

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) Osiander, *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, *Cyclopædia 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<sup>m</sup>,30 et 4<sup>m</sup>,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 hydropo 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<sup>e</sup> 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.

II. Avec l'hydropisie des trompes de Fallope. — L'examen attentif par le vagin et le rectum, les symptômes les plus saillants, tels que la pesanteur, la pression sur la partie postérieure, la dysurie, la constipation.

III. Avec une grossesse au début. — L'examen fait distinguer l'ovaire du fond de l'utérus; le diagnostic peut être rendu plus difficile par l'existence d'une grossesse et d'une hydropisie enkystée.

IV. Avec les tumeurs siégeant dans le tissu cellulaire, compris entre le vagin et le rectum. — La mobilité sert de diagnostic.

Une fois que l'hydropisie enkystée fait saillie dans l'abdomen, il faut établir le diagnostic :

I. Avec la distension de la vessie (1). — L'examen par le vagin et avec la sonde éclairera le médecin sur la nature de la maladie.

II. Avec l'ascite. — Les limites bien arrêtées de la tumeur, le développement plus marqué d'un côté, l'absence de changement, quand on change la position, une fluctuation obscure distingueront le kyste ovarique de l'ascite.

L'examen par le vagin, qui permet de reconnaître l'élévation de l'utérus, l'examen par le rectum qui fait reconnaître le développement exagéré d'un ovaire. La percussion a ici une grande valeur. Dans l'hydropisie de l'ovaire, la tumeur donne partout un son sourd; dans l'ascite, à moins que l'abdomen ne soit considérablement distendu, la portion supérieure donne un son relativement clair si la malade est couchée sur le dos ou sur le côté. Les symptômes généraux sont moins marqués dans l'hydropisie de l'ovaire que dans l'ascite (2).

III. Avec la péritonite chronique. — L'obscurité du son, la mollesse de l'abdomen, les gaz et les symptômes qui tiennent à l'adhérence des intestins caractérisent suffisamment cette maladie.

IV. Avec la grossesse. — La durée de la maladie, les résultats comparatifs de l'auscultation, l'examen vaginal et rectal, servent à éclairer le diagnostic. Il faut se rappeler, cependant, que si la tumeur renferme quelques artères volumineuses, il peut se produire un bruit de souffle qui rappelle fort bien le souffle placentaire. Bouillaud (3) rappelle deux faits semblables : il y avait un bruit de souffle intermittent, qu'il attribue à la compression de quelques artères volumineuses.

V. Avec la grossesse extra-utérine. — L'historique de la maladie et l'examen interne et externe suffisent.

VI. Avec les tumeurs utérines. — La sonde utérine, le toucher vaginal feront reconnaître la position et la dimension de l'utérus, et les dif-

(1) La vessie distendue a pu être prise pour une hydropisie enkystée; on a même, en cas de grossesse, ponctionné l'utérus. (Blundell, *Diseases of women*, p. 111.)

(2) Voyez, sur le diagnostic de l'hydropisie avec l'ascite, Rostan, *Nouveau journal de médecine*, 1818.

(3) Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*. Paris, 1841.

férences dans le ballotement communiqué par la percussion sur l'abdomen.

VII. Avec les affections malignes des ovaires. — Le développement rapide coïncidant avec des symptômes peu graves sont toujours d'un heureux augure. Dans les affections malignes, la marche est toujours beaucoup plus lente (1).

J. H. Bennet (d'Édimbourg) a proposé l'examen au microscope du liquide extrait par la paracentèse.

Il y a dans ce liquide des flocons qui ne sont pas formés de lymphe, mais d'une agglomération de cellules dont le diamètre varie de  $1/100^{\circ}$  à  $1/40^{\circ}$  de millimètre. Elles sont légèrement granuleuses, rondes ou ovales, inaltérables à l'eau, devenant plus transparentes par l'addition d'acide acétique : elles renferment un noyau de  $1/100^{\circ}$  à  $1/40^{\circ}$  de millimètre. Les cellules indurées sont enveloppées dans une matière granuleuse que l'on peut facilement rompre. Elles ressemblent à celles qui forment la surface épithéliale de certaines membranes. La surface interne des kystes ovariens est tapissée par une membrane délicate, recouverte par des cellules épithéliales à noyau, identiques avec celles qu'on trouve dans le liquide (2).

#### § VII. — Pronostic.

Le pronostic se base sur le diamètre de la tumeur, la durée de la maladie, l'état local et la constitution de la malade.

#### § VIII. — Traitement.

I. *Traitement médical.* — Au début, quand la tumeur est encore dans le bassin, on peut essayer d'un traitement palliatif, bien que le résultat en soit fort douteux. On emploiera les diurétiques, les diaphorétiques (3), les purgatifs, des frictions sur l'abdomen. Quelquefois ces moyens ont paru avoir quelque utilité. Mais en général, et c'est là mon opinion, ils n'offrent aucun avantage. Simpson explique l'inutilité de ces moyens par la nature non absorbante des kystes ovariens.

On a essayé une percussion douce, jointe à une compression modérée, et il paraît y avoir eu quelques succès.

Hamilton (4) dit qu'après une expérience de seize années, il a réussi à guérir ou à améliorer un certain nombre de cas, par la compression de l'abdomen, la percussion, l'usage de bains chauds, etc.

(1) Blundell, *On diseases of women*, p. 103.

(2) Bennet, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1<sup>er</sup> avril 1846, p. 403.

(3) Voyez Herpin, *Union médicale*, 1855.

(4) Hamilton, *Practical Observations*. Edinburgh, 1836, 1<sup>re</sup> partie, p. 102, 405, 108.