

Bibliothèque numérique

medic@

Cazeaux, P.. - Des kystes de l'ovaire

1844.

***Paris : De l'Imprimerie de
Crapelet***

Cote : 90975

16.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONCOURS DE L'AGRÉGATION

(SECTION D'ACCOUCHEMENT)

THÈSE SUR CETTE QUESTION :

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

PAR P. CAZEAUX

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE LA FACULTÉ, ANCIEN INTERNE,
DES HÔPITAUX, MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE,
DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, ETC.

PARIS

DE L'IMPRIMERIE DE CRAPELET

RUE DE VAUGIRARD, n° 9

1844

0 1 2 3 4 5 (cm)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONCOURS DU CONCOURS

SECTION D'ACCOUCHEMENT
MM. MARJOLIN, président.

MALGAIGNE, secrétaire.

BLANDIN.

P. DUBOIS.

GERDY.

H. LARREY.

COMPÉTITEURS.

BOINET.	LACROIX.
D'ARCET.	MAISONNEUVE.
DEPAUL.	MARCHAL.
DESPRES.	MOREL.
DUFRESSE.	SARDAILLON.
GIRALDÈS.	TAVIGNOT.
GOSSELIN.	VOILLEMIER.
JACQUEMIER.	

PARIS

DE L'IMPRIMERIE DE CHAPELAIN

1844

1844

DES KYSTES DE L'OVAIRE.

INTRODUCTION.

Le mot *kyste* dérive de *κυστις*, poche ou vessie.

On désigne par ce nom, dit M. le professeur Marjolin, des sacs ou cavités le plus souvent membraneuses, sans ouvertures, qui se développent accidentellement dans l'épaisseur des tissus, dans les cavités splanchniques, et dont le volume et la forme varient; cependant cette dernière est le plus souvent globuleuse. (*Dictionnaire de Méd.*, t. XVII, p. 347, 2^e édition.)

Il n'est aucune partie du corps dans laquelle ces productions accidentelles aient été plus souvent observées que dans l'ovaire : nulle part la poche qui les constitue n'affecte des formes plus variées, nulle part les matières que cette poche contient n'offrent plus de variétés. La structure de cet organe et les fonctions auxquelles il est destiné expliquent suffisamment cette double particularité. Au centre du tissu cellulaire qui le constitue on aperçoit en effet, dès les premières années de la vie, un certain nombre de très-petites vésicules : on peut les considérer déjà comme autant de kystes en miniature qui ne de-

mandent pour se développer qu'une cause déterminante quelconque. Peu à peu ces vésicules se développent, et prennent, vers l'âge de la puberté, un accroissement considérable. Cachées d'abord dans le centre de l'organe, on les voit se rapprocher petit à petit de la périphérie; et à chaque époque menstruelle, l'une d'elles énormément distendue vient, pour ainsi dire, éclater à sa surface. Il se forme donc normalement chaque mois un véritable kyste, qui se brise et disparaît; mais ce développement tout physiologique, peut, sous l'influence de mille causes diverses, persister, s'exagérer même et constituer le commencement de l'état morbide qui fait le sujet de ce travail.

L'ovaire n'est pas seulement l'organe de la menstruation, il est surtout destiné à sécréter l'ovule, à le nourrir, à le préparer à la fécondation. C'est souvent pendant qu'il est encore renfermé dans la vésicule qui lui est propre, que le germe femelle subit le contact du fluide fécondant fourni par l'homme. Le mystère accompli, l'œuf brise les enveloppes qui l'entourent, et cheminant par le canal de la trompe, il arrive enfin dans la cavité utérine. Eh! qui ne voit encore ici la cause évidente d'un des kystes qu'on rencontre quelquefois dans l'ovaire. Qu'au lieu de quitter la vésicule ovarienne, l'œuf fécondé y soit retenu et s'y développe pendant un certain temps, et rien n'est plus facile que d'expliquer dans cet organe la présence de kystes contenant des débris de fœtus humain.

Ajoutons enfin que les ligaments larges, la trompe

et les autres organes, situés dans le voisinage, deviennent souvent le point d'origine de petits kystes séro-fibreux. Ceux-ci acquièrent quelquefois un grand volume, et, placés tout près de l'ovaire, ils le compriment, l'atrophient, en contractant avec lui des adhérences telles qu'il est bientôt perdu dans leurs propres parois, et qu'il n'est plus possible d'en trouver de traces quand ils durent depuis longtemps et ont pris un développement considérable. Aussi, j'ai la conviction que beaucoup de kystes, dits ovariés, étaient dans le principe complètement étrangers à cet organe; mais, comme arrivés à une certaine période, il est impossible de les distinguer de ceux qui ont réellement pris naissance à la surface ou à l'intérieur même de l'ovaire; comme d'ailleurs ils donnent lieu aux mêmes symptômes, et offrent les mêmes indications thérapeutiques, je ne vois aucun inconvénient, après avoir indiqué ce que leur origine et leur étiologie ont de particulier, à les confondre dans la même description.

Il en est de même de l'hydropisie de la trompe, car quant aux signes propres à faire distinguer l'une de l'autre, les hydropisies en question, écrivait Morgagni dans sa trente-huitième lettre, vous comprenez vous-mêmes que vous ne pouvez rien attendre de moi à ce sujet.

Les quelques mots qui précèdent, en faisant pressentir l'influence que la texture et les fonctions de l'organe peuvent avoir sur la production des kystes, ont encore l'avantage d'indiquer le plan que j'ai adopté dans ce travail. Il est naturellement divisé en

trois chapitres. Dans le premier, je présenterai quelques considérations générales sur l'anatomie et la physiologie de l'ovaire. Cette étude est, comme on a déjà pu le voir, si intimement liée à celle de ses maladies et surtout de ses kystes, que, ne pouvant nous borner aux courts aperçus qui précèdent, nous avons cru devoir rappeler succinctement les faits principaux qui se rattachent à l'histoire de cet organe. Quelques-uns de ces faits devront nous fournir d'ailleurs des indications précieuses, qui pourront nous servir à comprendre l'étiologie des kystes.

Les kystes de l'ovaire sont tout naturellement divisés en deux grandes classes : les uns, en effet, contiennent un produit de conception et feront l'objet du second chapitre. Les autres, qu'ils soient dus ou non au développement anormal d'une des vésicules de Graaf, ont la plus grande analogie avec les kystes qui se développent dans les autres organes ; et sous le titre de kystes fibro-séreux, ils seront décrits dans le troisième chapitre.

CHAPITRE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DE L'OVAIRE.

L'ovaire est un corps glandulaire désigné par les anciens sous le nom de testicule de la femme (*testis muliebris*) jusqu'à l'époque où Stenon lui appliqua le nom d'*ovarium*.

Sans entrer ici dans de longs détails sur les diverses formes que présente l'ovaire dans l'échelle animale, nous dirons d'une manière générale que la forme de l'ovaire se rapporte d'une manière constante à la diversité de ses fonctions. Tantôt, en effet, le point où les œufs se forment, est continu, par une cavité avec le canal vecteur du produit sécrété; tantôt, au contraire, il en est séparé.

Ainsi, dans les animaux inférieurs nous trouvons un ovaire tubuleux, c'est-à-dire un conduit dans lequel il y a formation de l'œuf, puis conservation, puis enfin progression. Cet ovaire tubuleux peut être simple ou rameux.

A l'opposé de cette forme, s'en trouve une autre appartenant aux animaux plus élevés, c'est l'ovaire cellulaire; ici l'œuf se forme dans un corps complètement séparé du canal, qui devra, plus tard, porter l'œuf dans un organe de dépôt (l'utérus) ou à l'extérieur. Il consiste en cellules ou espaces clos, dont les œufs doivent, pour sortir, percer les parois, en sorte que c'est par déhiscence que le contenu des

vésicules dans lesquelles s'est formé l'œuf doit s'échapper, en suivant tantôt une voie placée dans l'intérieur de la glande (ovaire interstitiel creux, conducteur ou réceptaculaire), tantôt un conduit particulier distinct (ovaire vésiculeux).

C'est à cette dernière forme qu'appartient l'ovaire des mammifères et de la femme en particulier, chez laquelle le tissu cellulaire parenchymateux ou stroma l'emporte de beaucoup sur le nombre des vésicules; ce qui laisse à l'ovaire une forme arrondie et lisse au moins avant la ponte régulière, qui ne commence qu'à l'âge de la puberté.

Chez les adultes, l'ovaire est situé dans le petit bassin, sur les parties latérales de l'utérus, enveloppé par un repli du péritoine, connu sous le nom de ligament large et dont il occupe l'aileron postérieur. Sa direction est transversale; cependant il n'est pas rare de le voir refoulé en arrière de l'utérus, où il est souvent fixé par des adhérences anormales.

Malgré sa situation, dans le petit bassin, est loin d'être toujours la même à toutes les époques de la vie: c'est ainsi que pendant la vie intra-utérine il est situé en arrière du corps de Wolf sur les côtés de la région lombaire, d'où il descend petit à petit jusque dans le petit bassin. Pendant la grossesse il suit l'utérus dans son mouvement d'ascension, et revient avec cet organe dans sa position normale après l'expulsion du fœtus.

Il est attaché à l'utérus par un ligament qu'on désigne sous le nom de ligament ovarien, dont la structure n'est pas bien connue, et dans l'intérieur

duquel quelques auteurs ont cru avoir découvert un conduit faisant communiquer cet organe avec la cavité utérine, canal analogue à celui que MM. de Blainville et Gartner de Copenhague ont démontré d'une manière positive sur un grand nombre de quadrupèdes (ductus éjaculans).

Toutefois, ce ligament ne maintient pas l'ovaire si fidèlement sur les côtés de l'utérus qu'on n'ait trouvé quelquefois l'ovaire dans les hernies. Percival Pott parle, dans ses œuvres chirurgicales, d'une femme qui réclama l'enlèvement de deux tumeurs qu'elle portait dans les aines, et qui la faisaient beaucoup souffrir. L'extirpation faite, on reconnut qu'on avait eu affaire aux ovaires.

L'extrémité externe de l'ovaire est fixée à la trompe par une des franges du pavillon, ce qui maintient le conduit vecteur de l'oeuf en rapport constant avec le corps glandulaire, dans lequel il prend naissance. Libre en avant, en arrière et en haut, il adhère, par son bord inférieur, au ligament large, qui en ce point lui forme un véritable pédicule.

L'ovaire présente la forme d'un ovoïde un peu aplati d'avant en arrière, et allongé suivant le diamètre transversal. Il a une consistance qui varie selon les âges auxquels on l'étudie, et surtout suivant qu'on l'examine aux approches du flux menstruel ou longtemps après; tantôt il se présente sous la forme d'un corps lisse et arrondi, comme chez les enfants; d'autres fois, et c'est le cas le plus ordinaire, comme sillonné de crevasses ou étoilé par de nombreuses

cicatrices, sur la signification desquelles nous aurons à nous expliquer plus tard.

Sa couleur n'est pas plus facile à déterminer ; d'une manière générale on peut dire cependant qu'il est d'apparence grisâtre, parsemé çà et là de taches plus foncées répondant aux cicatrices dont nous venons de parler.

Structure de l'ovaire. — Si on divise un ovaire dans le sens de son grand axe, de son bord libre à son bord adhérent, on constate, 1° qu'il est revêtu par un feuillet du péritoine dans ses cinq sixièmes, et que dans le point où il en est dépourvu, il est abordé par les vaisseaux sanguins, les lymphatiques et les nerfs, qui lui arrivent ainsi par son bord inférieur ou adhérent. 2° Qu'une tunique résistante, analogue à l'albuginée testiculaire, lui forme une enveloppe complète, désignée par Baër sous le nom de capsule (*theca*). 3° Que la masse de l'organe est formée par un tissu jaunâtre parenchymateux, désigné par Baër sous le nom de *stroma*. 4° Enfin, qu'au milieu de ce tissu sont semées çà et là des vésicules transparentes en nombre variable.

Nous allons revenir sur ces trois dernières particularités anatomiques, c'est-à-dire la capsule, le stroma et les vésicules. Enfin, en dernier lieu, nous aurons à parler des corps jaunes (*corpora lutea*) qu'on ne rencontre pas toujours.

La capsule se rencontre plus ou moins épaisse suivant qu'on examine les ovaires d'un enfant, d'une adulte ou d'une vieille femme ; mince et transparente dans l'enfance, et chez la jeune femme, elle acquiert

une résistance considérable dans la vieillesse. Puis, à l'âge de la puberté, ainsi d'ailleurs que nous aurons occasion de le dire plus tard en traitant du développement, elle s'amincit par points, et devient transparente. Elle paraît formée de tissu cellulaire condensé en membrane, et par conséquent est extensible comme cet élément générateur.

De sa face profonde semblent partir une multitude de filaments cellulaires qui vont plonger profondément dans l'organe, avec le tissu duquel ils se confondent. Ce tissu qui constitue ce que les anciens désignaient sous le nom de parenchyme, et que Baër appelle le stroma, est composé de fibres s'entre-croisant en tous sens et interceptant des aréoles qui recèlent un liquide qu'on exprime sous l'apparence d'un suc jaunâtre en pressant fortement l'ovaire. C'est dans ce tissu que se distribuent les vaisseaux ovariens. Au microscope on découvre, dit Henle, que les fibrilles sont formées par des faisceaux de tissu cellulaire, au milieu desquels on rencontre d'innombrables petites cellules et des noyaux de cellules qu'il ne faut pas confondre avec les vésicules de Graaf, dont nous allons actuellement parler.

Ces vésicules bien décrites par Graaf, et depuis lui désignées à tort sous le nom d'ovula graafiana, sont de petites poches translucides dont la grosseur varie selon leur âge, ainsi que nous l'établirons plus loin, et qui, pour pouvoir être étudiées convenablement, doivent subir diverses préparations. Leur nombre, dit M. Raciborski, a été jusqu'à présent mal apprécié, à cause du procédé qu'on emploie pour les découvrir;

ainsi Graaf, Haller et tous les auteurs qui les ont suivis en portent le nombre de quinze à vingt. M. Raciborski s'est assuré par des coupes et des préparations très-bien faites que le nombre pouvait en être porté de trente à quarante à l'époque de la puberté.

Peu nombreuses au centre de l'organe, on les rencontre surtout à la périphérie et au niveau du bord et de la face antérieure de l'ovaire.

Chaque vésicule est limitée par une membrane hyaline, simple et sans structure (Ovisac de Barry), puis plus tard, d'après Bischoff, elle possède une enveloppe extérieure (*tunica folliculi*) qu'elle se compose aux dépens du tissu cellulaire environnant. Cette dernière selon tous les auteurs est très-riche en vaisseaux sanguins. Selon Baër, la couche interne recevrait aussi des ramifications vasculaires extrêmement déliées.

Ces vésicules contiennent un liquide limpide d'une nature albumineuse, dans lequel on découvre au microscope de nombreuses granulations : celles-ci s'accumulent, surtout en un point de l'intérieur de la vésicule où elles forment un disque percé à son centre. C'est là que se rencontre l'ovule ou œuf humain dont la découverte, si laborieusement préparée par les travaux sur l'œuf des ovipares, a illustré pour toujours Charles Ernest Baër, et a fait cesser l'espèce d'anomalie apparente que présentait jusqu'à ce jour la génération de l'homme.

Outre les vésicules de Graaf parfaitement appréciables à l'œil nu, on en rencontre, disent Barry et

Bischoff, de beaucoup plus petites à l'aide du microscope. Ce sont de jeunes vésicules qui plus tard, disent-ils, deviendront à leur tour de véritables follicules.

Les artères qui nourrissent l'utérus sont les ovariennes et les utérines. Les principaux troncs sont situés dans l'axe de l'ovaire; nous avons déjà dit qu'ils pénétraient dans l'organe par son bord inférieur.

Les veines vont se jeter dans le plexus ovarique situé dans l'épaisseur du ligament large.

Les lymphatiques vont se rendre dans la région lombaire; ils accompagnent dans ce trajet les nerfs qui fournis par le grand sympathique, se détachent en ce point de ce cordon nerveux pour se porter à l'ovaire.

Développement et physiologie de l'ovaire. — Ce n'est qu'assez tard dans la vie intra-utérine que commence à paraître l'ovaire. Il naît comme le testicule dans un blastème situé à la partie interne du corps de Wolf déjà parvenu à un développement complet. Comme lui il est placé sur les côtés de la colonne lombaire, peu à peu il grossit et descend dans le bassin en prenant une direction, oblique d'abord, puis transversale. A la naissance on trouve déjà les deux ovaires situés dans la place qu'ils occuperont désormais sur les côtés, et un peu en arrière de l'utérus. Ils sont à cette époque ovoïdes, lisses, peu élastiques, et contiennent en nombre variable, ainsi que l'ont démontré Carus et M. Raciborski, des vésicules de Graaf, dont le volume permet déjà de les apprécier à l'œil nu.

Jusqu'à l'époque de la puberté, l'ovaire ne fait pas de grands progrès dans son développement ; seulement les follicules de Graaf deviennent plus nombreux et plus volumineux , quelques-uns même apparaissent sous la tunique fibreuse où on peut les découvrir par transparence en se plaçant à contre-jour. Mais au moment où doit se manifester la première apparition du fluide menstruel, moment qui varie selon les races, les climats, les constitutions individuelles, on voit survenir dans l'ovaire des changements importants. Il devient plus volumineux, plus mou, il semble que le stroma se soit imbibé de liquide ; la membrane fibreuse s'amincit en quelques points et laisse proéminer à la surface les follicules de Graaf, qui deviennent plus volumineux et un peu moins transparents. A l'intérieur il est facile d'y découvrir alors l'ovule au milieu d'abondantes granulations. Quelquefois cette proéminence de la vésicule est portée à un point extrême ; encore un pas de plus dans cette marche excentrique et elles pourraient devenir, comme chez quelques mammifères et comme chez les oiseaux, de véritables cellules pétiolées. Nous nous sommes demandé si ces petits kystes pyriformes, qu'on rencontre parfois appendus par un pédicule à la surface ovarienne, ne seraient point des vésicules de Graaf ainsi poussées à l'extérieur de l'organe et retenues à lui par un prolongement du péritoine. Certes, l'explication de la formation de ces petits kystes pourrait être rapprochée de celle qu'a donnée Béclard pour les corps étrangers des articulations. L'ovaire devient

plus turgide, en un mot il semble qu'il vit d'une vie nouvelle; puis bientôt le premier mouvement se continuant, une des vésicules, dans laquelle une nouvelle quantité de liquide s'accumule, et autour de laquelle le sang afflue plus abondamment que vers les autres, proémine davantage, et finit par se rompre dans le point qui lui offre le moins de résistance, c'est-à-dire du côté de la surface péritonéale. On a vu de ces vésicules ainsi hypertrophiées offrir, examinées avant leur rupture, un volume qui égale ordinairement un pois, une petite cerise; M. Raciborski en a même fait figurer une qui avait le volume d'une petite noix. Qui ne voit de suite le parti que nous tirerons de ce fait pour l'étiologie des kystes ovariens?

Le produit de la vésicule une fois expulsé, la nature travaille à réparer la lésion; un caillot sanguin se forme dans les parois et au centre de la vésicule rompue; ce caillot se rétracte petit à petit, devient fibrineux, jaunâtre, attire à lui les lambeaux flottants de la tunique externe déchirée qui, se cicatrisant ainsi, forment une étoile rougeâtre d'abord, puis grisâtre, qui marque, quand plus tard on la retrouve, que là s'est rompue une vésicule ovarienne. Si, longtemps après l'expulsion, on a l'occasion d'examiner cette cicatrice ou qu'on fende l'ovaire en ce point, on aperçoit, disent les auteurs, un corps d'apparence jaunâtre, dur, résistant, connu sous le nom de corps jaune, *corpus luteum*.

Or, comme il arrive qu'à chaque période menstruelle une vésicule de Graaf se rompt, que cette

rupture est suivie d'une cicatrisation étoilée et enfoncée, et de la formation d'un corps jaune, on comprend de suite que, si on examine l'ovaire d'une femme menstruée depuis plusieurs années, il devra se présenter sous un autre aspect que celui de la jeune fille. Cet aspect le voici : La surface, au lieu d'être bien et régulièrement ovoïde, est chagrinée, irrégulière et quelquefois même à un point tel qu'il serait très-difficile d'assigner une forme quelconque à un ovaire ainsi déformé. Les vésicules de Graaf, malgré toutes celles qui se sont déjà rompues, existent en nombre plus considérable qu'à l'époque des premières règles. C'est à ce moment que M. Raciborski en a compté de trente-cinq à quarante pour un seul ovaire.

Il faut donc, puisque leur nombre à la puberté n'était que de quinze à vingt, et qu'il s'en est rompu un grand nombre, qu'elles se reproduisent au fur et à mesure qu'il s'en détruit. Enfin, outre les vésicules, on aperçoit çà et là, au milieu du stroma, des points jaunâtres mentionnés plus haut (*corpora lutea*) déjà fort bien signalés par Graaf.

Quelques auteurs croient avoir rencontré des taches jaunâtres dans l'ovaire, alors qu'aucune cicatrice n'existait à la surface. Malpighi avait même pensé que l'existence de ces taches ou corps ne se rattachait nullement à celle des follicules de Graaf.

Quant aux taches, peut-être est-il possible que leur formation soit indépendante de celle des follicules, si tant est qu'on ait vu des taches avant la

menstruation; mais pour ce qui concerne les corps jaunes, il est bien évident qu'ils sont dus à la cicatrice des follicules de Graaf.

Tel est le mécanisme de la ponte spontanée des œufs chez la femme, que les travaux de MM. Pouchet, Négrier, Gendrin et Raciborski, Bischoff et Barry ont mis hors de doute, et qui pourra nous être d'une grande utilité pour l'explication de certains phénomènes pathologiques se rapportant aux kystes de l'ovaire. Je n'insisterai pas davantage sur son mécanisme. Ainsi que je l'ai dit précédemment, je ne dois m'occuper ici que d'une manière générale de l'anatomie et de la physiologie de l'ovaire, il n'entre pas dans mon plan de descendre dans les détails de la question.

Une autre modification que subissent ces corps glanduleux a lieu pendant la grossesse. Ils doublent, ils triplent de volume, deviennent mous, et lorsqu'on les examine à l'intérieur, on remarque que le stroma est abreuvé d'une grande quantité d'un liquide séro-sanguinolent, ce qui donne à l'ovaire un aspect rougeâtre. On comprend que cette annexe de l'utérus ne peut pas rester étrangère au mouvement fluxionnaire qui s'accomplit pour la nutrition du fœtus.

Enfin, quand la mission génératrice de la femme est terminée, alors qu'arrive la suppression du fluide menstruel, l'ovaire change encore d'aspect à l'extérieur et à l'intérieur. Les vésicules de Graaf sont, pour ainsi dire, frappées de mort. Suivant Roederer, qui a représenté les diverses phases par lesquelles elles

passent à cette époque ; leur liquide se trouble, s'épaissit, puis se coagule. Les parois de la vésicule reviennent sur elles-mêmes, en un mot, le follicule s'atrophie, et dès lors, au lieu de proéminer à la surface de l'ovaire, il attire à lui, en se rétractant, la membrane externe de cet organe. Cette attraction du follicule atrophie, jointe aux cicatrices antécédentes dont nous avons parlé, détruit tellement la forme primitive de l'ovaire qu'il est quelquefois très-difficile de le reconnaître. Dans quelques cas, il conserve un certain volume et ressemble assez bien à un noyau de pêche (Raciborski) ; dans d'autres cas, il est tellement atrophie qu'il serait impossible, si on ne connaissait sa situation primitive, de le reconnaître dans un corps dur, rabougri, d'apparence fibreuse à la coupe, et qui, par le volume, ne dépasse pas celui du ligament qui l'attachait à l'utérus.

Toutefois, nous ajouterons qu'on a cité de curieux exemples de femmes ayant conservé jusqu'à un âge très-avancé la faculté de procréer, et que, d'autre part, on a vu des follicules de Graaf en plein développement bien après l'âge auquel ils s'atrophient généralement.

Ce mécanisme de la ponte spontanée qui revient à chaque époque menstruelle, et qui place l'ovaire dans un état de turgescence et d'excitation vitale, qui n'a lieu ni avant l'apparition des règles ni après leur cessation définitive, ne permet-il pas de penser que, en ce qui touche cet organe, les phénomènes pathologiques seront beaucoup plus fréquents pendant

cette époque de la vie où la femme est sous l'influence de la menstruation ?

Puis, s'il demeure prouvé que l'immense majorité des kystes séreux de l'ovaire ont leur point de départ dans les vésicules de Graaf, n'est-il pas rationnel de faire remonter l'époque de leur formation au moment où les follicules ont dû périodiquement et mensuellement s'hypertrophier, doubler, tripler, quintupler même leur volume normal, en même temps qu'ils se rapprochent de la surface de l'organe ?

