Ainsi, au lieu de se dilater uniformément sur la ligne médiane comme dans la grossesse, cette ampliation se fait seulement sur un des côtés de cette ligne : la fosse iliaque correspondant à l'ovaire malade proémine, et le flanc du même côté s'élargit. Cependant, à mesure que la tumeur s'élève de bas en haut, elle se rapproche de plus en plus de la ligne médiane, bientôt elle s'incline même sur le côté opposé; enfin, après avoir atteint un certain volume, l'aspect du ventre ne diffère plus de celui qu'on observe dans une grossesse un peu avancée. En explorant la cavité de l'abdomen, on reconnaît aisément la tumeur, et on la circonscrit très-facilement en haut et latéralement par la palpation et par la percussion. Les intes-