

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 (4) 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. (4).]

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

HYDROPIE 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, Lebre 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. hebdomadaire*, 1833, n° 22). — Blasius, *Comment. de hydrope ovariorum profluente*. Halle, 1834. — Hamilton, *Pract. obs. on various subjects relating to Midwif.* Edinb., 1836. — Truckmuller, *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*. (*Vhll. 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 scrofuluse 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. — Rokitansky, *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, *Ovariologie*. 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. 41. *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. Halbrianae.

(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.

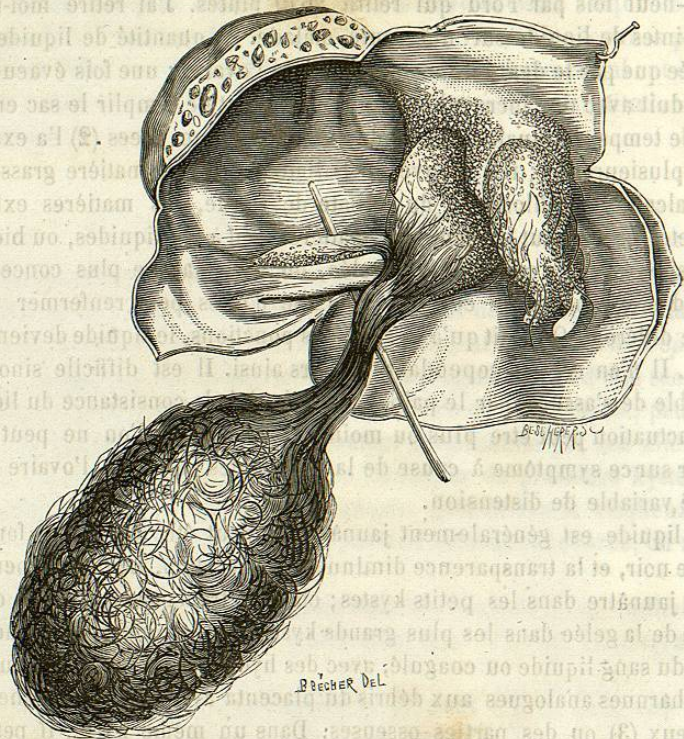


Fig. 195. Kyste ovarique contenant des cheveux, de la matière grasse, du tissu adipeux, des glandes sébacées, des follicules pileux, etc. (*)

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. XVIII, 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.

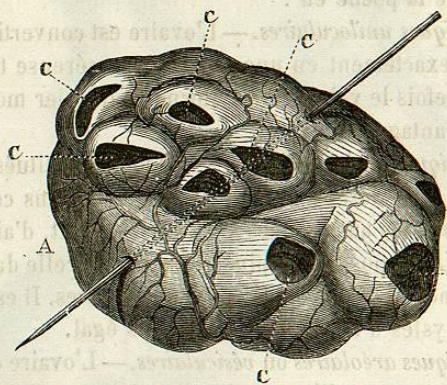


Fig. 196. — Hydropisie enkystée de l'ovaire (*).

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 hydropisie, la plus ordinaire de toutes les hydropisies 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'hydropisie 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.