Il est établi que l'ovaire fournit l'ovule ou œuf humain, qui a besoin d'être fécondé pour donner naissance à l'embryon. On a démontré aussi que cet ovule, dans les cas ordinaires, est recueilli par la trompe à sa sortie de la vésicule, et que de là il est transporté dans l'utérus. Il s'ensuit que c'est, soit dans ce dernier organe, soit dans la trompe elle-même, que les spermatozoaires viennent se mettre en contact avec lui pour opérer sa fécondation. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; il peut se faire que les animalcules spermatiques ne rencontrant d'ovule ni dans la matrice, ni dans la trompe, remontent jusque vers l'ovaire, et que là seulement ils se mettent en contact avec lui. On comprend dès lors que l'œuf ainsi fécondé puisse ne pas être recueilli par le pavillon, et que, tombant alors dans la cavité du péritoine, il s'y développe et donne lieu à une grossesse péritonéale ; mais il peut aussi se faire que la rencontre des spermatozoaires ait lieu dans l'ovaire lui-même où l'œuf va se développer, et nous aurons

alors la variété de grossesse extra-utérine, désignée sous le nom d'ovarienne. Jusque dans ces derniers temps, les phénomènes seuls avaient conduit à soupçonner que quelquefois la fécondation pouvait s'opérer dans la vésicule de Graaf non déchirée; mais ce n'est que tout récemment que l'inspection directe a montré des animalcules spermatiques s'agitant sur la surface externe de l'ovaire dans lequel ils cherchaient à pénétrer. C'est ainsi que Bischoff, à l'aide de recherches patientes et multipliées, est parvenu à les découvrir sur les ovaires d'une lapine après un coït récent; et sur la femme M. Breschet (cours de 1842) les y a également rencontrés, dans un cas où il eut à examiner une jeune femme qui s'était tuée le lendemain de la première nuit des noces. — Pourquoi?

C'est donc un fait actuellement acquis à la science et par la démonstration directe, et par le raisonnement, que l'ovule peut être fécondé dans la vésicule de Graaf alors que celle-ci n'a pas encore opéré son évolution complète, ne s'est pas rompue pour laisser échapper l'œuf.

Qui ne voit de suite l'utilité de ces notions physiologiques, appliquées à l'étiologie des kystes ovariens dans lesquels on a rencontré des poils, des dents, des os, et enfin tous les éléments qui peuvent constituer primitivement l'embryon humain? Comme pour les kystes séreux, c'est donc encore ici le follicule de Graaf, renfermant l'ovule vivifié, qui, dans un bon nombre de cas, sera le point de départ de ces kystes pileux, osseux, etc.

Nous aurions sans doute encore beaucoup de dé-

tails à ajouter pour traiter d'une manière complète la physiologie de l'ovaire ; mais comme ce que nous aurions à dire ne se rapporte pas directement au sujet que nous devons étudier, et comme nous n'avons eu en vue, en parlant de l'anatomie et du développement de cet organe, que ce qui pouvait éclairer la pathologie, et en particulier celle des kystes, nous bornerons là ces données anatomico-physiologiques.

CHAPITRE II.

KYSTES CONTENANT UN PRODUIT DE CONCEPTION.

Les considérations physiologiques présentées dans le chapitre précédent ne paraîtraient pas suffisantes pour admettre la possibilité des grossesses ovariques, qu'il ne pourrait rester le moindre doute après le grand nombre d'observations faites sur le cadavre.

Parmi les exemples assez nombreux qu'on trouve dans les recueils d'observations, celui qui a été communiqué par Littre, en 1701, à l'Académie des sciences, ne permet pas la moindre incertitude. J'ai remarqué dans l'ovaire gauche, dit-il, une troisième vésicule, qui, outre une liqueur claire et mucilagineuse, contenait un fœtus qui avait une ligne et demie de grosseur sur trois de longueur : celui-ci était attaché à la partie intérieure des membranes de la vésicule par un cordon gros d'un tiers de ligne, et long d'une ligne et demie. Je distinguais fort sensiblement dans ce fœtus la tête, et dans la tête une petite ouverture à l'endroit de la bouche,

une petite éminence à la place du nez, et une petite ligne à chaque côté de la racine du nez. (*Mémoires de l'Académie des sciences*, 1701, p. 114). Littre ne dit rien de la composition des parois de cette petite vésicule.

Rarement on a eu l'occasion de voir un fœtus dans l'ovaire à une époque aussi peu avancée de son développement; mais cette circonstance rend encore le fait de Littre plus précieux.

Au rapport de M. Dezeimeris, le musée de Wurtzbourg contient plusieurs cas de grossesse ovarienne, parmi lesquels se remarque la pièce suivante : l'ovaire a trois pouces de long et deux de large; il est fibreux extérieurement, très-vasculaire à l'intérieur; les enveloppes sont épaisses, notamment à l'endroit où adhère le placenta : cet endroit a une apparence spongieuse; le fœtus qui y est contenu est du sexe féminin, et paraît avoir trois mois environ.

On trouve (dans le *Rust Casper kritisches repertorium*) une autre observation intéressante. Un fœtus bien développé, mais mort depuis longtemps, fut trouvé dans un kyste qu'un examen scrupuleux montra être l'ovaire droit. Ce kyste avait des parois partout fort épaisses, et qui offraient distinctement, du côté par où l'ovaire reçoit des ligaments, des fibres musculaires. La trompe droite et les ligaments du même côté adhéraient au kyste.

Dans un autre cas communiqué par Varocquier à Morand, l'autopsie permit de constater que l'ovaire gauche, dont le volume égalait celui d'un œuf d'oie,

renfermait dans son intérieur un fœtus de deux pouces et quelques lignes de long. Le placenta était implanté dans la substance même de l'ovaire.

Les recherches des physiologistes sont donc ici confirmées par les faits d'anatomie pathologique, et il ne fallait rien moins que cette double preuve pour établir la réalité d'un fait longtemps nié, et contesté encore par quelques personnes. L'existence des grossesses ovariennes est indispensable pour expliquer l'étiologie et les particularités de structure que présentent les kystes que nous avons à étudier.

Lorsque le produit de conception est retenu dans l'intérieur de l'ovaire, il continue à se développer pendant un temps plus ou moins long, quelquefois même jusqu'au terme régulier d'une grossesse ordinaire. Quand cela arrive, les particularités que présente cette gestation anormale et les indications qui peuvent nécessiter plus tard l'intervention de l'art, sont complètement du domaine de l'accouchement, et je ne crois pas devoir m'en occuper. Mais le plus souvent le fœtus succombe avant d'arriver à la fin du neuvième mois, et c'est dès lors un corps étranger entouré par une enveloppe plus ou moins épaisse, qui constitue un véritable kyste ovarien : les variétés que ce kyste peut présenter tiennent uniquement alors à la différence des matières qu'il renferme, et cette différence tient elle-même au moment auquel a succombé le fœtus. Si en effet celui-ci n'a cessé de vivre qu'à une époque rapprochée du terme, il reste entier dans la poche qui l'entoure, et on peut y retrouver plus tard presque toutes ses parties consti-

tuantes ; mais si au contraire sa mort survient dans les premiers mois , on y rencontrera seulement les organes qui ont résisté à l'espèce de décomposition ou de fonte graisseuse subie par tous les autres. De ce fait , sur lequel nous reviendrons plus tard , résulte nécessairement une distinction importante à établir dans les kystes de l'ovaire qui renferment un produit de conception ; ou bien , en effet , le fœtus , ou son squelette au moins , est encore à peu près intact , ou bien il n'en reste plus dans le kyste que quelques parties , telles que poils , dents ou portions d'os , débris assez informes pour que plusieurs pathologistes célèbres aient méconnu leur véritable origine.

Nous croyons donc devoir d'abord dire quelques mots du kyste dans lequel toutes les parties du squelette sont conservées , et nous traiterons plus longuement , dans un second article des kystes qui ne renferment que quelques débris du produit de conception.

ARTICLE PREMIER.

Du kyste fœtal proprement dit.

Ne voulant pas empiéter sur l'histoire des grossesses extra-utérines en général , nous nous bornerons à quelques considérations d'anatomie pathologique. Sous ce point de vue , nous devons examiner successivement les parois du kyste , et les matières qu'il renferme.

1° *Parois du kyste.* — Lorsqu'après la fécondation

l'ovule est retenu dans l'intérieur même de la vésicule de Graaf, il s'y développe avec les deux membranes chorion et amnios, qui lui sont propres. En augmentant de volume, il tend nécessairement à refouler le tissu propre de l'ovaire, ainsi que l'enveloppe fibreuse de cet organe. Ces différentes parties, auxquelles il faut ajouter nécessairement la couche péritonéale commune, constituent les parois du kyste foetal. Dans le principe, elles sont facilement distinguées, et on a pu quelquefois, à côté du kyste, et sous la même enveloppe, voir quelques vésicules de Graaf (obs. de Littre, obs. du docteur W.-B. Smith de Jamestown, *Med. repository*, Hexade III, vol. I, pag. 406); mais, plus tard, comprimées, aplaties par la distension que leur fait éprouver l'accroissement de l'œuf, elles semblent se fondre en une seule enveloppe qui présente parfois plusieurs lignes d'épaisseur : cette épaisseur est surtout considérable à l'endroit où se développe le placenta. Cet endroit a souvent une apparence spongieuse, offre un tissu mou, et même fongueux, imprégné de sang, et on y voit, lorsque le fœtus n'avait cessé de vivre que depuis peu de temps, des canaux sanguins volumineux, des grosses veines surtout qui, après avoir rampé sous le péritoine, pénètrent toute l'épaisseur des membranes d'enveloppe.

Lorsque le fœtus est mort, le développement de l'appareil vasculaire s'arrête, les vaisseaux artériels et veineux s'atrophient peu à peu ; et si on examine la tumeur seulement plusieurs mois, et surtout plusieurs années après, on ne retrouve plus dans les

parois du kyste cette riche vascularisation qui avait accompagné le développement de l'appareil placentaire. Il est même à peu près impossible de reconnaître le lieu où le placenta était inséré, car celui-ci, devenu organe complètement inutile, s'est atrophié, et est maintenant perdu dans les parois plus ou moins épaisses de la tumeur.

A partir de cette époque, les parois du kyste ovarien rentrent dans la loi commune à tous les kystes des grossesses extra-utérines, quel que soit leur siège, c'est-à-dire qu'elles s'hypertrophient notablement, et peuvent même subir les transformations cartilagineuses, crétacées, ossiformes, et devenir ainsi une coque très-solide et très-résistante. D'autres fois, un des points de leur étendue s'enflamme, s'ulcère, se perfore, et ce travail d'inflammation s'étendant à un point des organes voisins, il s'établit, entre la cavité du kyste et la cavité du canal intestinal, du vagin ou de la vessie, un trajet fistuleux par où s'échappe assez souvent une partie ou même la totalité des débris du fœtus. Dans quelques cas enfin, des adhérences s'établissent entre la tumeur et les parois abdominales. Celles-ci s'enflamment, un abcès se développe dans leur épaisseur, et par son ouverture, devenue fistuleuse, on voit sortir des portions du squelette.

Je m'arrête : aller plus loin serait évidemment empiéter sur l'histoire des grossesses extra-utérines en général, qui, évidemment, n'appartiennent pas à mon sujet.

2° *Produit de conception.* — Il est assez rare que le fœtus et ses annexes se retrouvent intacts, à moins

qu'on n'ait l'occasion d'examiner pendant les premiers mois de la grossesse. Cependant quelques faits bien observés semblent prouver qu'un fœtus emprisonné depuis six et huit ans dans le sein de sa mère, a pu se conserver dans un état d'intégrité tel qu'on aurait cru que les muscles appartenaient à un enfant mort de la veille. Ces faits, il est vrai, n'appartiennent pas d'une manière certaine à une grossesse ovarienne ; mais l'analogie porte à penser qu'il en pourrait être de même dans ce dernier cas.

Le plus souvent il subit des altérations diverses, dont la plus commune est la fonte putrilagineuse de ses parties molles. Celles-ci se mélangent au liquide amniotique altéré, et constituent un liquide au milieu duquel se rencontrent des cheveux, dents, et débris osseux du fœtus.

Au lieu d'avoir éprouvé cette espèce de fonte de toutes les parties molles, le fœtus semble quelquefois avoir subi une sorte de momification : réduite alors à son plus petit volume, la masse fœtale est contenue dans un kyste inerte, qui peut séjourner jusqu'à la mort de l'individu sans donner signe de sa présence.

Suivant M. Dezeimeris, les cas de transformation osseuse, crétacée, ou en gras de cadavre, se rapportent essentiellement aux grossesses abdominales. M. Cruveilhier, au contraire, et cette opinion nous paraît plus probable, est porté à considérer ces modifications dernières comme communes à toutes les variétés de grossesses extra-utérines, et comme pou-

vant, par conséquent, se rencontrer dans les grossesses ovariques.

Enfin, ce dernier auteur donne le dessin d'un fœtus momifié et encroûté de phosphate calcaire, trouvé chez une femme morte à la Salpêtrière, à l'âge de soixante-dix-sept ans, et quarante-sept ans après une grossesse extra-utérine. Mais les détails donnés ne suffisent pas pour établir que l'ovaire était bien le siège primitif du kyste.

Quant à la marche des grossesses ovariennes, leurs symptômes, leur mode de détermination, cela tient trop intimement à l'histoire générale des grossesses extra-utérines pour que je croie devoir m'y arrêter longuement.

Je ne connais aucun signe propre à faire diagnostiquer d'une manière un peu précise que l'œuf s'est développé dans l'ovaire; on pourrait tout au plus, dans quelques cas, reconnaître la grossesse tubaire; mais distinguer la grossesse ovarienne de l'abdominale me paraît à peu près impossible.

La distension excessive du kyste peut amener sa rupture; mais je pense qu'on a eu tort de considérer les grossesses ovariennes comme une des variétés de la grossesse extra-utérine la plus prédisposée à cet accident.

Cette rupture peut entraîner la mort de la malade, soit par l'hémorragie foudroyante qui en est souvent la conséquence, soit par l'inflammation consécutive à l'irritation produite par le contact de corps étrangers. Quand la femme échappe à ce premier danger, il se forme tout autour des parties déplacées un kyste

qui les isole des organes voisins, ou bien il se fait un travail d'élimination qui tend à en débarrasser l'organisme. Dans le premier cas, le kyste de nouvelle formation peut être complet ou incomplet. Quand il est incomplet, le kyste nouveau contracte avec les membranes de l'œuf des rapports tels qu'il se continue avec le pourtour de leur déchirure (Dezimeiris, P. Dubois).

ARTICLE DEUXIÈME.

Des kystes qui ne contiennent que des poils, des dents ou des portions d'os. (Kystes pileux.)

Ces kystes, appelés kystes pileux par quelques auteurs, peuvent se rencontrer dans les différents points du ventre ou au voisinage de cette cavité; mais ils ne sont nulle part aussi fréquents qu'à la surface ou à l'intérieur des ovaires. Ces kystes, sur l'origine desquels on a beaucoup disserté, contiennent tantôt des poils mêlés à une certaine quantité de matières grasses, tantôt outre les poils, ils renferment des dents et même des portions plus ou moins considérables du squelette.

Ces kystes se rangent tout naturellement après ceux que nous venons d'étudier, car ils sont considérés comme des débris d'une conception antérieure par la plupart des auteurs modernes, et ont été désignés par d'autres sous le nom de fausses grossesses de l'ovaire.

Nous étudierons successivement leur structure anatomique, leur étiologie, leur marche et leur terminaison, leur pronostic et leur traitement.

§ I. — Anatomie pathologique.

Le volume de ces kystes varie depuis celui de la tête d'un adulte jusqu'à celui d'un œuf de pigeon, et même d'un ovaire ordinaire. En incisant un ovaire qui présentait, dit M. Cruveilhier, à peu de chose près, son volume normal, mais dont la mollesse inaccoutumée et la consistance pâteuse éveillèrent mon attention, je fus étrangement surpris de voir qu'il était converti en kyste pileux.

Il est très-rare de voir les deux ovaires envahis par la maladie qui nous occupe; cependant M. Cruveilhier a fait dessiner une pièce dans laquelle on voit un kyste pileux situé de chaque côté de l'utérus. La pièce ayant été détachée sans aucun soin, ce professeur n'a pu déterminer aux dépens de quelle partie le kyste était formé; mais il est probable, dit-il, que c'était aux dépens de l'ovaire.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur celui qui en est le plus souvent affecté. Suivant Meckel, Morgagni et Tréviranus, l'ovaire droit jouirait, sous ce rapport, d'un fâcheux privilège, et les kystes dont nous parlons seraient trois fois plus fréquents à droite qu'à gauche.

Ces kystes renferment toujours une quantité plus ou moins considérable de substance stéatomateuse ou graisseuse, tantôt fluide, tantôt plus ou moins solide, qui entoure les poils et les autres corps que renferment les kystes. Cette matière grasse est souvent complètement inodore, mais elle peut subir une sorte de décomposition putride et devenir brunâtre

et fétide. Dans un cas recueilli par le docteur Prosper Denis elle était consistante, granuleuse, jaunâtre, avait une odeur nauséabonde, tachait fortement le papier gris, verdissait le sirop de violettes et ramenait au bleu le papier de tournesol.

Dans la plupart des cas cette matière a une odeur fade d'une consistance égale à celle du saindoux, fusible à 11 degrés centigrades, ne se figeant qu'à 13 degrés, se saponifiant très-bien avec la potasse et la soude, et présentant enfin toutes les propriétés des graisses. M. Julia Fontenelle, qui a analysé une matière grasse trouvée dans un ovaire, est resté convaincu qu'elle n'était constituée que par un mélange de graisse unie à un peu de substance animale. (*Arch. gén. de méd.*, 1824.)

Plus récemment, M. Bouvier a fait analyser par M. Henry les substances trouvées dans un kyste pileux de l'ovaire. Cette analyse a fait voir qu'il existait dans cette tumeur deux matières grasses différentes par leur couleur et leur degré de solubilité dans l'alcool. Au milieu de cette masse existait une concrétion que l'analyse a démontrée être un composé de matières grasses unies à un produit albumineux, et servant d'enveloppe et pour ainsi dire de ciment à un grand nombre de poils qui, débarrassés de leur gangue, ont fait reconnaître dans cette concrétion une simple agglomération pileuse. (*Bulletin de l'Académie.*)

Dans quelques cas, la poche contient, outre les dents et les poils, une substance qui a la consistance et l'apparence de la gelée; quelquefois cette gelée

est remplacée par de la sérosité. Quelques observateurs ont vu des cas où au lieu de gelée et de sérosité il y avait une masse tuberculeuse. Heusinger a raconté un cas de ce genre (*Médecine clinique de Naumann*). Enfin, quelquefois on y a trouvé des concrétions pierreuses : il est probable que, développées d'abord dans les parois du kyste, elles s'en étaient détachées.

Suivant Blumenbach, Anderson et quelques autres, les poils n'ont pas de racines, tandis que Gooch, Warren, Meckel et beaucoup d'autres les ont manifestement constatées; pour M. Cruveilhier cette dissidence d'opinions s'expliquerait facilement : ces poils, dit-il, sont adhérents ou libres; parmi les poils adhérents il en est qui tiennent au kyste par une de leurs extrémités, et sont toujours pourvus d'un bulbe pileux; les autres sont libres ou adhérents seulement par un des points de leur longueur, et sont dépourvus de bulbe. Il en est enfin qui semblent collés aux parois du kyste à l'aide de plaques cutanées qui les retiennent immobiles : dans ce dernier cas ils sont presque toujours réunis en plus ou moins grand nombre.

Bien que pour quelques auteurs les poils puissent se développer dans la masse graisseuse elle-même, sans adhérence aucune aux parois du kyste, je suis porté à admettre l'opinion de Meckel, qui considère cet isolement des poils comme un effet consécutif.

Lorsqu'ils n'ont plus aucun rapport avec les parois du kyste ils peuvent être maintenus : 1° à l'aide d'un anneau ou d'un cylindre fibreux, dans lequel ils sont

libres et glissent avec la plus grande facilité; 2° dans une plus ou moins grande partie de leur longueur à l'aide d'une couche très-ténue et très-transparente, formée sur les parois du kyste. Il n'est même pas rare de voir des poils très-courts contenus dans l'épaisseur de ces parois.

La longueur des poils est très-variable, depuis quelques lignes jusqu'à deux pieds trois pouces de longueur (Tyson); tous les intermédiaires ont été observés. C'était une grande quantité de *très-longs cheveux*, dit M. Denis, qui malheureusement n'en précise pas les dimensions.

Ce n'est pas, du reste, la seule fois que cette ressemblance avec les cheveux a été constatée; les poils trouvés dans les ovaires ont beaucoup plus d'analogie avec les cheveux qu'avec les poils des autres parties du corps. Dans quelques cas pourtant ils ont réellement toute la consistance des vrais poils, et sont, comme l'a observé Authenrieth, assez analogues à ceux qui ombragent les parties génitales. C'est sans doute à cette dernière circonstance qu'il faut attribuer l'opinion ridicule de Bauhin, qui, ayant noté des poils blancs fixés à la tunique interne d'un kyste de l'ovaire chez une femme dont le pubis en était complètement dépourvu, crut à une espèce de transposition de ces poils d'un lieu dans un autre.

Leur couleur est loin d'être toujours la même; souvent aussi elle diffère de la couleur des cheveux de la femme. Ils étaient d'un blond tirant sur le roux et le châtain, dans le fait de M. Denis, tandis

que les cheveux du sujet étaient noirs, longs, et les poils du pubis également noirs et courts. Tyson les a trouvés argentins. Une remarque assez curieuse, c'est que tous les poils contenus dans un même kyste n'ont par toujours la même couleur. Ainsi, Sampson a trouvé dans l'ovaire gauche d'une femme deux grosses tumeurs rondes, couvertes d'une membrane épaisse et très-vasculaire. La plus petite, du volume d'une noix de coco, contenait des poils jaunes au milieu d'un fluide onctueux et jaunâtre; l'autre renfermait une graisse blanche et fluide, mais épaisse dans son centre, où l'on voyait deux pelotons de poils d'un brun noir (Meckel).

Les poils sont sans doute les organes qu'on trouve le plus souvent dans les kystes; mais on y rencontre aussi parfois des dents. Les ovaires paraissent encore jouir ici d'une fâcheuse prérogative, car bien que les dents accidentelles aient été observées dans d'autres parties du corps, c'est dans ces organes qu'on les a observées le plus souvent.

La présence des dents coïncide toujours dans l'ovaire avec celle des poils.

Ces dents naissent, comme les dents ordinaires, dans des capsules isolées et remplies d'un fluide gélatineux, et comme pour elles aussi, les couronnes naissent avant les racines; c'est probablement l'absence des racines pendant le premier temps de leur formation qui a trompé quelques auteurs, et fait croire qu'elles en manquaient toujours.

Dans tous les cas soumis à mon observation, dit M. Cruveilhier, les dents ressemblaient exactement

à celles de la première dentition. Leur couronne, libre, proéminait dans l'intérieur du kyste; leurs racines parfaitement développées, quelquefois infléchies, ou contournées, ou soudées entre elles, étaient contenues dans des alvéoles; les alvéoles étaient supportées par un fragment osseux plus ou moins considérable, caché dans l'épaisseur des parois du kyste, et ce fragment osseux m'a paru dans quelques cas appartenir à l'os maxillaire supérieur (*Anat. path.*). C'est aussi ce qui a été constaté par la plupart des observateurs. Cependant la forme de cet os est loin d'être toujours aussi nettement dessinée. Dans quelques cas, par exemple, on ne remarque que des points endurcis du kyste, dans lesquels se trouvent les productions accidentelles, et même, comme dans les deux faits observés par Bailie, les os manquent complètement.

Les dents accidentelles paraissent, malgré leur situation anormale, être soumises aux lois qui régissent l'évolution des dents ordinaires. Ainsi, quelques faits semblent établir qu'elles ne naissent pas toutes à la même époque. Après un temps qui n'a pu être précisé d'une manière rigoureuse, les dents qui appartiennent à la première dentition tombent et sont remplacées par des dents de la seconde. Il est même probable que ce remplacement ne nécessite pas un temps aussi long que pour les dents naturelles.

On rencontre quelquefois sur un même sujet des incisives, des canines et des molaires, des dents de la première et de la seconde dentition. Le plus souvent, il n'y en a que de deux espèces.

Quant à leur nombre, il est excessivement variable. Et sous ce rapport, les auteurs citent des faits vraiment incroyables. Il est vrai que, quelquefois, le nombre de ces dents est une addition des dents de lait et des dents de la seconde dentition, comme dans le cas observé par Cleghorn, qui trouva quarante-deux dents. Cette dernière circonstance pourrait expliquer les faits semblables à celui que je viens de rapporter; mais que dire des observations de Ploucquet et Autenrieth qui disent avoir fait l'autopsie d'une jeune femme de vingt-deux ans, dont l'ovaire contenait trois cents dents? Le plus souvent elles sont au nombre de deux ou trois; plus rarement il y en a cinq ou six. En général, les dents voisines, quand il n'y en a que deux, se développent simultanément, qu'elles appartiennent à la même espèce ou qu'elles soient d'une espèce différente, comme une canine et une molaire.

Lorsqu'elles existent en plus grande quantité, leur nombre proportionnel se rapproche de celui qu'on observe dans l'état ordinaire, car presque toujours on compte plus de molaires que d'autres, et parmi celles-ci, les canines sont celles dont il y a le moins (Meckel).

Nous avons déjà dit que, dans l'immense majorité des cas, l'existence des dents nécessitait celle d'un os qui leur servit de lieu d'implantation; mais des os et des poils ne supposent pas nécessairement l'existence des dents. Stalpart van der Wiel et Lamzweerde ont en effet rencontré des ovaires qui ne renfermaient que des poils et des os, et on trouve

le fait suivant dans la nosographie de Riche-
rand :

Une femme mourut à Saint-Louis, où elle avait été apportée sans connaissance. En examinant le cadavre, on trouva dans le bas-ventre une tumeur globuleuse, remplissant tout le flanc gauche. L'abdomen ouvert, l'ovaire s'offrit décomposé et réduit en une poche énorme, séreuse à l'extérieur, et renfermant intérieurement quatre pintes environ d'une humeur grasse, dans laquelle nageaient des morceaux d'adipocire, plusieurs paquets de cheveux et des portions osseuses, que nous reconnûmes à divers signes pour appartenir à un débris de fœtus.

Faut-il admettre, avec Meckel, que dans tous les cas où des os et des poils ont été trouvés, il y avait tendance à la production des dents, tendance qui n'a pu se réaliser ? Et n'est-il pas plus rationnel de penser que si, malgré la présence de ces portions d'os, aucune dent n'a été trouvée dans le kyste, c'est que ces os étaient complètement étrangers à l'os maxillaire, et appartenaient à la clavicule, dont l'ossification précède, comme on le sait, celle de la mâchoire inférieure ?

Nous ajouterons qu'indépendamment des poils, des dents et des os, on peut rencontrer des ongles dans les kystes pileux de l'ovaire.

Dans l'intérieur de ces kystes se voient assez souvent des brides fibreuses, et, chose assez remarquable, c'est aussi souvent à l'une des extrémités de cette bride que sont placées les dents. C'est au moins ce qui a été observé par M. Cruveilhier, dans deux

cas reproduits dans son grand *Atlas d'anatomie pathologique*. La structure fibreuse de ces brides n'est pas toujours bien évidente, ou du moins il peut en exister qui n'ont aucune ressemblance avec celles indiquées par M. Cruveilhier. Dans le cas déjà cité de M. Denis, ce médecin, examinant l'intérieur du kyste, trouva, dans une partie de son étendue, une éminence longue de 4 à 5 pouces, cylindrique, de la grosseur d'une plume à écrire, couchée sur l'un de ses côtés qui adhérerait intimement au kyste dans le lieu correspondant; ses extrémités allaient en diminuant insensiblement et se confondaient ainsi dans le tissu voisin. Il incisa avec soin ce prolongement membraneux dans toute sa longueur, et il en sortit une matière assez consistante, d'un vert clair, et qui avait la forme d'un cylindre, moulée dans toute la cavité longitudinale, creusée dans le prolongement qui vient d'être décrit. Cette matière verdâtre lui semblant très-analogue au méconium desséché, il examina plus attentivement le kyste qui la renfermait, et il reconnut qu'il consistait en une portion d'intestin reconnaissable et par une membrane muqueuse, et par des plaques gonflées qui y étaient fort apparentes; la tunique musculaire n'en pouvait être distinguée..... Était-ce vraiment une portion de l'intestin? L'extrême rareté d'un fait porte toujours à en soupçonner l'exactitude.

Ainsi que les poils, les dents ont été plus souvent observées dans l'ovaire droit, et cela à peu près dans la même proportion, c'est-à-dire un peu plus d'un tiers.

Les parois de ces kystes pileux offrent en général une structure fibreuse ; elles sont denses, épaisses, et composées de plusieurs couches superposées. Leur surface interne est quelquefois formée par un véritable tissu cutané qui tapisse la poche, et sur laquelle les poils sont implantés ; l'aspect de l'intérieur d'un kyste observé par M. Bricheteau ressemblait à une portion de peau rasée et échaudée : d'autres fois, cette surface interne est revêtue d'une membrane semblable aux séreuses, d'un aspect quelquefois lisse, et polie dans toute son étendue, mais présentant assez souvent çà et là des plaques cartilagineuses et crustacées qui la rendent inégale et comme rugueuse. On y voit aussi un assez grand nombre de poils ou de cheveux plus ou moins longs, adhérent, soit par une de leurs extrémités portant un bulbe, soit, ainsi que nous l'avons dit, par un point de leur partie moyenne. La tunique la plus extérieure de ces kystes est évidemment de nature fibreuse, et recouverte par le péritoine. Entre les différentes couches qui constituent ces parois, on trouve en général un assez grand nombre de poils.

Il est ordinairement assez difficile de reconnaître la structure normale de la peau, à cause de la transformation fibreuse qu'elle a subie ; cependant Retzius de Stockholm dit avoir pu manifestement distinguer l'épiderme et le corps muqueux, dans un cas où cependant le kyste ne contenait que des poils.

Ces parois sont du reste susceptibles de subir les dernières modifications que nous avons déjà indi-

quées, à propos des kystes contenant bien évidemment des produits de conception; elles peuvent aussi être le siège d'un travail inflammatoire, par suite duquel elles contractent des adhérences plus ou moins intimes avec les organes voisins. Cela a lieu surtout lorsque les matières renfermées dans la poche sont en grande quantité, ou qu'elles offrent une forme irrégulière, comme lorsque les os sont dentelés et crénelés. Cette inflammation va quelquefois jusqu'à l'ulcération; et, suivant que l'adhérence contractée par le kyste l'aura fixé à la vessie, l'utérus, le vagin, les parties contenues dans son intérieur pourront passer dans l'un de ces organes, et de là à l'extérieur. Leur expulsion sera surtout facile si l'inflammation s'est dirigée du côté des parois abdominales et a déterminé leur ulcération.

Il n'existe le plus souvent qu'une de ces tumeurs dans le même ovaire; on en a pourtant rencontré plusieurs à la fois. Assez ordinairement alors l'une d'elles est beaucoup plus développée que les autres. A côté et à gauche d'une tumeur grosse comme une orange, dit M. Bricheteau, il y en avait une plus petite qui était absolument de la même nature, et garnie comme elle de poils à l'intérieur. Quelquefois les différentes poches d'un kyste ne renferment pas les mêmes matières: des deux kystes qui tenaient à l'ovaire gauche, raconte M. Cruvelhier, et qui n'avaient aucune communication entre eux, l'un contenait une masse pileuse, l'autre était rempli d'une matière grasse sans poils. Une tumeur observée par Meckel, située au côté droit de la matrice, à laquelle

elle adhérait, avait trois pouces de diamètre en tous sens, et en portait trois autres plus petites, de forme également arrondie. La tumeur principale était remplie de graisse et de poils libres, et dans l'épaisseur des parois du kyste se trouvait une portion osseuse surmontée d'une dent. Le plus petit des trois kystes accessoires ne contenait qu'un fluide épais, blanchâtre et gélatineux, analogue à celui qu'on voit dans les capsules dentaires avant et pendant la formation des dents; les deux autres, fort irréguliers, renfermaient chacun un os implanté par une large base sur une partie de leur circonférence.

Ces kystes ont été observés à tous les âges de la vie, depuis la première enfance jusqu'à la plus extrême vieillesse. C'est dire assez que la copulation et les dernières excitations vénériennes ne sont pas, ainsi que l'ont cru quelques auteurs, l'unique cause de leur production. Cette réflexion nous conduit tout naturellement à parler des dernières opinions qui ont été émises sur l'étiologie de ces kystes pileux.

§ II. — Étiologie.

Les parties qu'ils renferment sont évidemment formées dans l'endroit où on les trouve, et je ne m'arrêterai pas à réfuter l'opinion de ceux qui pensent qu'elles ont été introduites dans l'économie par les voies digestives, ou qu'elles ne sont qu'une espèce de transposition d'un lieu dans un autre.

Si ces productions anormales se sont développées là où on les rencontre, il faut admettre nécessairement l'une des deux propositions suivantes : 1° ce

sont des parties surnuméraires résultant du même acte fécondateur qui a produit le corps qui les contient; 2° ou bien elles se développent dans un organisme déjà formé.

Loin de s'exclure mutuellement, comme ont paru le croire quelques auteurs, ces deux théories me paraissent indispensables à l'explication des faits qui sont aujourd'hui dans la science.

La première, admise par Tumati, s'applique manifestement à tous les cas dans lesquels les corps dont nous parlons ont été trouvés chez des jeunes enfants, des jeunes filles encore impubères. Elle se fonde d'abord sur l'impossibilité d'admettre alors l'influence du coït ou des excitations vénériennes, et sur ce que la structure des parties accidentelles étant la même que celle des parties analogues existantes dans l'état normal, il est clair qu'elles n'ont pu se développer accidentellement et par un travail morbide, mais qu'elles ont dû, de toute nécessité, naître d'un germe primitivement existant. C'est dans les monstruosités, dites par inclusion, qu'il faut ranger ces faits; car si nous démontrons tout à l'heure que les poils, les dents et les os peuvent être les restes d'un produit de conception altéré, il ne répugne nullement d'admettre qu'une altération semblable portant sur un fœtus intra-abdominal et contemporain de celui qui le porte, puisse donner lieu aux mêmes résultats pathologiques. Un fait, étranger il est vrai à mon sujet, vient cependant confirmer cette hypothèse, je veux parler des cas dans lesquels les mêmes productions accidentelles, mais

assez bien caractérisées pour ne laisser aucun doute sur leur état primitif, ont été trouvées chez l'homme, soit dans l'abdomen, soit dans le voisinage de cette cavité.

Mais les faits dont nous venons de parler sont évidemment exceptionnels, et dans la plupart des cas observés, on peut admettre que ces substances se sont développées dans un organisme déjà formé. Cette seconde hypothèse a été généralement admise, seulement les auteurs qui se sont occupés de cette question ne sont pas d'accord sur la cause directe de ces productions.

La plupart pourtant les considèrent comme produites par la copulation ; mais les uns pensent qu'après le développement régulier de l'embryon, celui-ci aura subi une désorganisation incomplète ; les autres professent que ces productions sont seulement le résultat d'une fécondation incomplète. Les conceptions extra-utérines ovariennes, dit M. Cruveilhier, me paraissent seules répondre pleinement à tous les faits connus. Voici comment je pense que les choses doivent se passer : une conception extra-utérine a lieu ; une adhérence s'établit dans les premiers temps entre les parois ou kystes et l'embryon. Cette adhérence, qui suppose un grand désordre, est accompagnée de la destruction plus ou moins complète de l'embryon lui-même. Or, tantôt il ne reste de l'embryon que la peau qui entre dans la structure des parois du kyste, et qui se transforme peu à peu en tissu fibreux, et alors le kyste est simplement pileux ; tantôt une portion

plus ou moins considérable de la peau, quelques portions de mâchoires ou d'autres portions du squelette ont échappé à la destruction, et alors on trouve des dents, des os, quelquefois même des ongles.

Pour Coley, au contraire, les produits renfermés dans les kystes pileux ne sont pas les débris d'un fœtus normalement développé, mais résulteraient d'une génération incomplète. Meckel paraît disposé à admettre cette opinion; et tous deux considèrent comme causes prédisposantes la grande jeunesse, l'âge avancé, la santé débile, ou la vie débauchée de certaines femmes: toutes circonstances qui ont été notées, il est vrai, dans plusieurs observations bien authentiques. Mais n'y aurait-il pas ici simple coïncidence? Combien d'autres cas dans lesquels les auteurs n'ont signalé rien de semblable.

Enfin, pour Meckel encore, il n'est pas impossible que ces ébauches imparfaites se produisent en dehors de tout rapprochement sexuel. Rien ne prouve que la faculté procréatrice de l'ovaire ait toujours besoin du concours de l'homme, et si, dit-il, on est assez prudent pour ne pas franchir toutes les bornes, rien n'empêche d'admettre une *Lucina sine concubitu*.

Je crois inutile d'insister sur ces deux dernières hypothèses, qui, tout ingénieuses qu'elles sont, ne reposent sur aucun fait positif. L'existence des grossesses ovariennes, aujourd'hui bien constatées, me paraît répondre à toutes les exigences du problème étiologique que nous cherchons à résoudre. Quand on considère, en effet, ce qui se passe dans les gros-

esses extra-utérines, non douteuses lorsqu'elles ne se terminent pas par la rupture du kyste; quand on se rappelle cette fonte putrilagineuse que subissent assez souvent toutes les parties molles du fœtus, on comprend ce qui doit se passer dans les grossesses ovariennes, où la mort du fœtus survient en général à une époque assez peu avancée. Toutes les parties molles sont en effet alors dissoutes, converties en matières grasses, et les parties solides résistent seules. L'ossification précoce de l'os maxillaire le met à l'abri de cette destruction, et c'est ce qui explique pourquoi on en retrouve presque toujours des portions en même temps que les dents qu'il supporte. La clavicule étant ossifiée avant l'os maxillaire, on comprend la possibilité de rencontrer des os sans dents. La peau paraîtrait aussi, sous ce rapport, jouir d'une prérogative par laquelle elle échapperait à la dissolution que subissent les autres parties molles, et il est probable que l'intégrité du derme maintiendrait aussi celle des bulbes pileux, comme l'intégrité de l'os maxillaire maintient celle des bulbes dentaires.

La vie s'entretient dans les parties contenues dans l'intérieur du kyste, et les parois de la poche sont le siège d'un travail de sécrétion et d'absorption. Mais le plus souvent les matières sécrétées sont plus abondantes, et on voit le plus souvent aussi la quantité des matières grasses augmenter de manière à doubler ou à tripler le volume de la tumeur.

Pour les poils, il est assez difficile, dans l'état actuel de la science, de décider si ceux qui sont complètement détachés ou qui n'adhèrent plus aux pa-

rois que par un point de leur longueur, continuent encore à vivre et à croître. Bien que Saxtorph ait trouvé beaucoup de vaisseaux remplis de sang dans la substance qui les renfermait, que Manfredi ait remarqué, au centre d'une tumeur de cette nature, un noyau d'où partaient de nombreux vaisseaux qui s'enfonçaient dans la matière steatomateuse, que Gooch enfin ait fait observer que quelques-uns des poils étaient enracinés dans le milieu de la masse grasseuse, la vie dans ces poils est au moins douteuse; mais elle ne saurait l'être pour ceux qui, pourvus d'un bulbe, adhèrent encore, par leur extrémité, aux parois du kyste. Ceux-ci vivent et croissent de la vie du kyste lui-même, puisque nous en avons cité qui ont offert jusqu'à deux pieds trois pouces de longueur. Pour les autres, je suis porté à croire qu'ils sont complètement étrangers à l'organisme, à partir du moment où ils sont tombés.

Je crois pouvoir établir la même distinction pour les dents. Celles qui appartiennent à la première dentition vivent jusqu'au moment où, chassées de leurs alvéoles par un travail d'évolution toujours progressif, elles sont remplacées par celles de la seconde dentition, et tombent au milieu de la matière grasse : cette vie des dents suppose nécessairement que la portion osseuse sur laquelle elles sont implantées participe elle-même à la vie commune. Cela est incontestable, et se conçoit, du reste, d'autant plus facilement que toujours alors ces fragments d'os adhèrent, par une partie plus ou moins considérable de leur surface, aux parois du kyste,

dont assez souvent ils semblent pour ainsi dire faire partie.

Que faut-il penser maintenant de ces cas extraordinaires dans lesquels le nombre des dents trouvées dans la poche dépasse de beaucoup la somme totale de la première et de la seconde dentition ? En supposant même une grossesse double ou triple dont les produits auraient été arrêtés dans l'ovaire, il est impossible d'expliquer comment on a pu rencontrer jusqu'à trois cents dents sous la même enveloppe. Faut-il admettre ici une espèce de génération spontanée ? faut-il admettre une force plastique toujours incessante ? Il serait beaucoup plus simple, n'était le respect qu'on doit à des noms justement célèbres, de s'en rapporter au temps pour vérifier la justesse de leur assertion, ou de croire qu'ils se sont trompés dans l'appréciation des faits qu'ils ont eu l'occasion d'observer.

§ II. — Marche et terminaison.

Assez souvent les kystes pileux restent stationnaires pendant toute la vie de la malade, passent quelquefois inaperçus pour les personnes peu attentives, et ce n'est qu'après la mort, à laquelle cette tumeur ovarienne est complètement étrangère, qu'on constate leur existence. Ils ne déterminent en effet ni gêne ni douleur, et les ovaires, surtout après un certain âge, paraissent tellement étrangers à l'organisme qu'à moins de gêner par leur volume les organes voisins, il n'en résulte aucun trouble pour la constitution. Les fonctions reproductrices,

bien entendu quand la maladie ne siège que dans un seul ovaire, ne sont pas troublées par le développement d'un ou plusieurs kystes pileux, et, bien que les accidents qui pouvaient faire présumer leur existence se fussent montrés après plusieurs années, la grossesse eut lieu. Quand ils ont un volume plus considérable, ils peuvent gêner le développement de l'utérus, ou s'opposer à la libre expulsion du fœtus, mais ils ont cela de commun avec toutes les tumeurs abdominales, et nous nous en occuperons plus tard.

Ces tumeurs n'offrent pas toujours la même innocuité. Dans quelques cas, en effet, et sous l'influence de causes qui, le plus souvent, nous échappent, ces tumeurs acquièrent assez promptement un développement considérable par suite de la sécrétion très-abondante de sérosité qui s'opère à la surface interne des parois du kyste; elles ressemblent beaucoup alors, au point de vue de la symptomatologie, aux kystes hydropiques du même organe. Ainsi Greetham a publié une observation dans laquelle on voit que l'ovaire gauche était tellement développé qu'il s'élevait jusque dans la région épigastrique et refoulait le diaphragme; il contenait quarante-cinq pintes de liquide, et renfermait aussi quatre os dont trois très-gros et entièrement développés (Clinique de Naumann). On comprend qu'avant d'arriver à ce volume, la tumeur doit produire les mêmes symptômes que l'hydropisie enkystée de l'ovaire arrivée à une certaine période. Nous en parlerons dans le chapitre suivant.

D'autres fois, comme nous l'avons déjà sommairement indiqué, l'irritation produite probablement par les aspérités des corps renfermés dans le kyste, détermine une inflammation qui gagne peu à peu toute l'épaisseur des parois, puis s'étend aux parois des organes voisins : des adhérences s'établissent entre les surfaces enflammées, celles-ci s'ulcèrent et se perforent de manière à créer une libre communication entre la cavité du kyste et la cavité de l'organe atteint par l'inflammation ; des faits aujourd'hui assez nombreux établissent ce mode d'élimination.

C'est assez souvent la vessie qui fait communiquer l'intérieur du kyste avec une ouverture naturelle. Le professeur Delpech, le docteur Paul Marshall en ont rapporté des exemples. Je rappellerai seulement le fait si intéressant communiqué par M. Seutin : Une femme portant une pierre dans la vessie fut opérée par la lithotritie ; en l'examinant, on fut tout étonné de voir que le noyau du calcul était une dent. L'autopsie donna plus tard l'occasion de constater que l'ovaire formait une poche assez considérable renfermant encore des débris de poils, de dents et d'os. La tumeur adhérait très-intimement à la vessie, et en ce point existait une fistule qui faisait communiquer la poche morbide avec le réservoir urinaire. Cette fistule avait évidemment donné passage à la dent autour de laquelle s'était formé le calcul. (Clinique de Naumann.)

D'autres fois c'est avec le canal intestinal que le kyste se met en communication, et je me rappelle

avoir vu la pièce intéressante communiquée par M. Camus à la Société anatomique et qui est décrite dans la *Revue médicale* (1833). Une observation de M. Pereira, de Bordeaux (*Journal de Médecine pratique de Bordeaux* 1844), quoique laissant quelques doutes sur l'origine et la nature primitive de la tumeur, paraît avoir présenté, à un certain moment, ce mode d'évacuation intestinale.

Si les matières contenues dans la tumeur sont liquides ou semi-liquides, elles peuvent s'écouler alors par l'anus en totalité. Mais pour qu'il en soit ainsi, il est indispensable que l'ouverture fistuleuse soit située d'une manière favorable à cet écoulement. Sans cela une partie du liquide peut séjourner dans une espèce de cul-de-sac et même, comme dans le fait cité par M. Camus, les matières fécales peuvent refluer dans l'intérieur du kyste; on conçoit aussi que les parties dures du fœtus, arrivées par le trajet fistuleux dans l'intestin; puissent devenir, en y séjournant, la cause d'accidents très-variés.

Je ne parle pas de la paroi abdominale, tout le monde sait que dans les cas où la tumeur est assez développée pour être en contact avec le péritoine qui double les muscles antérieurs du ventre, l'inflammation ulcérate de ces parois peut avoir une issue facile à l'extérieur. Mais je ne puis passer sous silence le fait remarquable à tant de titres communiqué par M. Hippolyte Larrey à l'Académie de Médecine, dans sa séance du 7 mars 1842.

Il s'agit d'une femme qui avait depuis longtemps une fistule urinaire sous-ombilicale, déterminée par

l'infiltration d'un kyste pileux de l'ovaire, kyste qui s'était ouvert non-seulement en dedans à travers la paroi vésicale, mais aussi en dehors par la paroi abdominale, en donnant passage par cette double voie à des matières visqueuses et purulentes, avec productions pileuses et avec concrétions calcaires; une pierre volumineuse s'était développée dans la vessie, et en s'acculant à l'ouverture urétrale, avait forcé l'urine de sortir presque continuellement par l'ouverture fistuleuse.

Après de mûres réflexions, M. Larrey se décida à pratiquer une opération fondée sur les principes de la taille hypogastrique, et qui eut pour effet d'inciser largement la fistule par en bas, de mettre à jour le foyer du kyste, d'extirper du fond une tumeur à laquelle adhérait une longue mèche de cheveux, de pénétrer par la même voie dans la vessie, et d'en extraire le calcul, qui avait pour noyau la même production pileuse.

Le plus heureux succès a couronné cette entreprise; une sonde placée à demeure dans la vessie par l'urètre a rétabli le cours naturel des urines et favorisé la cicatrisation de la plaie. (*Gaz. méd.*, compte rendu de l'Académie, année 1842, page 735.)

Quand elle a acquis un certain volume, la tumeur peut s'enflammer, donner lieu à des douleurs variées; cette inflammation, qui se termine assez souvent par une sécrétion purulente, assez abondante dans l'intérieur du kyste, est ordinairement accompagnée d'une réaction générale assez vive pour mettre en danger les jours de la malade.

Cette inflammation ne reste pas toujours bornée aux parois de la tumeur; elle s'étend quelquefois au péritoine, et on voit alors se développer tous les phénomènes d'une péritonite intense et assez souvent mortelle (obs. de M. Pariset).

Dans quelques circonstances l'inflammation suppurative s'est propagée dans le tissu cellulaire du petit bassin, des fosses iliaques, et a produit un abcès intra-pelvien, plus ou moins étendu, et qui a amené quelquefois la mort de la malade, comme dans le cas observé par M. Liston (*The Lancet*, 1838). Indépendamment des traces évidentes d'inflammation que présentait toute la cavité péritonéale, la région iliaque, dit l'auteur que je viens de citer, offre une collection de pus très-épais dans une cavité circonscrite par plusieurs anses intestinales adhérentes en avant et derrière la portion sigmoïde du colon, et inférieurement par les parois d'un kyste volumineux qui s'étend au-dessus du pubis et remplit tout le pelvis. Le kyste ouvert par sa partie supérieure laisse écouler deux ou trois pintes de pus huileux, et contenant deux gros morceaux de graisse jaune et un peloton de cheveux noirs enveloppés d'une substance grasse, dure et blanche.

§ IV. — Diagnostic.

Les kystes de l'ovaire ont des caractères communs qui servent à les distinguer des autres tumeurs de l'abdomen. La valeur de ces caractères sera appréciée dans le chapitre suivant, où nous traiterons de l'hydropisie enkystée.

Dans l'état actuel de la science nous manquons de signes physiques à l'aide desquels nous puissions, je ne dis pas reconnaître, mais même soupçonner les kystes pileux que nous étudions, avant qu'un travail d'élimination ait permis de pénétrer, par une voie quelconque, jusque dans l'intérieur du kyste.

Lorsqu'en effet ces tumeurs ont un petit volume, et lorsque surtout elles sont composées en grande partie de matière grasse, les antécédents de la malade peuvent bien éveiller l'attention sur l'existence possible dans la tumeur de poils, de dents et d'os, mais il nous paraît impossible d'acquiescer sur ce point une certitude. Je n'ai trouvé dans les auteurs aucune observation où ce diagnostic ait été établi d'une manière positive. Quand, par suite d'une hypersécrétion des parois du kyste, celui-ci a acquis un très-grand volume, les symptômes sont semblables à ceux auxquels donne lieu le kyste hydropique, et l'ouverture spontanée ou artificielle peut faire seule cesser l'incertitude.

Après l'ulcération et la perforation des parois du kyste et d'un organe voisin, la sortie de quelques-uns des corps étrangers, tels que poils ou dents ne permet plus le moindre doute. En supposant qu'une sonde introduite par un trajet fistuleux jusque dans la cavité de la poche accidentelle puisse y sentir un corps dont la consistance se rapproche de celle des dents ou d'un os, on pourra croire avec raison à l'existence d'une tumeur du genre de celles qui nous occupent.

§ V. — Pronostic.

D'après ce que nous savons de la marche et de la terminaison possible de ces kystes, nous pouvons en pressentir le pronostic. Dans la plupart des cas ils constituent une affection assez peu grave, puisque non-seulement ils ne compromettent pas la vie des malades, mais ne nuisent pas sensiblement à l'accomplissement régulier des autres fonctions. Toutefois, nous ne devons pas oublier que subitement ils peuvent 1° acquérir un volume considérable, et donner lieu à tous les accidents que nous étudierons plus tard; 2° être le siège d'une inflammation qui s'étend aux organes voisins et peut déterminer une péritonite ou un abcès profond; 3° enfin, devenir le point de départ de trajets fistuleux qui intéressant des organes importants peuvent nuire à l'intégrité de leurs fonctions.

§ VI. — Traitement.

Traitement. — Par eux-mêmes, les kystes pileux des ovaires ne donnent lieu à aucune indication thérapeutique, et l'intervention de l'art ne peut être réclamée que par les accidents fâcheux qui parfois les compliquent.

Lorsqu'en effet la tumeur est peu volumineuse, qu'elle ne détermine aucune douleur, il est évident qu'il ne faut pas y toucher. Lorsque par suite d'une exhalation très-active le kyste prend un développement assez considérable, il offre alors tous les caractères de l'hydropisie enkystée, et si une opéra-

tion est nécessaire, elle est soumise aux mêmes règles que celles qui se pratiquent dans les cas de tumeur hydropique. Ces règles seront exposées en faisant l'histoire de ces dernières tumeurs.

Sans que son volume augmente beaucoup, la tumeur, avons-nous dit, peut devenir le siège d'une inflammation assez violente pour produire une douleur vive, des élancements, de la chaleur dans la région malade, et ces phénomènes locaux peuvent s'accompagner des symptômes généraux ordinaires aux inflammations aiguës. Le régime antiphlogistique doit être ici employé avec vigueur, d'abord pour arrêter le mal, mais surtout pour prévenir son extension au péritoine, au tissu cellulaire du bassin ou aux organes abdominaux. Ainsi, saignées locales souvent répétées, saignées générales même si la réaction est très-vive; bains, lavements, applications émollientes, légers révulsifs intestinaux, tels sont les moyens auxquels d'abord il convient de recourir. Si, malgré leur emploi sagement combiné, il se forme un abcès dans le voisinage de la tumeur, on devra, dès qu'on l'aura reconnu d'une manière non douteuse, frayer par la ponction une issue au pus.

Le lieu où sera pratiquée cette ponction variera nécessairement suivant la position du foyer. Si la tumeur phlegmoneuse était facilement sentie par le vagin, ou par une pression légère sur l'hypogastre et qu'on pût, comme dans le cas de M. Liston, percevoir nettement la fluctuation à la partie postéro-supérieure de ce canal; on devrait, je crois, imiter

la conduite de ce chirurgien et diriger l'instrument de ce côté : la position déclive de l'ouverture faciliterait singulièrement l'écoulement du pus. Si, au contraire, l'inflammation ayant gagné plus en dehors, le foyer proéminait surtout dans la fosse iliaque, on devrait l'attaquer par les parois abdominales, en ayant soin de faire l'ouverture sur le point le plus favorable à l'écoulement du pus.

Assez souvent, sous l'influence même de l'inflammation, le kyste se rompt ou s'ulcère peu à peu. Dans les deux cas, sa cavité communique avec le foyer purulent. On voit alors se présenter à l'ouverture fistuleuse les matières, poils, dents et os, renfermées primitivement dans le kyste. Il faut prendre toutes les précautions convenables pour faciliter leur sortie. Quand une portion d'os se présente de manière à offrir son grand diamètre à l'ouverture fistuleuse, il faut la saisir avec une pince et faire en sorte qu'elle s'engage par une de ses extrémités. Si enfin cela était impossible, ou si, malgré ces tentatives, l'ouverture était encore trop étroite, on devrait l'agrandir par des débridements convenables.

Il est des cas, et le fait observé par M. Liston le prouve, où malgré l'inflammation violente dont il a été le siège, malgré la formation d'un foyer purulent dans le tissu cellulaire des parties voisines, le kyste ne s'est pas rompu, et est encore intact après l'ouverture de l'abcès. Si après l'évacuation du pus on sentait distinctement la tumeur ovarique formant pour ainsi dire les parois du foyer, si surtout on pouvait cons-

tater qu'elle est en grande partie formée par un liquide, ne devrait-on pas, profitant de l'ouverture déjà faite aux parois du ventre, ponctionner la tumeur avec un trois quarts un peu volumineux? il y aurait, je crois, à cela, de grands avantages, et je ne vois pas en quoi cette seconde opération, faite avec prudence, pourrait être nuisible.

Si le kyste s'est ouvert dans le rectum, l'étroitesse de l'ouverture intestinale peut être encore un obstacle à l'expulsion des débris osseux. Dans un cas rapporté par M. Amussat à l'Académie de médecine, il fut obligé d'intervenir pour faciliter la sortie des restes d'un fœtus extra-utérin à travers une ouverture du rectum qui était fistuleuse depuis dix-huit mois.

Enfin, si, comme dans la belle observation de M. Larrey, les corps étrangers étaient tombés en partie dans la cavité vésicale, qu'ils soient ou non devenus le noyau d'un calcul, il n'y aurait, à mon avis, rien de mieux à faire qu'à imiter la conduite de ce chirurgien.

Quant aux cas dans lesquels un fœtus, primitivement développé dans l'ovaire, séjourne depuis longtemps dans le ventre de la mère, les règles de conduite varient suivant plusieurs circonstances. Il est un point sur lequel tout le monde est à peu près d'accord, c'est que, lorsque la présence de ce corps étranger ne détermine pour la mère aucun accident sérieux, il ne faut point troubler le calme de l'organisme par une opération inopportune. On a vu des femmes, en effet, porter ainsi un fœtus extra-utérin

pendant un très-grand nombre d'années sans en être sensiblement incommodées.

Mais le chirurgien peut être consulté dans des conditions toutes différentes. Quelquefois, en effet, un travail éliminatoire est déjà commencé ; l'enflure s'est emparée des téguments placés au-devant de la tumeur ; l'abcès s'est formé ; il ne s'agit que de l'ouvrir, ou d'agrandir par des débridements convenables les ouvertures qui se sont faites spontanément. C'est ensuite un vaste abcès qu'il faut modifier et vider par tous les moyens convenables.

D'autres fois, sans qu'il y ait encore aucun travail d'élimination, la tumeur semble s'enflammer de temps en temps et devient le siège de douleurs violentes. Quoique la vie de la femme ne soit pas sérieusement compromise, il en résulte néanmoins pour elle une source de vives souffrances qui l'obligent à réclamer les secours les plus énergiques.

La position de la tumeur me paraît devoir influencer ici beaucoup sur la détermination du chirurgien. Lorsqu'en effet la tumeur n'est nullement accessible par le vagin, qu'elle est très-élevée dans la cavité du ventre, que la gastrotomie, en un mot, pourrait seule permettre l'extraction du produit de conception ; je pense qu'il faut se contenter de chercher, par l'emploi des antiphlogistiques quelquefois, des calmants toujours, à améliorer la position de la malade ; mais on doit renoncer à toute idée d'une opération chirurgicale. Si au contraire une des extrémités de l'ovoïde foetal, si surtout la tête déprimant le vagin, et un peu engagée

au détroit supérieur, pouvait être facilement distinguée par le toucher, on pourrait alors espérer, par une opération méthodique et prudente, extraire le fœtus.

Dans un cas de cette espèce, dans lequel, il est vrai, il n'a pas été possible de préciser le siège primitif de la grossesse, et qui pouvait tout aussi bien appartenir aux variétés abdominale et sous-péritonéale qu'à la grossesse ovarienne, j'ai vu le professeur P. Dubois se décider à l'opération. Il se proposait, après l'incision vaginale, d'appliquer le forceps sur la tête, et d'emmener le fœtus en totalité. J'emprunte à M. Voillemier, qui a publié le fait dans les *Archives générales de médecine*, quelques détails sur ce cas intéressant, détails que mes souvenirs, d'ailleurs, confirment pleinement.

La tête du fœtus était comme enclavée au détroit supérieur. Après avoir placé la femme dans une position convenable, et introduit un spéculum, M. Dubois pratiqua une première incision transversale au moyen d'un bistouri, et le doigt constata qu'une partie seulement des téguments avait été coupée. Le spéculum remplacé, l'incision fut agrandie, rendue plus profonde, et le bistouri arriva sur les os de la tête. M. Dubois crut d'abord avoir pénétré trop avant et avoir divisé le cuir chevelu avec les parois du kyste, mais dans l'épaisseur du tissu il était impossible de trouver la moindre séparation. Sans parfaitement s'expliquer ce fait, il pensa que des adhérences existaient entre la tête du fœtus et les parties inférieures de la poche, et dans l'impossibilité de savoir jus-

qu'où elles s'étendaient, l'opération fut suspendue et la malade reportée dans son lit.

Les deux premiers jours qui suivirent l'opération, la malade éprouva quelques accidents qui pouvaient faire craindre une inflammation abdominale grave; et, dès le même soir, un écoulement puriforme, légèrement teint de sang, de mauvaise odeur, eut lieu par le vagin.

Deux jours après, tout symptôme inflammatoire avait presque entièrement disparu. La malade se trouva seulement très-affaiblie. On constata par le toucher l'état suivant : Les bords de l'incision vaginale s'étaient retirés de manière à présenter une ouverture inégale de six lignes environ de diamètre, et assez dilatable. Après l'avoir franchie, le doigt reconnaissait les os du crâne dépouillés de leur périoste et désarticulés. Les deux pariétaux avaient chevauché l'un sur l'autre, de manière que le bord sagittal de celui qui était sous le pubis correspondait au milieu de la fosse de celui qui était en arrière; et, ainsi posés, ils retenaient derrière eux, non-seulement les autres os, mais encore les parties molles putréfiées, qui ne s'échappaient qu'avec peine. Le lendemain, M. Dubois, à l'aide de fortes pinces droites portées avec précaution, par l'incision vaginale, enfonça un pariétal et le retira par morceaux. Il était impossible d'avoir ces os entiers, à moins d'agrandir l'ouverture du kyste, ce qui n'était pas exempt de danger, et on continua à extraire de la même façon les autres portions de la voûte du crâne qui sortaient par fragments, ou pliés comme une

feuille de métal flexible. Cependant la malade, fatiguée par des manœuvres qui, sans être trop douloureuses, avaient duré longtemps, fut reportée dans son lit.

La journée se passa sans qu'il survint aucun accident. Quelque temps s'écoula sans qu'il se présentât rien de remarquable si ce n'est l'écoulement purulent qui avait notablement augmenté de quantité, et dont l'odeur était si infecte qu'on fut obligé de ne placer aucune autre femme dans la salle où se trouvait la malade.

Le 6 septembre, le ventre était indolent dans toute son étendue, considérablement diminué de volume, plus même qu'on ne pouvait l'espérer, d'après la quantité des parties extraites. C'est qu'outre la masse encéphalique et les autres parties molles entraînées par la suppuration, la base du crâne, en partie articulée, était descendue dans l'excavation.

En l'absence de M. Dubois, M. Ménière se décida à faire de nouvelles tentatives pour vider le kyste. Il éprouva d'abord quelques difficultés à désunir les os de la face et de la base, soit à cause de leur mode d'articulation, soit à cause de leur avancement dans le petit bassin, mais aussitôt que quelques-uns eurent cédé, les autres ne présentèrent plus de résistance. Quand le kyste fut en grande partie vidé, le doigt ne pénétra plus comme les jours précédents, dans une cavité, les parois de la poche étaient revenues sur elles-mêmes, molles, froncées et donnant la sensation d'une muqueuse plissée, mais il était impossible de distinguer si cela était dû à la con-

tractibilité propre du kyste ou à celle des muscles abdominaux en même temps qu'au poids des intestins. Deux heures après cette séance, la malade eut un frisson violent pendant une heure et de la fièvre vers le soir. Ces accidents qui pouvaient inspirer quelques craintes se dissipèrent, et la malade se leva le lendemain. La marche lente favorisait la descente des os qui restaient dans le kyste; et quelques-uns sortirent spontanément, d'autres furent entraînés par des injections qui furent faites plusieurs fois le jour. Cependant on fut obligé de fouiller encore une fois la poche pour extraire quelques os longs; mais à dater de ce jour la malade alla mieux, et elle sortit de l'hôpital le 28 septembre entièrement guérie.

Parmi les os du fœtus, qui avait les dimensions d'un enfant à terme, manquait le péroné du côté gauche, mais tout porte à croire que cet os a été perdu au milieu des linges du lit de la malade.

CHAPITRE III.

KYSTES SÉRO-FIBREUX DES OVAIRES.

Les kystes simples ou séro-fibreux des ovaires sont de beaucoup les plus nombreux, et constituent une maladie grave qui depuis longtemps a fixé l'attention des chirurgiens. L'intérêt qui s'y rattache légitimera, j'espère, les détails dans lesquels nous allons entrer, en traitant, dans autant d'articles séparés, de leur anatomie pathologique, de leurs causes, de leurs symptômes, de leurs marche et ter-

minaison, de leur pronostic, de leur diagnostic et de leur traitement.

ARTICLE 1^{er}.

Anatomie pathologique.

On trouve assez souvent à la surface ou à l'intérieur des ovaires, des petites tumeurs enkystées, qui n'ont donné, pendant la vie, aucune trace de leur existence, mais qui doivent être connues anatomiquement pour comprendre l'origine et le mode de développement de l'affection que nous avons à étudier.

La première forme de ces tumeurs, bien indiquée par M. Bright (*Guy's hospital reports*, avril 1835) consiste en une simple poche remplie de sérosité dont la paroi externe offre tous les caractères du péritoine. Elle est attachée à quelques points de la surface de l'ovaire : tantôt elle semble pour ainsi dire collée sur ce point, sans y adhérer pourtant d'une manière très-intime, d'autres fois elle ne tient à l'organe que par un pédicule plus ou moins allongé, mais qui peut offrir quelquefois, comme dans certains cas dessinés par M. Bright, un pouce à un pouce et demi de longueur. M. Velpeau, qui déjà en 1825 avait indiqué le même fait, dans un Mémoire lu à la Société philomatique, a remarqué aussi ces tumeurs, et les a vues du volume d'un petit pois, d'une aveline, d'un grain de raisin, d'une petite noix. La petite poche est remplie d'un liquide séreux, citrin et onctueux. Leur pédicule, quand

elles ne sont pas sessiles, est en général très-grêle, et ne paraît point perméable. Ne serait-ce pas là, dit M. Velpeau, des vésicules géminales, égarées dans le ventre, et qui auraient entraîné le péritoine en s'éloignant du lieu de leur origine? La chute spontanée de l'œuf, aujourd'hui bien démontrée, donnerait, je l'avoue, quelque valeur à cette hypothèse. Dans certains cas, ces petits kystes acquièrent un volume considérable; M. Bright en a vu de la grosseur d'une orange.

Delpech (*Chirurgie clinique*) me paraît aussi avoir rencontré des tumeurs appartenant à la variété dont je parle. Il leur donne le nom de kystes séro-muqueux et les compare à ceux que l'on rencontre si souvent aux paupières. Celui dont il parle avait le volume d'une orange, et fut reconnu pour appartenir à l'ovaire gauche. Il était formé, dit-il, non pas de la dilatation de l'une des vésicules de l'ovaire, mais d'un kyste qui put par un facile arrachement, être facilement isolé de l'ovaire et de toutes les parties environnantes.

Il est bon de noter que des tumeurs semblables ont été vues dans l'épaisseur du ligament large, et qu'on en a trouvé aussi qui adhéraient à la trompe. Nous utiliserons plus tard cette remarque anatomique.

Dans certains cas, ces petites tumeurs séniles ou pédiculées, sont congénitales, car on les a observées dans les premiers mois de la vie.

A l'intérieur même de l'ovaire, on trouve aussi souvent des kystes séreux qui consistent en un corps

vésiculaire simple, développé sous la tunique propre de l'organe. Ces kystes ne sont, au début, autre chose que le résultat des modifications si importantes que subissent les follicules de Graaf, aux époques menstruelles. La sécrétion abondante qui s'opère à cette époque, peut, sous l'influence de circonstances assez difficiles à apprécier, être exagérée, et cependant la rupture vésiculaire qui en est habituellement la conséquence, ne pas avoir lieu. Dès lors, elle constitue un kyste qui peut continuer à se développer.

D'après M. Négrier, (*Recherches anatomiques sur les ovaires*, page 85), lorsque les vésicules ovariques sont transformées en kystes séreux, ceux-ci sont composés de trois enveloppes, en y comprenant la membrane de la loge qui les contient. Ces kystes sont fermes, solides, d'un blanc qui rappelle celui de la sclérotique. Leur accroissement se fait lentement. Tant qu'ils n'ont pas atteint le volume d'une noix, leurs parois semblent s'épaissir en raison directe du développement de la vésicule. Mais lorsque la tumeur est parvenue au volume d'un petit œuf, elle épanouit le parenchyme de l'ovaire qui ne peut plus alors opposer de résistance à la dilatation progressive, et les parois s'amincissent (Négrier, *loc. cit.*). Sur un kyste du volume d'un œuf de poule, qui s'était abcédé, il fut très-facile de séparer les enveloppes propres de l'ovaire; elles étaient évidemment au nombre de trois.

Enfin, on rencontre aussi parfois de petites tumeurs d'une consistance extraordinaire et d'un aspect sin-

gulier. C'est un très-petit kyste corné, ridé, plissé, chiffonné, et qu'on peut aussi détacher en entier avec assez de facilité. La pièce que j'ai recueillie, dit Delpech, est curieuse en ce qu'elle conserve aujourd'hui la disposition dans laquelle elle a été trouvée. Ouverte sur un côté, et ses deux moitiés ou parois ayant été écartées, elle est demeurée en cet état, où elle montre de part et d'autre des plis qui se rapportent mutuellement dans les points opposés. Si ces plis étaient effacés, la cavité extérieure serait capable de contenir une olive, et cependant, dans l'état où elle est, sa masse totale égale le volume d'un noyau de cerise. La cavité qui, à proprement parler, n'existait pas, ne contenait aucune matière; *l'organisation n'était pas sans doute assez avancée pour donner lieu à une sécrétion.*

Cette dernière proposition de Delpech me semble très-contestable. Je serais bien plutôt disposé à admettre avec M. Négrier d'Angers, que ces petits kystes blancs, froncés et de consistance cartilagineuse et comme cornée, étaient les restes d'anciens kystes dont le liquide a été résorbé, et dont les parois sont, petit à petit, revenues sur elles-mêmes. Ce qui le prouve, c'est qu'on ne trouve guère ces petites tumeurs que chez les vieilles femmes. Elles sont vraisemblablement une des sources de ces noyaux durs et d'un blanc nacré qu'on observe parfois dans les ovaires chez les femmes très-avancées en âge.

Au point de vue de la forme primitive et du siège originel des kystes séreux de l'ovaire, on peut donc en admettre deux variétés assez distinctes : 1° kystes

séreux extra-ovariens, ou développés seulement à la surface extérieure de l'ovaire; 2° kystes séreux intra-ovariens, ou développés à l'intérieur de la capsule fibreuse de l'organe. Ces derniers résultent bien probablement d'un développement morbide des vésicules de Graaf. Quant à ces kystes cornés, signalés par Delpech et M. Négrier, ils ne sont probablement autre chose qu'une dégénération d'un kyste séreux primitif, et ne peuvent être considérés comme une variété particulière. Cette théorie, adoptée par presque tous les auteurs modernes, est facilement applicable à tous les kystes uniloculaires, mais on a fait valoir contre elle les cas des kystes multiloculaires, dans lesquels, dit-on, le nombre des kystes surpasse de beaucoup celui des vésicules existant naturellement dans un ovaire sain. En supposant, en effet, ce qu'on a admis longtemps, que l'ovaire ne contient qu'une vingtaine de ces vésicules, il serait impossible de comprendre comment elles pourront fournir au développement d'une quantité beaucoup plus grande de locules. Mais grâce aux travaux des physiologistes modernes, tout le monde sait qu'indépendamment des vésicules visibles en un moment donné, il en est une foule d'autres qui sont encore très-petites et perdues dans l'intérieur même de l'organe. Chacune d'elles doit peu à peu se développer et arriver pour ainsi dire à maturité à chaque époque menstruelle. Il est dès lors facile de comprendre que la même cause qui produit le développement excessif et morbide d'une de ces vésicules peut tout aussi bien devenir pour toutes les autres une cause d'excitation qui hâte

leur croissance et les rendre propres à participer à l'affection qui parfois n'en atteint qu'une seule.

Il est peu de faits dans la science qui établissent la transition entre le début des hydropisies enkystées et leur entier développement. Nous en avons cependant rencontré quelques-uns, que nous citerons avec d'autant plus de plaisir qu'ils forceront, j'espère, les plus incrédules à accepter comme prouvée l'origine que nous avons assignée à ces tumeurs.

Observation. — Une femme, dit Bright, entra à la salle de la clinique pour une ascite avec anasarque. Accouchée trois mois auparavant, elle avait été prise d'œdème au bout d'une quinzaine de jours : depuis elle avait souffert de palpitations, et elle avait un prolapsus utérin. L'urine n'était pas coagulable. Après trois semaines de séjour à l'hôpital, elle eut subitement une attaque d'hémiplégie, avec paralysie de la langue. Six semaines après l'ascite avait presque disparu, mais l'hémiplégie persistait, quand un matin elle fut trouvée sans connaissance, insensible, les yeux fixes et tournés en haut, la respiration embarrassée et elle mourut en deux heures.

Autopsie. — Ramollissement complet du lobe antérieur de l'hémisphère gauche et du corps strié; couleur jaunâtre de la substance cendrée, la partie postérieure du corps strié offrait une petite tache jaune, indice d'un épanchement sanguin, antérieur de plusieurs semaines; un kyste à demi lobulé semblait naître de l'ovaire, et, recouvert par la tunique de cet organe, faisait corps avec lui; son volume égalait celui d'un petit œuf de poule. Des

vaisseaux partis de l'ovaire se répandaient à sa surface. Les parois avaient une épaisseur de deux à trois feuilles de papier. On s'aperçut en l'ouvrant que l'apparence lobaire extérieure ne répondait pas à des kystes séparés, mais résultait de bandes ou de plis qui formaient une ou deux cloisons imparfaites; quelques vaisseaux semblaient ramper à la surface interne; le liquide était clair, limpide, un peu mucilagineux: son analyse était presque entièrement semblable à celle de liquides recueillis dans des kystes de mauvais caractère. Voici cette analyse: eau, 940,40; albumine avec traces de matière grasse du sang et de phosphate de chaux, 47,75; albumine dissoute, à l'état d'albuminate de soude, 6,69; chlorure de sodium, 3,76; carbonate de soude, avec traces de sulfate, 1,70. Ce liquide était alcalin, sa pesanteur spécifique était 1018,2, l'eau étant 1000. Dans le même ovaire plusieurs vésicules de Graaf étaient épaissies et malades. Il en était de même du côté opposé (*Mémoire sur les tumeurs de l'ovaire*, par Bright).

Observation. — Chez une autre femme entrée à l'hôpital pour un cancer de la mamelle, le même auteur trouva les deux ovaires, le droit surtout, très-développés, indurés et leur surface irrégulière. Les trompes n'étaient point malades, l'ovaire droit avait trois pouces et demi dans son plus grand diamètre: sa surface était très-ridée, et présentait des saillies irrégulières; à la coupe, la substance paraissait très-altérée, et cette section avait divisé cinq ou six vésicules voisines de la superficie de l'organe

du volume d'une grosse noisette, remplie de liquide; c'étaient probablement des vésicules de Graaf: de plus, tout le tissu de l'ovaire n'était qu'une masse dure et cancéreuse. (Bright, Mémoire cité.)

Je ne peux m'empêcher de citer le fait suivant qui, sous ce double rapport de l'âge du sujet et de la forme particulière du kyste offre beaucoup d'intérêt.

Observation. — Le professeur Mayer, de Bonn, rapporte qu'une petite fille mourut, au milieu des convulsions, dix-sept jours après sa naissance; à l'examen de son cadavre, on trouva les poumons gorgés de sang et hépatisés vers leur base. Les ganglions mésentériques étaient extrêmement volumineux et durcis. L'utérus était sain. Les deux ovaires consistaient en un kyste rempli d'un liquide séreux. Ils avaient le volume d'un œuf de poule d'Inde. Chacun de ces kystes était divisé à l'intérieur en seize cellules. Le liquide qui le distendait contenait une grande quantité d'un dépôt épais. (*Journ. für chir. und Augenheilkunde.*)

Après avoir étudié les kystes séreux de l'ovaire à l'époque la plus rapprochée de leur apparition, nous devons les examiner, alors que beaucoup plus volumineux, ils constituent une maladie assez grave pour obliger les malades à réclamer les secours de l'art.

Leur poids est en général proportionnel à leur volume et peut par conséquent varier depuis un demi-kilogramme jusqu'à 10, 20, 30, 50 et même 400 kilogrammes. Le poids moyen varie entre 5 à 10 kilogrammes.

Arrivés à une certaine période de leur développement, les kystes de l'ovaire présentent une tumeur plus ou moins volumineuse, mais dont les dimensions peuvent être assez considérables pour remplir l'enceinte abdominale tout entière.

La configuration extérieure de ces tumeurs est loin d'être toujours la même; assez souvent elles ont la forme d'un ovoïde assez régulier, lisse et poli par toute sa surface et dont la plus petite extrémité, au moins quand elles sont très-développées, est en général inférieure, mais quelquefois offre des bosselures séparées par des dépressions assez profondes, inégales, qui annoncent une disposition toute particulière sur laquelle nous reviendrons.

Leur couleur est en général d'un blanc terne, quelquefois brunâtre.

Tantôt libre et facilement mobile au milieu de la cavité abdominale, le kyste souvent contracté des adhérences avec les organes voisins. Ces adhérences sont souvent très-intimes, et dans un cas cité par Delpech, il fallut faire une dissection très-pénible pour retrouver les viscères placés en arrière de la tumeur, et pour reconnaître quelques portions du péritoine que les adhérences n'avaient pas confondues. Elles sont ordinairement le résultat du contact longtemps prolongé des surfaces et de l'irritation causée par le poids de la tumeur. Mais quelquefois les moyens d'union semblent s'allonger, et la tumeur tient aux organes voisins par des prolongements fibreux d'une grande épaisseur. Quelle que soit leur nature, on comprend combien les adhéren-

ces peuvent être nuisibles au succès de l'opération par laquelle quelques chirurgiens ont osé tenter l'extirpation des ovaires malades.

La position de la tumeur n'est pas la même à toutes les époques de son développement. Dans le premier temps l'ovaire est à peine déplacé, mais quand il a acquis le volume d'une orange, par exemple, son poids l'entraîne quelquefois vers les parties les plus déclives, et il tombe dans l'excavation pelvienne. Un peu plus tard sa masse toujours croissante, l'oblige à s'élever au-dessus du détroit supérieur, et s'il continue à augmenter il peut s'élever jusque dans la région épigastrique.

Examinés à l'intérieur, les kystes hydropiques de l'ovaire offrent des différences capitales, et ces différences ont servi de base à la classification que quelques auteurs ont proposée.

Quelquefois, en effet, ils présentent une poche unique, lisse et polie à sa surface interne, de forme plus ou moins globuleuse. Lorsque par suite d'un développement excessif la tumeur s'est mise en contact immédiat avec les parois abdominales, on peut facilement confondre la maladie avec l'ascite. Le kyste est dit alors *uniloculaire*.

Dans d'autres circonstances, la cavité semble partagée en plusieurs loges, et on a nommé la tumeur *multiloculaire*.

On voit alors que de la face interne des parois du kyste naissent des cloisons fibreuses dirigées en sens divers et partageant ainsi la cavité principale en une sorte de loge secondaire dont la forme et la nature

varient beaucoup. Ces loges sont parfois complètes et isolent entièrement les matières qu'elles renferment de celles qui sont contenues dans les loges voisines; d'autres fois les cloisons qui les constituent sont incomplètes et permettent une communication facile entre ces diverses cavités. En général le point d'où partent ces cloisons, est marqué par une dépression plus ou moins profonde à la surface extérieure de la tumeur.

Enfin, il peut exister plusieurs kystes à la fois, et la tumeur est dite alors *multiple*. Le nombre de ces kystes est très variable : tantôt il n'en existe que deux ou trois; tantôt dix-huit à vingt, ainsi que Dubreuil l'a constaté. Quand il en existe un certain nombre, ils n'acquièrent pas tous le même développement; MM. Andral et Dubreuil croient avoir remarqué que les plus antérieurs sont ordinairement ceux qui se développent le plus. Cela tiendrait-il à ce que ceux qui sont placés en arrière rencontrent une résistance à leur extension dans la solidité du plan postérieur du ventre, tandis que la souplesse des parois antérieures gênerait moins le développement des plus antérieures? Ces kystes sont adhérents et constituent parfois une même tumeur; mais ils peuvent aussi être unis à la masse commune par une espèce de pédicule.

Chacun d'eux peut être uniloculaire ou multiloculaire, et dans ces derniers cas les différentes loges qui le constituent peuvent contenir aussi des produits très-différents.

Ces kystes sont habituellement unis par des adhé-

rences assez intimes, et on comprend que, lorsqu'on veut pratiquer l'extirpation d'un kyste qu'on croit unique, et qu'on a vidé à travers une incision peu étendue des parois abdominales, ces kystes surnuméraires qui, bien que peu développés, peuvent cependant avoir le volume du poing ou d'une grosse orange, ne puissent passer à travers l'ouverture pratiquée aux parois du ventre, et s'opposent ainsi à la terminaison de l'opération. C'est ce qui est arrivé à M. le professeur Récamier dans un cas que je ferai connaître plus tard.

A côté des kystes multiloculaires que nous venons de décrire, il faut placer une autre espèce rencontrée rarement jusqu'à ce jour, dont M. Cruveilhier a figuré un exemple dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique, et qu'il désigne sous le nom de kyste aréolaire. M. Barth a tout récemment observé un fait semblable provenant d'une femme morte à l'Hôtel-Dieu. Voici l'examen de la pièce anatomique qu'il a eu la bonté de me communiquer.

Le 13 mai 1844, on me remet la pièce suivante, venant d'une femme, morte dans le service de M. Guéneau de Mussy. C'est une énorme tumeur, de forme irrégulièrement globuleuse, un peu aplatie dans un sens, ayant 30 à 35 centimètres dans son plus grand diamètre, et environ de 20 à 30 dans son diamètre le plus petit.

Sa surface présente un grand nombre de saillies, de mamelons, de bosselures qui forment relief sur l'ensemble de la tumeur, de sorte que celle-ci semble formée par la réunion d'une multitude de tumeurs

de différentes grandeurs, depuis le volume d'une tête de fœtus à terme jusqu'à celui d'une noisette.

Ces diverses tumeurs sont différemment colorées, et ces diverses colorations semblent provenir du contenu de ces tumeurs visible à travers une membrane d'enveloppe. Toutes ces tumeurs sont mollasses, légèrement élastiques, et la consistance est un peu plus ferme au point de jonction entre elles. En incisant la masse on voit qu'elle est formée par une infinité de kystes, de volumes très-variables, pouvant contenir, les unes, une grosse orange, d'autres, une pomme, une noix, une cerise seulement. Elles contiennent toutes une matière gélatineuse, ayant la consistance de la gelée, diversement colorée, blanchâtre dans quelques cavités; d'un blanc jaunâtre dans d'autres; tirant sur le brun dans quelques autres, matière que l'on peut réduire en pulpe par la pression (comme de la gelée de pomme). Les cavités sont généralement globuleuses, quelques-unes sont fermées de toutes parts, et la plupart communiquent par un ou plusieurs points de leur circonférence avec d'autres cavités voisines par des ouvertures dont les bords sont lisses, mais dont le diamètre est généralement plus étroit que celui des kystes. Les cavités sont ainsi séparées les unes des autres par des cloisons, tantôt complètes, plus souvent percées d'ouvertures de communication; et les cloisons résultent de l'adossement des membranes propres des kystes juxtaposés. Elles sont généralement peu épaisses, et ont une certaine fermeté, sans offrir cependant la résistance fibreuse que l'on

rencontre souvent dans les parois des kystes multiloculaires habituels.

Cette masse ressemblait un peu à certaines formes de cancers gélatineux dans lesquels la matière colloïde est logée dans des vacuoles un peu grandes. Mais ici, les aréoles étaient infiniment plus grandes; la matière contenue était une matière gélatineuse, demi-transparente; cette matière, vue au microscope, n'a présenté aucun des caractères de la matière cancéreuse; c'était une matière amorphe.

Comme on le voit par les détails dans lesquels nous venons d'entrer, la masse totale est, dans cette espèce, formée par l'agglomération d'un grand nombre de kystes, de grandeur très-variable, formant des bosselures en relief sur la tumeur, contenant une matière gélatineuse demi-transparente, diversement colorée, blanchâtre dans les unes, jaunâtre ou brunâtre dans les autres.

Les cavités de ces kystes sont tantôt séparées des cavités voisines par des cloisons complètes, tantôt elles communiquent les unes avec les autres par une ou plusieurs ouvertures.

Enfin M. Cruveilhier a encore décrit une variété de kyste aréolaire bien différente de la première. Voici ce qu'en dit ce professeur : De la surface interne du kyste naissaient plusieurs tumeurs sphéroïdales, inégales en volume. La plus petite avait celui d'une aveline, la plus grosse celui d'une grosse pomme de reinette : elles adhéraient par un gros pédicule; leur surface lisse, demi-transparente, permettait de dé-

terminer préalablement à toute incision, la disposition aréolaire ou cellulaire de leur tissu.

La coupe de ces tumeurs a montré qu'elles étaient constituées par des cellules de capacité variable qui n'avaient aucune communication les unes avec les autres : quand on ouvrait une de ces cellules, on voyait les cellules voisines faire saillie dans la cellule ouverte de manière à lui donner une forme cuboïde (Cruveilhier).

Les parois de ces cellules étaient très-résistantes, ici transparentes, là opaques; leur structure était fibreuse. Le liquide contenu était transparent et albumineux pour un grand nombre de cellules; trouble et purulent pour les autres, d'où il résultait que ces tumeurs n'avaient pas été étrangères à l'infiltration des parois du kyste. Celles-ci contenaient dans leur épaisseur un gâteau aréolaire ayant la forme, l'aspect et le volume du placenta. Ce gâteau aréolaire avait la même structure que les tumeurs.

M. Barth m'a également communiqué un kyste remarquable qu'il a examiné l'an dernier, et dont les parois étaient épaissies par le dépôt entre les membranes dont elles se composent, d'une substance semblable à la matière colloïde, et qui formait aussi des tumeurs un peu pédiculées, saillantes dans la cavité du kyste. Voici la description de la pièce anatomique, dont je regrette beaucoup de ne pas pouvoir donner le dessin.

C'est un kyste de l'ovaire, gros comme la tête d'un homme : il présente une cavité assez grande, et cependant petite comparativement aux dimensions

de la tumeur : cela provient de la disposition suivante : les parois de ce kyste ont une épaisseur beaucoup plus grande qu'à l'ordinaire, elles sont formées de deux tuniques, l'une extérieure fibreuse, ferme, de deux à trois lignes d'épaisseur, et l'autre interne, mince, d'apparence séreuse. Ces deux feuillets au lieu d'être accolés et adhérents par toute leur surface, sont séparés l'un de l'autre d'intervalle en intervalle. Les cavités accidentelles qui résultent de cet écartement forment des tumeurs rondes, de la grosseur d'une grosse noix à celle d'une noisette, offrant un renflement globuleux qui fait saillie dans la cavité du kyste, et un pédicule plus étroit qui les attache aux parois.

En incisant ces tumeurs, on voit qu'elles sont séparées en plusieurs loges, dont les parois sont constituées par des cloisons cellulaires très-fines, et dont on exprime, par une pression un peu forte, une matière blanchâtre, pulpeuse, ayant la consistance d'un sirop épais et beaucoup d'analogie avec la matière colloïde.

Il ne faut pas confondre les kystes multiples avec les kystes hydatifères qui se distinguent par la présence de ces vers vésiculaires, ainsi que cela a été plusieurs fois constaté sur le cadavre.

M. Becquerel m'a affirmé que, dans un cas dont l'observation est dans les cartons du professeur Andral, mais qu'il n'a pu retrouver, il avait constaté dans des hydatides extraites d'un ovaire hydro-pique, la présence des échinocoques.

Le kyste simple est toujours fibreux, quelquefois

comme musculaire et réticulé. D'après M. Hirtz (Thèse de Strasbourg, 1841), le kyste croît en épaisseur, dans la proportion du volume.

Son épaisseur est, comme nous l'avons dit, très-variable; bien rarement elle est assez mince pour offrir une demi-transparence. La poche est le plus souvent épaisse d'un ou de plusieurs millimètres, quelquefois, elle présente un, deux ou trois centimètres d'épaisseur : cette épaisseur du reste n'est pas égale partout.

Les parois du kyste intra-ovarien sont composées de plusieurs tuniques superposées; ce sont, en procédant de dehors en dedans : 1° une séreuse; 2° une fibreuse; 3° une musculuse, et 4° une interne, adventive et de nature particulière. M. le professeur Dubreuil, de Montpellier, les a très-bien décrites, et je lui emprunte les détails qui suivent.

La séreuse revêt le kyste dans la plus grande partie de son étendue; mais elle a perdu cette couleur blanche, cet aspect lisse et luisant qui sont ses caractères naturels. Elle est brunâtre, son épaisseur est augmentée; on l'isole très-facilement du tissu cellulaire sous-jacent, qui est lâche et infiltré. Partout hypertrophiée, la fibreuse offre une coloration plus ardoisée. Sous celle-ci est une véritable membrane musculuse plus marquée en devant et en bas que dans les autres régions; elle constitue une sorte de peaucier, panicule charnu d'une certaine densité, à direction perpendiculaire; les fibres semblent naître de la partie la plus élevée de la tumeur, et les faisceaux charnus sont isolés par un tissu cellu-

laire dont la blancheur contraste avec leur couleur rouge ; celle-ci se conserve même après une immersion de plusieurs jours dans l'eau pure ou l'alcool. Cette couche musculaire, si apparente dans les états pathologiques que nous étudions, est suivant l'auteur, l'hypertrophie d'une enveloppe charnue peu apparente dans les conditions ordinaires. Enfin, la tunique la plus interne est moins une membrane qu'on puisse appeler muqueuse qu'une espèce de pseudo-membrane tomenteuse ayant quelque analogie avec la caduque ; aussi la face interne du kyste qui, quelquefois lisse et polie, ressemble assez bien à la séreuse du péricarde, offre-t-elle, dans d'autres circonstances, une substance grisâtre fongueuse, mamelonnée et comme tomenteuse.

Du reste, bien que je n'aie pas été à même de le vérifier, je suis porté à penser que cette structure n'est pas la même dans toutes ces tumeurs, et que la tunique musculaire, si toutefois elle existe, ne doit se rencontrer que dans les kystes primitivement développés dans l'intérieur même de l'ovaire. Quant à ceux qui, dès leur origine, étaient situés sous le péritoine et seulement à la surface extérieure de l'organe, je crois qu'elle doit manquer au moins dans la plus grande partie de leur étendue.

Dans les parois du kyste, mais le plus souvent accolés à la face externe, se trouvent des vaisseaux artériels et veineux notablement dilatés ; ils étaient si considérables dans un cas rapporté par Lizars qu'après l'incision des parois abdominales et du pé-

ritoine, on aurait pu, dit-il, en les touchant les prendre pour une anse d'intestin grêle.

M. Dubreuil, qui a décrit avec le plus grand soin la disposition des artères et des veines, fait remarquer que celles-ci ont surtout un volume considérable : placées à la superficie du kyste, dit-il, elles sont aplaties plutôt que cylindriques, rappelant par leur organisation celle des sinus de la dure-mère. Ainsi qu'au crâne, l'enveloppe extérieure est fibreuse. On peut dire que le système veineux de l'ovaire hydropique forme deux plans : l'un superficiel, l'autre profond, accompagnant les artères. Les veines sont dépourvues de valvules (Dubreuil).

Pour donner une idée du développement qu'acquière les vaisseaux dans l'hydropisie de l'ovaire, Dubreuil a fait le tableau suivant de la mensuration de ces vaisseaux.

Artère rampant à la surface externe des parois d'un kyste ovarique.

Diamètre total..... une ligne et demie.

Épaisseur des parois.... un quart de ligne.

du vaisseau.... une ligne.

Veine satellite.

Diamètre total..... deux lignes.

Épaisseur des parois.... un huitième de ligne.

du vaisseau.... une ligne trois quarts.

Veine isolée rampant à la surface externe du kyste.

Diamètre total..... quatre lignes.

Épaisseur des parois.... un quart de ligne.

du vaisseau.... trois lignes et demie.

Enfin une remarque intéressante due au même anatomiste, et qui est toutefois susceptible d'exceptions, c'est que les vaisseaux lui ont semblé assez généralement moins nombreux là où les parois du kyste présentent moins d'épaisseur.

Ce sont ces vaisseaux artériels plus ou moins nombreux dont Delpech redoutait tant les lésions, même dans la simple ponction qu'il pratiquait pour évacuer le liquide du kyste; ce sont eux encore qui ont parfois singulièrement gêné les opérateurs dans les tentatives d'extirpation de l'ovaire. (Tavignot, *Expérience*. 1840, p. 54.)

Ces vaisseaux nombreux et véritablement hypertrophiés ont été observés par Dehaën.

M. Cruveilhier adopte l'opinion de Dubreuil, et considère la plupart de ces vaisseaux comme des veines; Delpech, au contraire, regardait les plus volumineux comme des artères; il dit les avoir disséqués avec soin.

La matière contenue dans les kystes offre de grandes variations, suivant la quantité et la nature du liquide. Ces tumeurs peuvent contenir depuis quelques onces de liquide jusqu'à cent livres et plus. Quant à la qualité, tantôt c'est une eau limpide et ténue ressemblant à de la sérosité; tantôt elle est sanguinolente ou brunâtre de manière à ressembler, soit à du chocolat, soit à du marc de café. Cette coloration est due à la décomposition du sang qui s'y est mélangé. M. Julia Fontenelle a publié, dans les *Archives générales de médecine*, l'analyse qu'il a faite d'un liquide tiré d'un ovaire hydropique, et

qui avait l'aspect d'une liqueur bourbeuse et de la couleur du café moulu. En voici le résultat :

J'en recueillis, dit-il, huit litres un quart. Par la quantité de ce liquide, on pourra juger de la dimension de l'ovaire. Je portai ce produit dans mon laboratoire et je le filtrai à travers une toile épaisse et mouillée. La liqueur que j'obtins était d'un jaune doré, d'une odeur fade, d'une saveur douceâtre, moussant beaucoup par l'agitation et verdissant le sirop de violette; l'alcool et l'acide sulfurique y produisaient un précipité floconneux. Exposée à l'action du calorique, il se forma un coagulum très-abondant que je séparai par le filtre, et que je trouvai égalant en poids les $\frac{2}{300}$ de la liqueur qui était alors très-claire et sans action sur le sirop de violette, quoique verdissant faiblement le papier teint par la teinture des dalhias. Evaporée jusqu'à légère consistance sirupeuse, elle se prit, par le refroidissement, en une masse transparente et tremblante, pesant 40 grammes 6 décigrammes, ayant une saveur salée, insoluble dans l'alcool et l'éther, très-peu soluble dans l'eau froide et soluble en toutes proportions dans l'eau bouillante. Cette solution donnait par le tannin un précipité abondant, d'un blanc grisâtre, élastique, collant, etc., caractères qui indiquent d'une manière évidente la présence de la gélatine. Cette gélatine, dissoute dans trois cents parties d'eau bouillante, fut précipitée par le tannin, et la liqueur filtrée fut évaporée à siccité. Le résidu pesa 54 décigrammes; il avait une saveur très-salée; je le traitai, à plusieurs reprises, par l'al-

cool à 38 degrés ; la partie insoluble, dans ce menstrue, était réduite à 35 décigrammes. Cette solution alcoolique, évaporée à siccité, fut redissoute dans l'eau distillée ; par l'eau de chaux, elle se troublait légèrement ; évaporée en consistance convenable, elle donna des cristaux cubiques très-salés, décrépitant au feu, en un mot, d'hydrochlorate de soude qui contenait des traces de phosphate de cet alcali, comme l'avait indiqué l'eau de chaux. Ce que n'avait point attaqué l'alcool, traité de la même manière, produisit des cristaux rhomboïdaux légèrement salés, très-efflorescents, que je reconnus, à ces diverses propriétés, être du phosphate de soude. D'après cette analyse, les 8 litres 25 centilitres de la liqueur café moulu, trouvée dans cet ovaire, étaient composés : d'albumine, 97 grammes ; gélatine en gelée, 33,8 ; phosphate de soude, 3,5 ; hydrochlorate de soude, 4,9.

Dans d'autres circonstances, le liquide est glutineux, presque pultacé. Il peut être filant comme de l'albumine. Il est à peine besoin de faire remarquer qu'alors la matière contenue dans le kyste ne peut être évacuée par une simple ponction.

Dans les hydropisies multiloculaires, le liquide peut être de nature et de couleur diverses dans chaque cellule. Dans un cas, les cellules de la tumeur contenaient les unes une masse grasseuse, les autres du liquide, quelques-unes une substance granuleuse, et quelques autres une matière complètement solide. (*Mémoire de Bright.*)

Le liquide est quelquefois mélangé à une assez grande quantité de pus.

Enfin on y a quelquefois rencontré des pierres. Le fait suivant me paraît assez curieux pour être analysé.

Une femme arrivée au terme de sa grossesse, après avoir éprouvé plusieurs pertes et bien des douleurs, mourut tout à coup. Denis, chirurgien du roi de Pologne, fut immédiatement appelé. Après avoir fait l'opération césarienne, je vis, dit-il, au côté gauche un globe ressemblant assez à une seconde matrice, et que je considérai comme une hydropisie enkystée de l'ovaire. J'y donnai un coup de scalpel qui en fit sortir beaucoup d'eau; y ayant introduit ma main, je trouvai une quantité de cellules béantes. Je l'introduisis à différentes reprises dans chacune de ces cellules, et je la retirai chaque fois remplie de pierres toutes triangulaires, lisses et polies, de couleur café au lait. Rien ne faisait connaître jusqu'ici la cause de la perte. Ayant continué ces recherches aux environs de la tumeur, du ligament large et de la trompe, je découvris une pierre adhérente à ce ligament du volume d'une grosse noix, hérissée de pointes si multipliées et si aiguës qu'elles s'attachaient aux doigts : je ne puis mieux la comparer qu'à un porc-épic. Une de ces pointes se trouvait adossée à la trompe qu'elle irritait par les différents mouvements de la matrice. *Ce frottement avait occasionné la rupture de quelques vaisseaux sanguins; le sang s'échappait dans la trompe et fluait à l'aide de ce conduit dans l'utérus et le vagin.* (*Dictionnaire des sciences médicales.*)

Qu'on pardonne cette explication à l'auteur en

faveur de l'observation curieuse qu'il a fait connaître.

On peut rencontrer dans ces kystes de la substance blanche et dure comme du plâtre ou de la craie. On y a trouvé quelquefois une matière plus ou moins fluide ayant la consistance du suif ou de la graisse; d'autres fois c'est une substance ayant la consistance et la couleur d'un jaune d'œuf. Suivant certains auteurs, la décomposition putride du liquide peut donner naissance à des gaz, dont l'issue par la canule du trois quarts, lorsqu'on pratique la ponction, peut ainsi faire supposer, dans quelques cas, une communication de la tumeur avec l'intestin.

Cette communication a été observée.

L'ovaire est tantôt appliqué sur l'un des points de la paroi du kyste, où on le retrouve plus ou moins dénaturé dans sa texture. Dans d'autres circonstances, il n'en reste plus trace, et alors l'organe est comme converti en une poche unique.

Il est assez rare que la maladie affecte simultanément les deux ovaires. Cependant on en trouve quelques exemples (OSIANDER, *Neue denkwürdigkeiten*, vol. II, 4799); JOERDENS, *Journal d'Hufeland*, vol. II.

Lorsque la maladie siège sur l'un des ovaires, l'autre peut être sain ou malade à un degré variable. Je n'ai point à m'étendre longuement ici sur les altérations concomitantes, qui peuvent se rencontrer comme conséquence ou comme complications de l'hydropisie enkystée de l'ovaire. Qu'il me suffise d'avoir dit en peu de mots ce qui est relatif

au kyste lui-même et au liquide qu'il contient. Je ne peux m'empêcher de signaler cependant une des complications qui ont le plus fixé l'attention de quelques auteurs et de Delpech en particulier.

Le cancer ne siège pas toujours sur l'ovaire hydropique; assez souvent, quand celui-ci n'en offre pas de traces, on le rencontre sur l'ovaire opposé; les journaux de médecine en contiennent plusieurs exemples.

C'est du reste un fait assez remarquable qu'assez souvent l'ovaire non hydropique offre des altérations assez graves. Il était stéatomateux dans un cas rapporté par Adelman (*Journal de Siebold*, vol. IV, cah. 1). Dans un autre, dû à Helman, l'ovaire droit était gros comme le poing, et converti en une masse squirrheuse, enveloppée d'une membrane très-résistante (*Journal de Siebold*). Andrée trouva l'ovaire gauche gros comme une orange, et contenant un kyste pileux.

La tumeur recouverte du péritoine offre une mobilité proportionnée à son volume, à sa forme et aux dimensions de la portion adhérente aux parties circonvoisines. Elle peut, dans certains cas, n'avoir contracté aucune adhérence, bien que l'inflammation ait produit du pus à l'intérieur. Dans d'autres cas, le sac adhère à l'utérus, qui se trouve ainsi perdu dans ses parois. On rencontre parfois la trompe, considérablement allongée et agrandie, embrassant presque toute la longueur du kyste. Les adhérences peuvent être générales avec les parois de l'abdomen, et les viscères contenus dans la cavité abdominale.

Le ligament ovarien est quelquefois aussi considérablement développé; il avait 6 centimètres de longueur et 1 centimètre de largeur à sa partie moyenne, dans un cas recueilli par M. E. Cloquet (Bull. soc. anat. 1841, p. 111).

Lorsque la tumeur est très-volumineuse, elle occupe presque la totalité de la cavité abdominale. Le plus ordinairement alors elle a déplacé les organes voisins, et souvent même, aplatis par la tumeur, le foie et l'estomac sont refoulés derrière le diaphragme. L'utérus, qui, nous venons de le dire, est quelquefois attaché à la tumeur par des adhérences indestructibles, est surtout déplacé. Voici, suivant Delpech, ce qui arrive relativement à cet organe.

D'abord, dans les premiers temps, le poids du kyste déprime la matrice, l'entraîne avec lui dans l'excavation, et produit dans son axe une inclinaison en vertu de laquelle l'orifice est tourné vers le côté opposé du bassin. Plus tard, au contraire, le volume de la tumeur étant supérieur à la capacité du bassin, celle-ci se porte en haut, entraîne la matrice et l'incline de manière que son orifice est tourné vers le côté de l'ovaire malade. Mais il ne faut pas croire que les choses se passent toujours ainsi, et en conclure que, en ponctionnant du même côté où la maladie a commencé, on évite sûrement la lésion de l'utérus. Son déplacement offre en effet des anomalies, par suite desquelles il est porté sur un point opposé à celui où régulièrement il devait être (Delpech, Chirurgie clinique).

Il est évident que la matrice ne peut être dépla-

cée à ce point, sans que les parois vaginales soient fortement tiraillées dans un sens ou dans un autre ; et lorsque l'utérus est porté fortement au-dessus de sa position normale, le vagin est considérablement distendu dans le sens de sa longueur.

L'action compressive de la tumeur n'est pas toujours bornée aux viscères abdominaux. Naumann a vu un kyste hydatique partant de l'ovaire droit et croisant obliquement l'abdomen ; il avait refoulé le diaphragme, déplacé non-seulement tous les viscères de l'abdomen, mais encore le poumon gauche et le cœur, qui étaient refoulés dans le côté droit de la poitrine.

Par suite des progrès de la maladie, les parois du kyste peuvent subir des altérations nombreuses. Ainsi, on y rencontre souvent des masses graisseuses, athéromateuses, squirrheuses et encéphaloïdes. On y voit assez souvent des dépôts considérables de matière calcaire, des points d'ossifications plus ou moins nombreux, et même de larges plaques ossifiées.

L'excessive distension des parois peut, sous l'influence d'une violence extérieure, ou d'une contraction brusque des muscles abdominaux, en produire la rupture ; nous verrons plus tard que c'est une des terminaisons de la maladie.

Enfin, dans certains cas, un des points de la tumeur s'enflamme ; et l'inflammation s'étendant à un organe voisin, le liquide peut s'écouler en grande partie par la nouvelle voie qui lui est ouverte.

ARTICLE DEUXIÈME.

Étiologie.

Ce que nous avons dit sur l'origine et le mode de développement primitif des kystes de l'ovaire, nous dispense d'y revenir ici avec détails. (Voyez *Anat. path.*) Nous les considérons comme étant le plus souvent le résultat d'un développement anormal d'une des vésicules de Graaf, et peut-être aussi quelquefois de l'accroissement morbide de l'ovule non fécondé. Certes, il n'est pas impossible que dans l'ovaire, de même que dans tout autre organe, il se développe accidentellement un kyste complètement étranger aux vésicules, et par un mécanisme tout autre que celui que nous venons d'indiquer; on conçoit, par exemple, que certains épanchements sanguins, et ceux-ci ne sont pas très-rares dans l'ovaire, puissent constituer un noyau autour duquel se développera une membrane accidentelle qui, exhalant un liquide, constituera plus tard un véritable kyste. Mais rien dans l'état de nos connaissances anatomo-pathologiques ne nous autorise à présenter le fait autrement que comme une hypothèse rendue très-probable par ce qui se passe dans les autres organes.

Nous n'ignorons pas que Delpech professait, sur l'origine de ces tumeurs, une opinion opposée à celle qui nous paraît la plus probable: il les considérait comme le produit d'une organisation particulière et accidentelle. Pour lui, une dégénération primitive, le plus souvent cancéreuse du tissu de l'ovaire, était

la base et le point de départ du kyste , et l'observation , dit-il , n'a pas encore suffisamment démontré , si dans les conditions les plus favorables , ces kystes séreux , ou toute autre espèce , peuvent être formés seuls et sans autre altération concomitante de l'ovaire. Qu'il puisse exister des kystes dans les cancers de l'ovaire , comme dans ceux de la mamelle , c'est sans doute possible ; mais ce que l'observation n'avait pas démontré à Delpech , et ce qu'il n'avait pas voulu croire d'après l'observation des autres , est aujourd'hui un fait plus que suffisamment démontré. Dans les cas mêmes où des kystes plus ou moins nombreux existent à la surface ou au centre des tumeurs cancéreuses de l'ovaire , pourrait-on dire avec certitude que ces tumeurs liquides sont toujours le produit d'une organisation particulière et accidentelle ? Et ne serait-il pas possible d'admettre qu'encore ici les kystes ne sont qu'un développement anormal des cavités vésiculaires primitivement existantes ?

Sous l'influence de quelles causes ce développement extraordinaire a-t-il lieu ? Il faut l'avouer , l'étiologie de cette affection est des plus obscures , et nous n'aurons guère à proposer , d'après les auteurs qui l'ont étudié , que des hypothèses plus ou moins ingénieuses.

Si nous consultons les observations publiées , nous voyons , en effet , que les circonstances invoquées comme causes déterminantes , sont assez nombreuses : une chute sur la région inguinale , un coup porté sur le même point , une pierre qui , violemment lancée , est venue frapper la paroi abdominale , ont été quel-

quefois considérés comme points de départ de la maladie. Certes, de pareilles lésions mécaniques, bien que signalées dans un assez grand nombre d'observations, ne sauraient expliquer que rarement, et seulement par l'inflammation que parfois elles déterminent dans les tissus qui avoisinent l'organe, le développement des tumeurs dont nous parlons; car, ainsi qu'on l'a fait remarquer, la situation profonde de l'ovaire paraît devoir le mettre à l'abri des violences extérieures. Nous n'en dirons pas de même des pressions directes que l'utérus développé par un produit de conception peut exercer sur les ovaires, soit pendant la grossesse, soit pendant les efforts expulseurs du travail. Il est évident, en effet, qu'il y a là une action directe dont il est à peu près impossible de nier l'influence. Aussi, c'est souvent après un accouchement pénible, une application difficile du forceps que les femmes ont été affectées d'hydropisie enkystée. Dans un grand nombre de cas les avortements et surtout les inflammations consécutives ont été considérées comme la cause de ces hydropisies. La pression exercée sur le ventre par les vêtements trop étroits et surtout par un corset quand il a beaucoup de dureté et de raideur (Morgagni), a été considérée par la gêne qu'il apportait à la circulation du bas-ventre, comme pouvant devenir une cause active. On a signalé encore l'influence des affections morales vives : mais quelle est la maladie dans laquelle on n'a pas invoqué leur influence !

C'est avant tout, dans la structure même des ovaires, et dans les fonctions auxquelles ces organes sont

destinés qu'il faut chercher la cause de la grande fréquence de cette maladie. Il existe, en effet, ainsi que nous l'avons dit plus haut, des vésicules toutes formées, et dont le développement morbide n'est que l'exagération du développement normal. Qui ne voit dans la congestion sanguine dont ces organes sont le siège à chaque époque menstruelle, dans l'hypertrophie si considérable que subissent alors les vésicules, autant de circonstances prédisposantes qui, sous l'influence d'un trouble quelconque, peuvent, dépassant les bornes de l'état physiologique, devenir causes déterminantes d'un état morbide?

Aussi, parmi les circonstances qui nous paraissent pouvoir avoir de l'action dans la production de cette maladie, nous devons indiquer toutes celles qui peuvent déterminer une irritation et produire une inflammation dans l'organe, ou troubler l'exercice des fonctions auxquelles il est destiné, soit en s'opposant à leur accomplissement régulier, soit en leur donnant une activité anormale.

Dans la première catégorie, nous ferons rentrer les pressions directes dont nous venons de parler, les inflammations péritonéales qui se manifestent si souvent à la suite des avortements et des accouchements à terme.

A la seconde, nous rattacherons un refroidissement subit à l'époque des règles, l'abstinence du coït chez les personnes qui le désirent ardemment; les excitations répétées des organes génitaux, soit par le coït trop souvent répété, soit par l'abus de la masturbation. Bertold pense, en effet, que la

cause principale de l'hydropisie enkystée se trouve dans une surexcitation du système ganglionnaire abdominal ou une vive irritation des organes génitaux sans grossesse; et madame Boivin et Dugès disent également : nous avons tout lieu de croire que l'excitation abusive des organes génitaux expliquerait fréquemment l'origine des kystes ovariens, si les femmes faisaient plus volontiers des aveux de ce genre.

Considérée sous ce point de vue, la maladie qui nous occupe ne serait, ainsi que le fait remarquer l'auteur d'une observation rapportée dans le mémoire de Bluff, qu'une fécondation incomplète, sous l'influence d'excitations vénériennes accompagnées ou non de coït. Si nous avons rejeté cette opinion, quand à son aide, on voulait expliquer la présence de poils et de dents, nous avouons être disposé à l'admettre quant à l'origine des kystes séreux de l'ovaire.

Enfin, si nous remarquons qu'un grand nombre de ces affections ont assez souvent débuté vers l'âge de quarante-cinq à cinquante ans, ne devons-nous pas considérer les modifications que subissent tous les organes génitaux à l'âge critique, comme une cause au moins prédisposante?

Douglas (*Philos. trans.*, vol. I, p. 229) ayant trouvé dans un cas une oblitération de la veine ovarique, considéra cette affection comme la cause de l'hydropisie. Mais n'a-t-il pas ici pris l'effet pour la cause?

La stérilité a été encore considérée comme une

circonstance prédisposante, et Naumann pense que cette maladie est rare chez les personnes qui ont eu beaucoup d'enfants. Ces assertions sont évidemment erronées, et les considérations étiologiques que nous venons de présenter font déjà pressentir leur peu de fondement. Mais voici des chiffres qui démontrent leur fausseté. Sur les observations assez nombreuses rassemblées par Bluff (38), on ne trouve que six malades qui n'aient pas eu d'enfants, trois qui n'ont eu qu'un enfant et douze qui en ont eu plusieurs. On ne saurait affirmer non plus comme l'a fait Sprengel, que cette affection est plus fréquente chez les religieuses et chez les femmes non mariées.

Aucun âge ne paraît mettre à l'abri de cette maladie, et madame Boivin et Dugès ont eu tort de croire que l'enfance et la vieillesse en étaient exemptes. Suivant eux on ne la rencontrerait que sur les personnes nubiles dont les organes génitaux auraient acquis tout leur développement, et jouiraient de toute leur intégrité. Il est bien vrai que c'est de quinze à trente ans, et surtout de trente à cinquante qu'on l'observe le plus souvent; mais on l'a rencontrée chez de très-vieilles femmes, et dans les premières années de la vie. Dans certains cas elle était même congénitale.

Les deux ovaires peuvent être affectés en même temps, mais cela est rare. Quand un seul est malade, il semble *à priori* que le droit ou le gauche peut l'être indifféremment. Il n'en est pourtant pas ainsi, et l'ovaire droit paraît jouir sous ce rapport d'une fâcheuse prérogative. Ainsi, sur trente

cas empruntés à divers auteurs, M. Tavignot a trouvé que la maladie avait lieu treize fois à gauche et dix-sept fois à droite; et, dans un relevé plus considérable fait par M. Bluff, on remarque trente et un cas pour le côté droit, et vingt-trois seulement pour le côté gauche. La grande fréquence de l'obliquité latérale droite de la matrice pendant la grossesse, ne pourrait-elle pas rendre compte de cette singularité?

ART. III.

Symptomatologie.

L'hydropisie enkystée de l'ovaire est, comme nous l'avons dit, une maladie très-fréquente; elle a été bien souvent étudiée, et cependant on ne trouve nulle part une énumération satisfaisante des symptômes qui lui appartiennent. Presque tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet ont surtout envisagé la question de symptomatologie au point de vue du diagnostic différentiel. Je crois plus logique de décrire d'abord en les réunissant, les différents phénomènes auxquels donne lieu cette maladie, me réservant de parler plus tard des caractères qui peuvent la faire distinguer des autres affections qui lui ressemblent.

Avant que la tumeur soit assez volumineuse pour être perçue par le toucher, il se passe un temps plus ou moins long. Mais avant même qu'on puisse la sentir, il n'est pas rare de voir les malades éprouver, vers l'une des régions iliaques, une douleur sourde

permanente, accompagnée d'une sensation de gêne et de pesanteur qui retentit jusque dans la hanche et la cuisse du côté affecté. Bientôt commence à se montrer une tumeur d'un médiocre volume, située dans une des parties latérales et inférieures de l'abdomen. Cette tumeur est circonscrite, arrondie, élastique, ordinairement indolente, quelquefois douloureuse, ou faisant éprouver à la malade la sensation d'un corps étranger pesant et suspendu dans la cavité abdominale. Cette tumeur est le plus souvent mobile, et alors, obéissant aux lois de la pesanteur, elle tombe du côté correspondant à celui sur lequel la malade se couche : c'est encore à cette mobilité qu'elle doit de descendre assez souvent dans l'excavation qu'elle remplit, et où elle séjourne jusqu'au moment, où l'accroissement toujours progressif de son volume, l'oblige à chercher, dans l'enceinte abdominale, une cavité plus spacieuse.

La tumeur n'est pas toujours située, même à son début, dans la fosse iliaque correspondante à l'ovaire auquel elle appartient ; car, outre qu'elle se rapproche assez ordinairement de la ligne médiane, son excessive mobilité lui permet quelquefois de se porter du côté opposé à celui dans lequel elle s'est primitivement développée.

Grâce encore à cette mobilité, la tumeur qu'on a senti la veille par le palper abdominal peut ne pas l'être le lendemain. Mais bientôt elle est remplacée par une saillie permanente qu'on retrouve toujours avec facilité.

A cette période, la fluctuation n'est pas toujours

distincte; elle est souvent fort difficile à percevoir, lors même que la tumeur encore peu volumineuse, est placée assez profondément dans le bassin pour pouvoir être atteinte facilement. On peut alors, avec avantage, joindre le toucher vaginal à l'exploration hypogastrique, et si pendant qu'une main placée sur l'hypogastre déprime la tumeur de manière à la faire saillir à travers la partie supérieure du vagin, le doigt introduit dans le canal et appliqué sur sa partie inférieure peut percevoir la fluctuation; si elle ne pouvait être atteinte par le doigt introduit dans le vagin, le toucher rectal permettrait peut-être plus facilement d'arriver jusqu'à elle, et pourrait éclairer beaucoup sur sa nature et sa consistance.

Lorsque la tumeur est en totalité dans l'excavation pelvienne, elle exerce quelquefois sur l'urètre une compression telle que l'émission des urines est impossible. Dans un cas cité par Ogden (*London, Méd. Gaz.*, janvier 1840), le cathétérisme fut impossible, et on fut obligé d'en venir à la ponction vaginale du kyste.

Élevée alors au-dessus du détroit supérieur, la tumeur n'est plus gênée dans son développement, aussi voit-on assez souvent cesser les douleurs profondes que les femmes avaient accusées dans le commencement.

La tumeur augmente par degrés; le ventre devient tendu et s'élève du côté où elle siège, pendant qu'il est quelquefois souple et enfoncé dans les autres endroits; tantôt en effet elle distend irrégulièrement

l'abdomen, tantôt cette distension est assez régulière. Ces différences tiennent à la position de la tumeur et à sa configuration propre, car elle peut, ainsi que nous l'avons dit (voy. *Anat. pat.*), offrir une convexité régulière, ou des bosselures plus ou moins saillantes, tenant à des lobes d'un même kyste, inégalement développés. Cette inégalité peut tenir encore à la facilité plus ou moins grande avec laquelle les différents points des parois du kyste se prêtent à la distension. Comme elles ne sont pas toujours également résistantes dans toute leur étendue, on conçoit que les points les plus faibles prêtent, plus facilement, à l'accumulation continue des liquides dans l'intérieur de la poche.

Le plus souvent alors il est assez facile de circonscrire parfaitement les limites de la tumeur. Par le palper abdominal pratiqué avec soin, on sentira quelquefois, indépendamment des inégalités qui tiennent à la forme particulière du kyste, d'autres tumeurs d'un volume assez peu considérable qui surmontent la tumeur principale. Dans quelques cas on trouvera des masses considérables d'une consistance tout autre, et ne donnant pas la sensation de tumeurs liquides : il suffit du reste de se rappeler tout ce que nous avons dit des altérations que peuvent subir les parois du kyste, et des tumeurs de mauvaise nature, pour prévoir tout ce qu'un examen attentif permettra de constater.

La percussion pléssimétrique pourra être ici d'un grand secours pour apprécier la situation exacte de la tumeur, son volume, sa forme, la consistance et

la forme des altérations morbides qui peuvent la compliquer ; enfin , la nature et la consistance même du liquide qu'elle contient. Nous reviendrons d'ailleurs sur les résultats qu'elle donne à l'article *Diagnostic*.

A mesure que le mal fait des progrès, la tumeur s'étend peu à peu à une plus grande partie du ventre, et si son développement est uniforme, elle en occupe bientôt toute l'étendue. L'abdomen ne présente plus alors qu'une vaste tumeur, où la fluctuation est plus ou moins sensible, et les parois du kyste peuvent avoir été si rapprochées des parois abdominales que l'ondulation se fait sentir, comme dans l'ascite, d'un côté à l'autre, lorsque, appuyant la main à plat sur l'un d'eux, on frappe sur le côté opposé avec un doigt de l'autre main.

Cette sensation de fluctuation et d'ondulation n'est pas toujours également bien perçue, quelle que soit l'espèce du kyste, et quelle que soit la matière qu'il contient. Si la tumeur est multiloculaire, ou composée de plusieurs kystes bien distincts ; si elle contient un liquide épais, albumineux ou gélatineux, elle sera le plus souvent très-obscuré ou même tout à fait nulle. L'excessive distension d'une seule poche est aussi quelquefois un obstacle à la sensation de fluctuation. Duret envoya à l'Académie des sciences, en 1740, l'histoire d'une hydropisie de l'ovaire, dont le kyste rempli de cinquante pintes d'eau, avait offert si peu de fluctuation, qu'il avait été pris pour un squirrhe (*Dict. des Scienc. méd.*, t. XXII). D'un autre côté, les kystes d'une poche multiple n'offrant

pas tous la même densité, ou ne contenant pas tous le même liquide, on comprend que la fluctuation puisse être perçue en un point et pas dans les autres.

Enfin il arrive un moment où le volume de la tumeur est immense. On a vu une femme, dit Boyer, dont le ventre avait quatre pieds du creux de l'estomac au nombril, et deux pieds du nombril au pubis ; et une autre dont le ventre était si élevé, qu'il avait six pieds sept pouces de circonférence, et trois pieds quatre pouces de l'appendice de sternum au pubis. Dans ces cas, la distension est quelquefois telle, que les femmes sont obligées d'attacher leurs jupons au-dessous des aisselles.

Lorsque la tumeur n'est point trop volumineuse, on peut, par le palper abdominal, la déplacer, la porter même d'un côté à l'autre ; cela devient évidemment impossible quand elle a acquis le volume dont nous venons de parler : cette immobilité ne tient pas seulement à ses dimensions excessives, mais aussi aux adhérences assez nombreuses et assez intimes, que, dans ces cas, elle a presque toujours contractées avec les parois antérieures et les viscères abdominaux.

Quand la tumeur a atteint un certain volume, la forme n'est pas, comme dans l'ascite, sensiblement modifiée par le décubitus horizontal. Au lieu de s'aplatir sur la ligne médiane pour devenir plus saillant vers les hypochondres, il conserve sa forme globuleuse.

La masse intestinale est rejetée du côté opposé à

celui qu'occupe la tumeur, ce qu'on peut facilement constater par la percussion médiate. Le son clair, au lieu d'être perçu à l'ombilic, l'est principalement du côté opposé à la tumeur, jusqu'à ce que, par son développement extrême, elle ait complètement refoulé les intestins en haut et en arrière. La position du kyste, relativement aux intestins, ne change pas sensiblement, et à une époque avancée, il est toujours placé au-devant des viscères abdominaux, à part l'épiploon qui est souvent soulevé par la tumeur et collé par elle contre la face postérieure des muscles du ventre.

Pour éviter des répétitions, nous renvoyons à l'article *Diagnostic* l'indication de quelques autres signes et l'appréciation de certains moyens propres à les constater.

Avant que la malade ait conscience de son état, bien avant surtout qu'on puisse constater l'existence d'un kyste ovarique ou d'une tumeur quelconque, il survient quelquefois des dérangements dans les fonctions de l'utérus. L'écoulement menstruel présente des irrégularités notables : dans quelques cas cependant la menstruation est normale. Le plus souvent les règles s'arrêtent pour reparaitre à des intervalles irréguliers, et fluent avec beaucoup moins ou beaucoup plus d'abondance qu'à l'ordinaire ; quelquefois même plusieurs fausses couches successives, accompagnées ou suivies d'hémorragie assez abondante, ont semblé coïncider avec les débuts de l'hydropisie enkystée.

Ce que nous venons de dire prouve que, dans notre

esprit, l'existence d'une hydropisie enkystée n'exclut pas la possibilité de la conception, à moins qu'elle n'existe dans les deux ovaires simultanément. On a vu, en effet, des femmes avoir successivement plusieurs enfants pendant le cours de la maladie; mais il est évident que, même à son début, elle peut avoir sur la marche de la grossesse la plus fâcheuse influence et devenir, comme toutes les affections des organes génitaux, une cause d'avortement.

En général, pourtant, la santé générale paraît peu dérangée : le développement de ces tumeurs étant très-lent et accompagné de peu de douleurs, les femmes y font peu attention, et souvent attribuent d'autant plus volontiers les petites incommodités qu'elles éprouvent à un commencement de grossesse, que les signes rationnels sont à peu près les mêmes. Il n'est pas rare en effet de rencontrer, dans l'hydropisie ovarique, des vomissements, des appétits bizarres, des dégoûts qui coïncident avec la suppression des règles, le gonflement des seins, qui si souvent est une conséquence de cette suppression, et le gonflement du ventre, tous phénomènes qui peuvent facilement en imposer.

Quelques malades éprouvent même des élancements dans les mamelles; et on dit avoir, en l'absence de toute grossesse, observé la sécrétion du lait. Ce dernier fait est bien extraordinaire; malheureusement je n'ai pu vérifier si dans les cas où il a été observé, les femmes n'étaient pas accouchées depuis peu de temps, ou s'il n'existait pas un commencement de grossesse.

Quand la tumeur est dessinée, et pendant que s'opère son développement, la malade conserve ordinairement ses forces, son embonpoint et sa coloration normale. Les principales fonctions sont peu dérangées, l'appétit se conserve, quelquefois même est augmenté, les digestions sont bonnes et assez faciles. L'urine est aussi abondante qu'en bonne santé, limpide, citrine; quelquefois, cependant, elle est rare, rouge et briquetée. Dans un cas cité par A. Portal (*Cours d'anat. méd.*, t. V, p. 549) les urines étaient rares à la vérité, mais cela tenait probablement à la compression que la tumeur exerçait sur la vessie ou l'urètre, puisqu'elles devenaient abondantes immédiatement après la paracentèse abdominale. La peau n'est ni sèche ni terreuse, mais seulement, dit Boyer, plus épaisse et plus dure à la région hypogastrique, surtout si l'hydropisie est compliquée de squirrhe. Nous n'avons jamais eu l'occasion de rencontrer ce dernier signe indiqué par l'auteur que nous venons de citer. La respiration est peu gênée, à moins que la distension de la tumeur ne soit excessive : la base de la poitrine est déjetée en dehors, la malade se meut et marche assez librement, les membres inférieurs ne sont pas infiltrés ou ne le deviennent que dans les derniers temps de la maladie. Quelquefois, cependant, on voit survenir un gonflement œdémateux dans le membre inférieur du côté malade, ce qui tient probablement à la compression que la tumeur exerce sur les vaisseaux de ce côté.

Lorsque le kyste est volumineux, il peut comme

toute tumeur abdominale, déterminer dans les vaisseaux veineux un état d'engorgement qui peut se faire sentir jusque dans les capillaires. Aussi, le professeur Moreau fait-il remarquer dans ses leçons, que la coloration lie de vin des parois vaginales, qui a été signalée comme un signe de grossesse, peut encore se rencontrer dans les hydropisies enkystées de l'ovaire.

Après avoir acquis un volume assez considérable, la tumeur peut rester stationnaire, et n'incommoder que par le sentiment de pesanteur qui en est inséparable, et par un peu de gêne dans les mouvements. Gulmann cité par Morgagni, parle d'une fille chez laquelle la tumeur était parvenue au dernier degré de développement, et n'en jouit pas moins pendant quinze ans, d'une parfaite santé; car les menstrues étaient régulières, et l'appétit, le sommeil étaient en bon état, si ce n'est que ces deux dernières années, elle était prise fort souvent de lipothymies. (*Morgagni*, 38^{me} lettre, p. 478). On a vu des dames qui ont porté une hydropisie enkystée de l'ovaire, pendant quinze, vingt, trente et quarante ans, en jouissant, d'ailleurs, d'une bonne santé.

Mais malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et lorsque la tumeur est très-considérable, il n'est pas rare de voir des accidents plus ou moins graves se manifester. Après un temps plus ou moins long, le corps maigrit, la transpiration et les urines diminuent, l'estomac, le foie et les intestins trop violemment comprimés, ne fonctionnent plus régu-

lièrement ; la nutrition souffre , la malade perd ses forces ; il survient parfois des nausées et des vomissements. Les coliques , la constipation , une soif plus ou moins vive , une insomnie plus ou moins prolongée surviennent aussi. La fièvre se déclare ; la compression exercée sur les gros troncs veineux de l'abdomen gêne la circulation de la moitié inférieure du corps. Les membres inférieurs deviennent oedémateux et s'enflent extraordinairement. Les malades y éprouvent des crampes plus ou moins vives ; l'émission des urines est rendue difficile par suite de la compression exercée par la tumeur sur l'urètre ; les malades urinent plus facilement quand elles sont couchées. Le cathétérisme peut être quelquefois nécessaire. Le système veineux sous-cutané abdominal se gonfle outre mesure ; le refoulement du diaphragme gêne le jeu des poumons , et il en résulte une dyspnée insupportable. La malade est en proie à une anxiété des plus pénibles , et finit enfin par succomber dans le marasme.

ARTICLE QUATRIÈME.

Marche et terminaison.

L'hydropisie enkystée de l'ovaire est une affection essentiellement chronique , et dont les progrès sont très-lents. Si aucune maladie intercurrente ne vient enlever la femme , elle peut vivre avec la tumeur pendant un très-grand nombre d'années sans en être sensiblement incommodée. Mais il n'en est pas toujours ainsi : dans quelques circonstances peu

appréciables, le développement, lent d'abord, prend, après une période indéfinie, un accroissement soudain et rapide, de sorte qu'en peu de mois l'abdomen offre le volume qu'il présente au terme ordinaire de la grossesse.

En comparant un assez grand nombre d'observations, j'ai pu voir, comme M. Tavignot, que la marche de la maladie, sa durée surtout, était loin d'être la même aux dernières époques de la vie. Il semblerait résulter de l'examen comparatif de ces faits, dit M. Tavignot, que dans l'âge adulte et l'adolescence, de vingt à trente ans, la maladie revêt une marche plus aiguë, tandis que dans l'âge mûr, de quarante à cinquante ans et au delà, elle tend à passer à l'état chronique.

Loin d'offrir l'indolence dont nous avons parlé, la tumeur devient, dans quelques cas, le siège de douleurs plus ou moins vives, d'élançements, surtout lorsqu'elle paraît avoir succédé à quelques violences mécaniques (Bluff). Quelquefois les douleurs prennent un type régulier, et se montrent à chaque époque menstruelle. Ces douleurs peuvent quelquefois s'étendre à tout l'abdomen, et faire croire à une inflammation péritonéale; parfois elles ont quelques caractères des douleurs de l'enfantement. Le côit aussi est quelquefois douloureux, comme dans un cas cité par Oslander.

Nous avons déjà fait remarquer l'influence fâcheuse qu'une tumeur hydropique pouvait avoir, même quand elle est petite, sur une grossesse commençante. Nous sommes obligés de rappeler ici l'in-

fluence que peuvent exercer réciproquement l'une sur l'autre une tumeur un peu volumineuse et une grossesse arrivée au septième mois. Pour peu que la tumeur soit considérable, elle gêne le développement de l'utérus, et provoque assez souvent des douleurs prématurées. Cet accouchement avant terme, qui place certainement le fœtus dans de mauvaises conditions de viabilité, tout en rendant son expulsion plus facile, peut, en général, être considéré comme une circonstance assez heureuse pour la mère; car lorsque la grossesse continue jusqu'à la fin du neuvième mois, l'utérus, en se développant, peut exercer sur le kyste une compression assez violente pour en déterminer l'inflammation violente.

Il est à peine besoin de dire que ces tumeurs peuvent, au moment de l'accouchement, devenir la cause des accidents les plus sérieux, mais ce n'est pas tant leur volume que leur situation qui doit être pris en considération. Lorsque en effet elles sont très-volumineuses, ces tumeurs sont situées au-dessus du détroit supérieur, elles laissent libre l'entrée du bassin, libres aussi les voies pelviennes, et l'expulsion du fœtus peut se faire sans difficultés. Mais lorsque, quoique beaucoup moins volumineuses, elles occupent l'excavation pelvienne, elles peuvent rendre l'accouchement spontané impossible, et devenir la source d'indications spéciales, dont nous aurons à nous occuper plus tard.

Il n'est pas rare de voir survenir, alors même que la tumeur est peu volumineuse, des phénomènes inflammatoires plus ou moins graves du côté des or-

ganes du bassin. Ces symptômes paraissent tenir à des congestions utérines ou ovariques, et sont caractérisés par une douleur plus ou moins vive, quelquefois lancinante. Cette douleur augmente par la pression, s'accompagne de chaleur, de fièvre, de vomiturations, de sueurs fréquentes, et parfois d'élançements dans les mamelles. Ce sont ces symptômes qui ont porté M. Hirtz de Strasbourg, à admettre une hydropisie aiguë et une chronique. Quand ces phénomènes ne se dissipent pas par l'emploi des moyens appropriés, il peut se développer dans la tumeur même une véritable inflammation, et ses parois peuvent alors sécréter du pus en assez grande quantité. Celui-ci se mélange aux liquides contenus dans sa cavité.

L'inflammation ne se limite pas toujours aux parois du kyste, elle se propage assez souvent au tissu cellulaire du voisinage, et un foyer plus ou moins considérable dans le petit bassin peut en être la conséquence. Cette inflammation des parois du kyste peut résulter des contusions ou froissements auxquels il est exposé, mais elle peut être aussi le résultat de leur distension toujours croissante.

Parmi les circonstances propres à développer, dans la tumeur, une phlegmasie violente, il faut placer au premier rang les ponctions plus ou moins répétées qu'on se trouve quelquefois dans la nécessité de faire, pour soustraire les malades aux douleurs excessives qu'elles éprouvent et au danger qui menace leur vie.

Le plus souvent, en se développant, la tumeur

excite et enflamme l'enveloppe péritonéale qui la recouvre. Lorsque cette inflammation est limitée et peu considérable, elle se borne à produire des adhérences entre la tumeur et les parties contiguës, adhérences qui sont si fréquentes dans les tumeurs anciennes; mais lorsqu'elle s'étend à de larges surfaces et surtout à tout le péritoine, elle peut assez rapidement amener une terminaison fâcheuse.

L'inflammation et les adhérences qu'elle détermine peuvent donner lieu à une autre série de phénomènes. Les adhérences établies, l'inflammation, continuant ses progrès, peut aller jusqu'à ulcérer et perforer les points adhérents, et établir entre la tumeur et les parois abdominales ou un organe voisin, une communication facile par laquelle s'écoulent les matières contenues. J'emprunte à M. Bright un cas fort remarquable dans lequel le kyste s'ouvrit dans le colon.

Marie Anne Jones, âgée de vingt-deux ans, fut confiée à mes soins, le 2 novembre 1835. Elle portait une tumeur située à la partie inférieure de l'abdomen, et ses souffrances étaient vives et continuelles. Douze mois auparavant, elle s'était aperçue de l'apparition d'une tumeur qui avait grossi par degrés; il y a trois mois, elle avait été prise de diarrhée, et la tumeur s'était affaissée simultanément. On percevait alors une sensation de dureté diffuse, qui s'étendait de la crête de l'os des îles jusqu'au pubis, dans une largeur de deux ou trois pouces. Les selles étaient fort abondantes, comme boueuses, sans pus. La tumeur semblait varier de volume en raison de

la fréquence des selles. Au bout de quatre mois elle succomba, épuisée par la phlegmasie intestinale chronique.

L'incision des parois abdominales découvrit une tumeur dans la fosse iliaque droite, sans trace de péritonite récente. Elle paraissait s'être développée dans l'ovaire droit, puis avoir passé derrière l'utérus auquel elle adhérait. Mais la plus forte adhérence était avec le cœcum, ou le commencement du colon. Là, une ouverture s'était formée à la suite d'une ulcération, et, quand on pressait sur le kyste, on faisait passer des bulles d'air dans le cœcum. Le liquide qu'il contenait était d'une couleur rougeâtre, sale. La tumeur était formée par un tissu dense, et avait près d'un pouce d'épaisseur. La face interne était rugueuse, comme mamelonnée, et les plis formaient des polygones irréguliers, séparés par des dépressions profondes. La couleur de cette membrane était d'un noir verdâtre. Le colon ascendant et l'arc du colon étaient remplis par un liquide noirâtre semblable à celui de la tumeur : la muqueuse était évidemment enflammée.

L'observation que je viens de citer, prouve qu'on aurait tort de considérer ce mode d'évacuation du liquide comme toujours favorable, car il peut en résulter une inflammation de l'intestin assez grave pour causer la mort.

S'il faut en croire une observation de Ollenroth, la tumeur pourrait s'ouvrir à la fois dans deux portions distinctes du canal intestinal, et le liquide être expulsé successivement par les vomissements et par les selles.

Une femme de cinquante-quatre ans éprouva, pendant deux ans, après avoir perdu ses règles, des ténesmes vésicaux, de la constipation et des douleurs dans le bas-ventre, que l'on combattit en vain par divers moyens.

Amaigrissement, teint terreux, pouls petit, vif, paroxysme de fièvre tous les jours, avec frisson dans les reins. Le bas-ventre était assez égal, mais un peu saillant à gauche : on sentait, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur étendue, élastique avec fluctuation obscure.

Le vagin était dévié à gauche et en arrière ; lorsqu'on le repoussait en avant et à droite, il reprenait sa position avec force dès que la pression cessait. Par le toucher, on sentait profondément une tumeur que l'on ne pouvait atteindre qu'en comprimant, en même temps, le bas-ventre. Le rectum était vide, et tellement rétréci à la hauteur de trois doigts environ, que la paroi antérieure touchait à la postérieure. A gauche et en avant on trouvait une tumeur résistante, bosselée, qui remplissait le petit bassin jusqu'au détroit supérieur. Le choc sur la paroi abdominale communiquait à l'extrémité du doigt un léger mouvement de fluctuation. Diagnostic : hydatides de l'ovaire gauche. Traitement : pilules purgatives ; poudre de ciguë, digitale et scille. Les selles produisirent du mieux, et l'excrétion de l'urine devint presque normale. L'état général s'améliorait lorsque la malade vomit, avec de grandes douleurs et des angoisses violentes, trois chopines environ d'un liquide vert, fétide. La tumeur devint moins rénitente, et tous les symptômes

diminuèrent pour quelque temps, puis reparurent. La tumeur, au commencement de décembre, était descendue davantage dans le bassin à gauche, et l'on sentait la fluctuation au périnée et par le toucher anal. On comptait faire la ponction, lorsque, le 15 décembre, il survint encore des coliques violentes; mais, au lieu de vomissement, il y eut six selles consécutives très-copieuses qui fournirent cinq chopines du même liquide. A la suite, la malade se trouva bien, les fonctions étaient normales, le bas-ventre un peu saillant, mais on ne sentait plus ni tumeur ni fluctuation.

L'auteur pense que la tumeur s'est ouverte d'abord dans l'iléon, et la seconde fois dans le colon. L'autopsie n'a pas eu lieu, et nous ne pouvons nous prononcer sur la justesse de cette opinion.

Ce n'est pas, du reste, le seul exemple, dans un cas d'hydropisie enkystée, de vomissements abondants de matières en tout semblables à celles que contenait le kyste. M. Émery a, en effet, communiqué à l'Académie de médecine un cas dans lequel une dame, qui avait déjà subi six ponctions successives, rejeta, quelques jours avant sa mort, des matières en tout semblables à celles qu'on avait retirées du kyste par la ponction. L'autopsie permit ici de constater qu'il n'existait aucune communication entre le kyste et le canal intestinal ou l'estomac.

Ce fait porterait à penser qu'Ollenroth s'est trompé, en attribuant à une communication qui n'a pas pu être constatée anatomiquement, les vomissements que sa malade avait éprouvés. Mais comment

alors les expliquer ? et faut-il admettre, avec MM. Jules Cloquet, Émery et Ribes, que ces vomissements ne peuvent être attribués qu'à une métastase ?

Dans quelques cas on a vu ces matières s'échapper par le vagin ; j'emprunte au mémoire de Bluff l'observation suivante :

Une femme voyait peu à peu disparaître ses règles ; l'utérus et l'ovaire droit seuls étaient dans l'état normal ; mais l'ovaire du côté gauche se tuméfiait chaque jour et avait fini par acquérir le volume de la tête d'un adulte : il comprimait fortement le vagin. La fièvre hectique s'était déjà déclarée, lorsqu'une ouverture se forma à la paroi latérale gauche du vagin qui était devenue douloureuse. Tout le liquide qui se trouva dans l'ovaire s'écoula par cette ouverture ; la tumeur disparut ; l'ouverture se ferma rapidement, les règles se rétablirent et la malade fut complètement rétablie.

Helmann (*Journal de Siebold*, vol. II, cahier 3) cite un cas dans lequel l'écoulement par le vagin eut lieu à la suite d'un effort fait pour lever un fardeau. Si le fait est exact, il est probable qu'il y avait déjà des adhérences et un commencement d'ulcération. Les parties adhérentes, déjà amincies par l'ulcération, ont cédé à un tiraillement trop brusque.

Je ne connais pas d'exemples d'ulcération de la vessie et d'écoulement par les voies urinaires d'un liquide provenant d'un kyste de l'ovaire, mais ce qui se passe dans quelques autres tumeurs du bassin porte à admettre le fait au moins comme possible.

La distension excessive des parois du kyste peut en causer la rupture. Celle-ci a lieu quelquefois sans qu'on puisse l'attribuer à aucune cause appréciable, et probablement à la suite d'un amincissement extrême d'un des points des parois ; mais c'est le plus souvent à la suite d'un mouvement brusque, d'un effort fait pour lever un fardeau. On comprend aussi qu'une compression violente sur la tumeur puisse produire le même résultat. Quelquefois les femmes sont averties de cette rupture par une douleur subite, par une sensation de craquement ou un bruit sourd qu'elles perçoivent dans le ventre ; mais d'autres fois elles ne s'en aperçoivent que par la diminution notable, et quelquefois la disparition à peu près complète de la tumeur globuleuse et arrondie qui auparavant était très-distincte, et par l'épanchement du liquide dans le ventre, dont la cavité paraît être régulièrement distendue et présente alors tous les caractères de l'ascite.

Cet épanchement de liquide dans la cavité péritonéale peut être suivi d'une mort prompte. Dans un des deux cas observés par M. Taignot dans le service du professeur Blandin, une mort presque immédiate en fut la conséquence, malgré le traitement sage et énergique qui fut employé dès le début. Les malades offrent alors tous les symptômes de la péritonite.

Cette rupture a été observée aussi dans les kystes multiloculaires, mais on comprend alors que la quantité de liquide épanchée varie suivant le volume de la loge dont les parois se sont rompues, et qu'elle

n'est suivie que de l'affaissement incomplet de la tumeur. Dance a publié, dans les *Archives générales de médecine* (vol. XXI, p. 214), une observation dans laquelle la rupture d'une des loges d'un kyste de l'ovaire gauche eut lieu avec effusion dans la cavité péritonéale des liquides qu'elle contenait, et fut suivie d'une péritonite mortelle en trente-six heures.

Dans quelques circonstances, la malade a résisté à un pareil accident. Les symptômes inflammatoires se sont petit à petit amendés, et le liquide a été résorbé, ou a disparu d'une manière insensible à la suite d'une augmentation notable dans la sécrétion des urines.

Un fait fort remarquable, c'est que, après la déplétion complète du kyste, il s'est fait une nouvelle sécrétion qui lui a rendu son volume primitif. Dans quelques cas, ce même kyste est devenu le siège d'une seconde rupture.

Une femme de cinquante-deux ans, mariée depuis dix-huit, et qui avait eu un enfant dont elle accoucha six semaines avant terme, fut atteinte d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, qui disparut tout à coup par suite d'un épanchement du liquide dans l'abdomen. Elle ne tarda pas à reparaitre, et acquit le volume qu'a l'utérus dans une grossesse à terme. La tumeur se déchira de nouveau, et la malade mourut. (Empruntée au *Mémoire de Bluff*).

Cette rupture spontanée peut survenir dans un kyste peu volumineux, et devenir la cause d'une péritonite promptement mortelle.

Une femme de vingt-trois ans, grande et forte, mens-

trouée régulièrement pendant plusieurs années, entra à l'hôpital Saint-Jean avec les symptômes d'une péritonite. Ses règles étaient suspendues depuis plusieurs mois. On n'obtint de la malade aucun renseignement sur le début de son affection. Elle mourut le 1^{er} mars 1835.

Nécropsie. Le péritoine contient une grande quantité de pus épais. Dans le petit bassin il est fort épais et très-fétide. L'utérus et l'ovaire droit sont à l'état normal. Il existe à la surface de l'ovaire gauche un kyste de la grosseur d'un œuf de poule. Il est déchiré largement en arrière près du col utérin. La tumeur en s'accroissant a dédoublé le ligament large, et se trouve en contact avec le corps de la matrice. Les bords de la déchirure sont violacés. La poche du kyste ne contient plus qu'une ou deux cuillerées de matière semblable à celle qui est répandue dans le péritoine (Négrier).

Enfin, dans un cas fort remarquable et que nous croyons devoir reproduire en totalité, la tumeur ovarienne, adhérente au mésentère par une lame fibreuse très-épaisse, était devenue l'occasion d'un étranglement interne qui a occasionné la mort.

Joegerndorfer (Catherine), d'une forte constitution, âgée de quarante-six ans, s'était toujours bien portée; après deux ans de suppression, elle avait eu ses règles exactement et en abondance, était accouchée quatre fois heureusement, et vivait dans le veuvage depuis seize ans. A l'époque de son retour, cette femme s'aperçut que son ventre prenait du volume, et elle éprouvait aussi des tirail-

lements douloureux dans la région lombaire ; mais étant d'un caractère à ne pas s'écouter elle-même, elle n'y fit pas attention et continua à travailler pour gagner sa vie. Il y avait un an que, faisant un effort pour soulever un poids énorme, elle avait ressenti une douleur poignante dans la région inguinale droite. Des remèdes simples diminuèrent la douleur, mais ne l'éteignirent pas. Son état se compliqua bientôt d'un fréquent engourdissement des pieds et de violentes coliques suivies de vomissements de bile. A en croire la malade, les émoullients la soulageaient ; tourmentée par un appétit vorace, elle mangeait plus que de raison et eut plusieurs fois à s'en repentir. Il paraît que son humeur colère empira encore sa position. Enfin, ne pouvant plus résister à ses coliques, elle entra à l'hôpital de Vienne et en sortit au bout de huit jours en meilleur état.

Le 13 janvier 1833, ayant mangé du veau avec excès, elle fut prise de nausées, de coliques, de vomissements et de dévoiement. Le lendemain elle revint à l'hôpital. En vain cherchait-elle à faire bonne contenance ; on voyait à son teint, et à la gêne de ses mouvements, qu'elle avait de l'oppression et souffrait beaucoup. L'abdomen était tant soit peu gonflé, douloureux, principalement vers l'ombilic, et portait encore les marques sanglantes d'une multitude de sangsues ; les vomissements de bile verte continuaient avec de grands efforts ; toutefois le dévoiement avait cessé.

Face amaigrie, teint altéré, chaleur incommode

à la peau, pouls faible et lent, douleurs concentrées dans le ventre.

L'exploration par le vagin ne fit rien découvrir, et les parois du ventre étaient trop sensibles au toucher et trop épaisses pour permettre un examen satisfaisant. On en fut réduit, d'après l'invasion et la marche de la maladie, à soupçonner une maladie organique, telle que la dégénérescence d'un ovaire.

Que faire? La malade était trop affaiblie pour supporter une saignée générale ou locale, et la péritonite contre-indiquait tout remède stimulant. On se contenta donc de prescrire une mixture gommeuse à prendre fréquemment par cuillerées, et des fomentations émollientes sur le ventre.

Il y eut un peu de calme le soir, par la cessation du vomissement et des douleurs; mais bientôt la physionomie se décomposa, le pouls devint filiforme, la peau froide. On présuma une gangrène intérieure; on essaya de ranimer les forces par quelques grains de camphre. On n'obtint rien. Le lendemain matin, il n'y avait presque plus de pouls, les extrémités étaient froides; des crampes douloureuses dans les mollets et la suppression de l'urine précédèrent la mort.

Nous passons tout de suite à l'autopsie des parties primitivement affectées. Les intestins grêles étaient distendus par des gaz jusqu'au milieu du jéjunum. Les gros intestins pâles, vides et rétrécis jusqu'au rectum. Le mal régnait depuis la dernière moitié du jéjunum jusqu'à la portion ascendante du colon. Figurez-vous l'ovaire droit sous la forme d'un kyste fibreux, long de 9 pouces, occupant la région iliaque gauche et

fixé au mésentère par une bande d'un pouce de largeur. Sous cet ovaire enkysté, s'était glissée une anse d'intestin qui avait contracté des adhérences avec l'épiploon. Une autre anse passait à une plus grande profondeur sous le même ovaire, en prenant à l'endroit de son passage une couleur brune, tant la compression était forte, et allait s'entortiller autour du cœcum qu'elle serrait tellement qu'on ne pouvait introduire le bec d'une sonde dans la cavité coecale. Cet ovaire contenait une sérosité dense et gélatineuse.

En comparant la marche de la maladie avec l'état pathologique de ces viscères, il est facile de se rendre raison des coliques, des vomissements, des crampes, etc.

Une terminaison fort heureuse, mais malheureusement bien rare, est la disparition spontanée de ces tumeurs. Le fait, tout extraordinaire qu'il est, ne peut aujourd'hui être mis en doute, puisque Boyer lui-même assure en avoir vu un exemple. Il est aussi infiniment probable que dans l'observation de M. Boinet il en fut de même. C'est le plus ordinairement par les urines et les selles que la malade est débarrassée du liquide renfermé dans le kyste ovaire. La malade de Boyer fut prise tout à coup du besoin fréquent d'uriner, et rendit pendant plus de huit jours une très-grande quantité d'urine.

E. *Kystes développés dans différents organes abdominaux.* Le foie, la rate, les reins peuvent devenir le siège de kystes plus ou moins considérables et susceptibles de se développer assez pour occuper

une grande partie ou même la totalité de la cavité abdominale. Dehaen, cité par Sabatier, rapporte l'histoire d'une fille de quarante ans devenue hydro-pique, à laquelle on avait tiré trente litres d'eau rougeâtre et glutineuse. Après avoir été soulagée pendant quelque temps, elle retomba dans l'état où elle était avant la ponction et elle mourut. On trouva tout le lobe gauche du foie distendu en manière de sac, et plein d'un liquide semblable à celui qu'on lui avait tiré. (Sabatier, *Méd. opér.*, T. II, p. 187.)

ARTICLE CINQUIÈME.

Diagnostic.

Notabilis hydropis species, quæ ovaria mulierum sæpe occupat, difficulter cognoscitur, et vix sine inciso cadavere, a dit Boerhaave; et ce qui était vrai de son temps l'est encore aujourd'hui, bien que les nouveaux moyens d'exploration aient rendu sur ce point notre tâche moins difficile.

Le diagnostic de l'hydropisie enkystée de l'ovaire comprend évidemment 1° la distinction de toutes les tumeurs abdominales qui peuvent être confondues avec elle; 2° la distinction des différentes espèces que nous avons indiquées; 3° la distinction des complications qu'elle peut offrir.

§ I. — Diagnostic des tumeurs abdominales.

Parmi les maladies qu'on peut le plus facilement confondre avec l'hydropisie enkystée de l'ovaire, il faut d'abord citer l'ascite, l'hydrométrie, la tympa-

nite, l'hydropisie enkystée du ventre, l'hydropisie enkystée des parois abdominales, la distension excessive de la vessie. Enfin, il est un état physiologique, il est vrai, de l'utérus, qui a si souvent été confondu avec la maladie que nous étudions, que nous devons nous attacher à en bien préciser les symptômes différentiels; je veux parler de la grossesse.

A. *Ascite*. M. Rostan a, dès 1818, fait connaître, dans le nouveau *Journal de Médecine*, un moyen excellent dans la plupart des cas, de distinguer l'ascite de l'hydropisie enkystée. Dans l'exploration des hydropiques, dit-il, en opérant la percussion de l'abdomen afin de produire la fluctuation du liquide, nous avons remarqué que, dans l'ascite, cette percussion, faite à la partie la plus éminente, donnait lieu la plupart du temps à un son semblable à celui de la tympanite; il nous a été facile d'en conclure que les intestins, distendus par des gaz, flottaient au-dessus du liquide où leur pesanteur spécifique les forçait de remonter. Dans les hydropisies enkystées au contraire, dont le développement était considérable, nous avons observé que la fluctuation était très-évidente à la partie la plus saillante de l'abdomen, tandis que le son clair était perçu sur les côtés, et sur les parties les plus inférieures, lorsque le malade était couché sur le dos; ce qui se conçoit facilement si on réfléchit que l'ovaire, en se distendant outre mesure, refoule sous lui et sur ses côtés toute la masse intestinale.

Mais il est des cas, au dire du même auteur, où ce signe est en défaut : 1^o il peut se faire que les intestins ne soient pas distendus par des gaz; 2^o il peut y

avoir dans l'ascite une si grande quantité de liquide que le mésentère ne puisse pas s'allonger assez pour permettre aux intestins de flotter à la surface ; 3° enfin, dans quelques cas exceptionnels, les intestins, refoulés par une tumeur enkystée, peuvent retomber sur le devant du kyste et en imposer pour une ascite. (*Traité de diagnostic.*)

M. Piorry, qu'il faut toujours citer quand on s'occupe du diagnostic des tumeurs abdominales, a surtout insisté sur les signes fournis par la percussion. Après avoir rappelé le signe indiqué par M. Rostan, il ajoute : Pour bien juger de la sonorité et de l'élasticité, on percute d'abord légèrement, puis avec force, on applique le plessimètre alternativement d'une manière superficielle et profonde, et, dans ce dernier cas, on retrouve quelquefois, à certaine distance, la matité propre à l'épanchement. Éloignant ensuite dans tous les sens le plessimètre de l'espace très-sonore et très-élastique que l'on avait antérieurement trouvé, et le percutant en même temps, on arrive inférieurement à des points où se retrouvent et de la matité et un peu moins d'élasticité au doigt. C'est tout autour et sur une ligne de niveau que cette transition a lieu. Plus on explore inférieurement et plus le son obscur et la résistance au doigt augmentent ; tout à fait en bas ils sont portés au degré le plus élevé.

La percussion permet encore de constater avec une très-grande facilité le déplacement du liquide dans l'ascite. En effet, si après l'exploration que nous venons de décrire, on fait coucher la malade sur le

côté droit par exemple, on peut, en percutant le côté sur lequel la malade est couchée, constater que la matité est augmentée par en bas et qu'elle s'élève beaucoup plus haut que dans le décubitus horizontal, mais toujours à une hauteur qui varie suivant la proportion de l'épanchement. Le point du côté gauche qui, tout à l'heure, était mat, est devenu sonore et élastique.

Dans l'hydropisie enkystée, au contraire, la tumeur, ordinairement fixe, quelquefois mobile, peut bien, dans quelques cas, se porter à droite ou à gauche, suivant la position qu'on donne au malade; mais, comme nous l'avons dit, sa position, relativement aux intestins, ne change pas; aussi ces changements de position n'empêchent pas que sur le même point on ne continue à obtenir le son tympanique. Le son que produit la percussion du kyste est beaucoup plus mat que celui de l'ascite; il a de l'analogie avec celui du foie médiatement percuté: quelquefois le son mat, auquel donne lieu la percussion du kyste, se trouve dans un espace situé au-dessus de tous les autres points du ventre, là où habituellement les intestins et l'estomac donnent lieu au bruit tympanique, ce qui s'explique facilement par la position de ces organes quand la tumeur est volumineuse. Enfin, dans les cas mêmes où le kyste est recouvert par beaucoup d'intestins, la dépression plus ou moins profonde des parois avec le plessimètre fera obtenir un son mat sur le sommet de la tumeur; sur les côtés de celle-ci, une résonnance tympanique se fera entendre à une grande profondeur.

Si à ces signes différentiels, si importants, on ajoute la convexité arrondie du ventre dans le kyste et son aplatissement sur la ligne médiane dans l'ascite, la facilité de délimiter la tumeur enkystée et le caractère diffus de l'ascite, la pâleur, la souffrance du visage, l'infiltration des membres inférieurs, la rareté des urines, l'altération générale de la santé dans cette dernière maladie, toutes circonstances qui souvent manquent dans la première, en voilà certainement plus qu'il n'en faut pour éviter une méprise.

Dans quelques cas, les deux maladies existent simultanément, et un épanchement ascitique s'est fait tout autour du kyste ovarien. Alors on sent qu'il existe un espace libre entre les parois abdominales et une tumeur de la cavité du péritoine, espace fluctuant, rempli d'eau, formant une couche dont l'épaisseur varie dans les divers points du ventre, et variable aussi dans le même point, quand on change la position de la malade; la main qui presse un peu vivement le ventre, écarte avec facilité cette eau et frappe le kyste, dont la résistance est toujours assez sensible. (Dugès).

Les déplacements imprimés à l'utérus par le kyste de l'ovaire ne se rencontrent pas dans l'ascite. Ainsi, tandis que dans cette dernière maladie, on trouve le col utérin à sa place accoutumée, il est, dans la première, excessivement élevé, souvent même impossible à atteindre. La matrice, tirillée par la tumeur, est en effet fortement élevée au-dessus du détroit supérieur. On a cependant cité quelques cas dans lesquels cet organe avait été refoulé en bas et

appliqué par la tumeur contre une des parois de l'excavation ; mais alors son immobilité suffisait pour éloigner l'idée d'une ascite.

Ajoutons enfin que, dans l'ascite, la santé générale du sujet est toujours plus ou moins gravement altérée, ce qui n'arrive que dans les dernières périodes de l'hydropisie enkystée. Ces hydropiques ne pâlisent pas, disait Mauchart, mais elles conservent plutôt la couleur rosée de leurs joues ; elles n'ont point les pieds tuméfiés, en sorte que ces parties maigrissent avec les autres membres et le corps, quoique leur abdomen grossisse tous les jours. Aussi, si elles ont bon appétit, si elles ne sont pas altérées, si elles ne toussent pas, si le ventre fait ses fonctions, si l'urine est naturelle, si la tumeur ne cède ni aux purgatifs ni aux diurétiques, si le mal tire son origine d'une couche malheureuse, d'un avortement, s'il n'existe point de signes de cachexie, elles sont toujours affectées d'une hydropisie enkystée de l'ovaire (cité par Morgagni).

B. *Hydrométrie*. C'est une maladie très-rare, mais qui a plusieurs points de ressemblance avec l'hydropisie enkystée des ovaires, surtout quand celle-ci n'a pas acquis un volume considérable. Comme elle, en effet, elle présente alors une tumeur régulièrement arrondie, bien limitée, née dans la partie inférieure du ventre et s'élevant graduellement vers l'ombilic. Mais dans l'hydrométrie, la tumeur, dès son origine, est placée sur la ligne médiane, l'utérus est distendu, augmenté notablement de volume, la fluctuation se fait sentir plus clairement du côté du

vagin. Les règles sont supprimées; toutefois le diagnostic est souvent fort obscur.

C. *La tympanite*. La sonorité très-prononcée dans toute l'étendue du ventre, l'absence de fluctuation ou d'ondulation du liquide suffisent évidemment au diagnostic.

D. *L'hydropisie enkystée du ventre*. On donne ce nom à des kystes qui adhèrent à la rate, au foie; on le donne aussi à des sacs membraneux plus ou moins épais, formés aux dépens de la cavité péritonéale, par des adhérences contractées entre deux feuillet de la séreuse elle-même. Le siège primitif de la tumeur, qui est quelquefois dans un point élevé du ventre, à gauche ou à droite, suivant que les tumeurs appartiennent à la rate ou au foie, sa fixité en cet endroit, quelle que soit la position du malade, son mode de développement qui s'opère de haut en bas au lieu de s'opérer de bas en haut, comme cela a lieu dans la maladie de l'ovaire, sont autant de caractères propres, dans le principe, à fixer sur la nature de l'affection; mais si la tumeur avait acquis un volume considérable, et descendait, comme cela s'est vu, jusqu'auprès du détroit supérieur, l'erreur serait difficile à éviter, si on n'avait d'ailleurs aucun renseignement.

J'ai vu moi-même une tumeur du rein qui donnait au ventre le volume qu'il a à six mois de grossesse; elle occupait tout le côté gauche de l'abdomen, soulevait les côtes et s'étendait jusque dans la fosse iliaque. Cette tumeur était fluctuante dans une partie de son étendue et avait refoulé les intestins à

droite et en haut. Tous ceux qui examinèrent la malade pensèrent, à l'exception de M. Caillard, que l'ovaire gauche était le siège de la maladie. A l'autopsie, on constata un cancer encéphaloïde du rein. (*Bull. de la soc. anat.*)

Une observation de kyste acéphalocyste du rein fut présentée à la même société par M. Ripault, on avait cru à un kyste de l'ovaire.

Les signes indiqués dans le paragraphe précédent pourraient encore servir à établir le diagnostic, surtout en tenant compte des troubles fonctionnels qui le plus souvent existent, et qui varient suivant l'organe affecté.

J'ai vu, dit M. Tavignot, la rate transformée en un kyste fibreux, dont le plus grand diamètre, verticalement dirigé, avait au moins trente-cinq centimètres, et atteignait le détroit supérieur, simulant une hydropisie enkystée de l'ovaire : la fluctuation y était manifeste. Une ponction fut pratiquée au lieu ordinaire, il ne sortit pas une goutte de liquide. A l'autopsie, on trouva ce kyste rempli par un grand nombre d'hydatides, plus volumineuses les unes que les autres, et toutes contenues dans une membrane hydatiforme qui tapissait, sans y adhérer, la face intérieure de ce même kyste.

E. *Hydropisie enkystée des parois abdominales.* Morgagni a décrit, dans sa trente-huitième lettre, des tumeurs enkystées, plus ou moins volumineuses, qu'il a appelées hydropisies enkystées du péritoine, et qui se développent tantôt entre la surface externe de cette membrane et la face postérieure des muscles

du ventre, tantôt entre les diverses couches des muscles de l'abdomen. Lorsque la tumeur dont nous parlons est encore peu considérable, on peut la reconnaître à sa position superficielle, à la facilité avec laquelle on peut la circonscire, la mouvoir transversalement, l'attirer même à soi en passant les doigts par derrière, et l'isoler en quelque sorte des viscères abdominaux; mais, à une époque plus avancée, elle peut avoir pris un développement tel qu'elle constitue un vaste kyste, étendu quelquefois de l'appendice xiphoïde au pubis et d'un hypochondre à l'autre. Dans ce dernier cas, le diagnostic est excessivement obscur; la percussion pourrait cependant ici donner quelques précieux renseignements. En supposant, en effet, que l'hydropisie enkystée des parois abdominales envahisse toute la périphérie de ces parois, la matité sera la même dans toute son étendue, et on ne pourra obtenir un son clair même sur les bas côtés et en arrière, comme cela a presque toujours lieu dans le kyste hydropique de l'ovaire.

M. Récamier a indiqué un nouveau signe très-propre à éclairer le diagnostic. Pendant qu'un aide déprime avec le bord cubital de ses deux mains la ligne médiane du ventre, il conseille de chercher à sentir la fluctuation d'un côté à l'autre de l'abdomen. Cette fluctuation ne pourra être perçue qu'autant que le liquide ne sera pas situé dans l'épaisseur des parties abdominales.

F. *La distension excessive de la vessie.* Quelquefois si considérable, elle ne pourrait, sans une grande légèreté, être confondue avec la maladie

dont nous parlons. La situation de la tumeur, la rétention prolongée des urines, la rapidité avec laquelle s'est développée et tendue la région hypogastrique, suffiraient déjà, si le cathétérisme, que ces indices engageraient au moins à pratiquer, ne rendait toute erreur impossible.

G. *La grossesse.* En indiquant les troubles qui pouvaient accompagner le début du kyste ovarique, nous avons dit que le plus souvent il n'en résultait aucun trouble fonctionnel bien sensible, mais que quelquefois pourtant il y avait suppression, ou au moins dérangement dans l'écoulement menstruel. Nous avons ajouté que ces troubles de la menstruation peuvent être suivis ou accompagnés d'appétits bizarres, de goûts dépravés, de troubles sympathiques, en un mot, du côté de l'estomac, de gonflement et de douleurs dans les seins, quelquefois même, au dire de quelques auteurs, d'un commencement de sécrétion lactée.

On comprend que, ces particularités se présentant chez une femme d'ailleurs bien portante, qui, loin de maigrir, voit quelquefois augmenter son embonpoint, et chez laquelle une tumeur assez régulièrement arrondie commence à se dessiner dans la région hypogastrique, on peut croire à un commencement de grossesse. Je sais bien que, dans ce dernier cas, les modifications offertes par le col dans le troisième ou le quatrième mois, modifications qui portent surtout sur sa forme, son volume, sa consistance, sa situation, l'évasement plus ou moins complet de son orifice externe, l'espèce de boursoufflement

œdémateux que présente la muqueuse qui recouvre les lèvres du museau de tanche, jointes au développement régulier du segment inférieur de l'utérus, au ramollissement léger qu'ont subi ses parois, à la continuité évidente de la base du col avec la tumeur qui remplit la partie supérieure de l'excavation; j'en suis bien, dis-je, que, dans la plupart des cas, ces différents caractères, assez faciles à constater avec un peu d'habitude, éloigneront l'idée d'un état morbide de l'ovaire. Mais enfin le col peut être déplacé par la tumeur de manière à avoir à peu près la même position que celle qu'il occupe dans les premiers mois de la gestation. Sa longueur, sa forme, celles de son orifice sont loin d'être les mêmes chez toutes les femmes, surtout quand elles ont eu un certain nombre d'enfants; une maladie peut avoir modifié sa consistance, et une ulcération granuleuse, par exemple, lui avoir donné quelque chose de celle qu'il présente dans les commencements d'une grossesse. Le point de départ de la tumeur hypogastrique n'est pas toujours un indice suffisant. Car, ainsi que nous l'avons déjà dit, le kyste ovarique peut dès le principe se porter vers la ligne médiane, et l'utérus, développé par un produit de conception, se dirige quelquefois d'un côté ou de l'autre du ventre, aussitôt qu'il s'est élevé au-dessus du détroit supérieur. La turgescence du mamelon, sa coloration foncée, qu'on a données comme signes certains de grossesse, sont encore trop peu marquées pour pouvoir être considérées comme éléments importants de diagnostic. Aussi, dans de pareilles conditions, est-il très-

difficile de se prononcer d'une manière précise, et le doute est bien certainement permis. Heureusement qu'ici la difficulté, et même souvent l'impossibilité d'un diagnostic exact n'a aucune conséquence fâcheuse; attendre, en effet, est dans les deux cas la seule chose à faire.

Mais il arrive une époque où l'erreur pourrait avoir les conséquences les plus funestes. Une jeune fille, dit M. Tavignot, vint consulter un praticien de province pour une tumeur qui, disait-elle, s'était développée en peu de temps dans un des côtés de son abdomen, et qui, à cette époque, dépassait la ligne médiane. Cette demoiselle nia formellement jusqu'à la possibilité d'une grossesse, et induisit ainsi en erreur le médecin qui, pensant avoir à faire à une hydropisie enkystée, se hâta, un peu à la légère sans doute, de pratiquer une ponction. Il survint un avortement d'un fœtus de huit mois, et, trois mois après, la mort de la malade. Plus souvent on a attribué à une grossesse le développement du ventre, uniquement dû à une hydropisie déjà avancée. Dans ce cas, l'erreur est moins grave, et n'a en général que l'inconvénient de déconsidérer le médecin. Il est donc bien important de se familiariser avec les signes propres à établir le diagnostic. Lorsque la femme a dépassé le sixième mois d'une grossesse supposée, il est en général assez facile de se prononcer.

Je ne m'arrêterai pas à examiner tous les signes fournis par l'examen du col et du corps de l'utérus : ils sont indiqués avec soin dans la plupart des traités d'accouchement. Quand le fœtus est vivant, il en

est trois qui doivent surtout fixer l'attention du chirurgien, parce qu'un seul bien constaté suffit en général, et que, dans le plus grand nombre des cas, on peut les observer tous trois.

Je veux parler des mouvements actifs du fœtus, des mouvements passifs ou communiqués (ballotement) et des doubles battements du cœur du fœtus : ce dernier signe est de tous le plus précieux, parce qu'il établit sans réplique l'existence d'une grossesse. Quelques personnes ont dit qu'on ne pouvait pas toujours, même après le sixième mois, entendre les pulsations fœtales. Je ne sais si les circonstances m'ont favorisé, mais j'affirme que, depuis cinq à six ans, il ne m'est pas arrivé une seule fois de rencontrer une femme véritablement enceinte d'un enfant vivant, et qui eût dépassé le sixième mois de sa grossesse, sans les entendre. Il est quelquefois nécessaire, il est vrai, de renouveler son exploration, parce qu'on peut se trouver une première fois dans des conditions défavorables; mais lorsque, après avoir répété plusieurs fois mon examen, je n'aurai pas entendu les battements du cœur, je ne craindrai pas d'affirmer que la femme n'est pas enceinte, et, si elle est enceinte, qu'elle n'est pas enceinte de six mois, ou que son enfant est mort.

Ce dernier cas est le plus difficile; cependant aidé des renseignements fournis par la femme, et des signes fournis par le toucher vaginal et le palper abdominal, on pourra se prononcer avec assez de certitude. Le toucher, en effet, fera voir les modifications offertes par le col, pourra faire constater le

ballotement ; et l'exploration du ventre fera reconnaître la forme régulière de l'utérus , et la souplesse de ses parois : quelquefois même on pourra sentir les inégalités offertes par les saillies qui appartiennent au corps du fœtus.

L'existence d'une grossesse extra-utérine pourrait offrir quelque embarras. Toutefois , si le fœtus est vivant , nous aurons dans l'auscultation , et les mouvements actifs du fœtus , des données suffisantes ; mais s'il a cessé de vivre , le diagnostic devient plus difficile. Les antécédents de la malade auront une grande importance , surtout si le fœtus a vécu assez longtemps pour que ses mouvements aient été nettement perçus ; l'état stationnaire de la tumeur , sa dureté , les inégalités qu'on peut quelquefois distinguer à travers l'épaisseur de ses parois sont autant de documents qu'il ne faut pas négliger. Les hommes les plus habiles s'y sont trompés , et M. Brichteau rapporte qu'une femme chez laquelle on reconnut plusieurs des signes de la grossesse , et qui présentait un bruit de souffle très-manifeste dans la région occupée par la tumeur , fut soupçonnée de porter le produit d'une grossesse ovarique. La gastrotomie fut pratiquée , et on ne trouva aucune trace de grossesse. La femme mourut le sixième jour.

L'existence d'une hydropisie de l'ovaire n'exclut pas celle d'une grossesse , et on a vu des femmes avoir plusieurs enfants pendant le cours de la maladie. Le ventre offre alors deux tumeurs distinctes , dans l'une desquelles sont perçus les bruits du cœur , les mouvements actifs du fœtus , tandis que

rien de semblable ne peut être constaté dans l'autre.

H. Des tumeurs fibreuses développées dans l'excavation, ou dans les organes qui s'y trouvent placés, ont quelquefois été prises pour des kystes de l'ovaire. M. Gaubrie a cité à la Société anatomique deux observations dans lesquelles une pareille erreur fut commise. La dureté de la tumeur, l'absence de fluctuation, la marche toujours lente de la maladie devront particulièrement fixer l'attention. Dans bien des cas pourtant, on pourra éprouver un grand embarras.

§ II. — Diagnostic des diverses variétés du kyste.

Ce n'est pas assez, pour le traitement, d'avoir reconnu que la malade est réellement affectée d'un kyste de l'ovaire; il est encore très-important de reconnaître la variété à laquelle appartient le kyste. Quel résultat, en effet, pourrait avoir la ponction dans un cas de kyste multiloculaire et multiple? L'importance du sujet mériterait une grande précision; malheureusement, les signes diagnostiques donnés par les auteurs sont peu nombreux.

Le kyste multiloculaire présente une surface inégale dont on peut, en palpant avec soin l'abdomen, reconnaître les bosselures et les dépressions; on peut quelquefois aussi les sentir par le vagin et par le rectum (Cruveilhier). Son accroissement se fait lentement, dit Bréra (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*), et une fois qu'elle a acquis un certain volume, ses parois prennent une épaisseur et une dureté cartilagineuses. La fluctuation y est

en général assez obscure, souvent nulle. Quelquefois on la perçoit sur un seul point de la tumeur, et on ne la perçoit pas ailleurs.

L'hydropisie uniloculaire, au contraire, est unie, égale à sa surface extérieure; son développement est plus rapide, la fluctuation et l'ondulation du liquide y sont plus faciles à constater.

Le même intérêt s'attache au diagnostic de la nature et de la consistance du liquide. Il me paraît impossible, dit M. Cruveilhier, de distinguer le kyste uniloculaire gélatineux du kyste uniloculaire séreux; la fluctuation m'a paru la même dans les deux cas. Je crois bien qu'il n'y a pas une grande différence; mais il me semble cependant difficile que le liquide séreux ne donne pas une fluctuation plus nette.

Lorsque le kyste contient des hydatides, la perception du frémissement hydatique a été signalée par tous les auteurs modernes, et d'abord par M. Piorry. Il consiste dans une vibration, une oscillation très-analogue à celle que font sentir au doigt qui percute le timbre d'une montre à répétition, et les fauteuils qui contiennent des ressorts élastiques. C'est un sentiment de frémissement qu'il provoque, et qui rappelle très-bien au toucher et à l'ouïe les oscillations que présente à la vue la gelée de viande solidifiée, et qui vient d'être agitée par une cause quelconque (Piorry).

§ III. — Diagnostic des complications.

Au point de vue du traitement, les complications les plus importantes à connaître sont l'ascite, la grossesse, les adhérences, la coexistence de tumeurs de mauvaise nature, soit dans les parois de la tumeur, soit dans les organes voisins.

Nous venons de parler dans le paragraphe précédent des signes qui pouvaient faire reconnaître la grossesse et l'ascite, soit isolément, soit qu'elles existent en même temps qu'une hydropisie enkystée de l'ovaire, et nous n'avons rien à ajouter à ce que nous en avons dit.

A. *L'affection cancéreuse* complique si souvent l'hydropisie enkystée que Ledran pensait que cette maladie commençait toujours par le squirrhe et n'en était qu'un symptôme; nous avons déjà vu que Delpech professait une opinion à peu près semblable. Il est certain pourtant qu'elle est trop exclusive; mais protégée par les deux noms que je viens de citer, elle doit inspirer une grande réserve dans les tentatives de cure radicale.

Quand la tumeur n'est pas très-volumineuse, on peut quelquefois distinguer des masses charnues, bosselées, inégales sur un des points de sa surface, mais quand elle a pris une grande extension, elle masque par sa masse toutes les autres tumeurs, et le diagnostic est à peu près impossible.

B. *Adhérences*. — L'extirpation des ovaires, remise en honneur dans ces derniers temps, surtout par les praticiens anglais, a fixé l'attention des chirurgiens sur les moyens propres à reconnaître les

adhérences que la tumeur peut avoir contractées avec les parties voisines. On comprend, en effet, de quelle importance il est, quand on se propose de pratiquer cette opération, de pouvoir s'assurer si elle est libre et mobile dans la cavité abdominale.

Dans les tumeurs anciennes les adhérences sont en général étendues; l'origine récente de la tumeur est donc une circonstance qui peut en éloigner l'idée. La mobilité de la tumeur n'existe que dans le cas où celle-ci est peu considérable, et, qu'il y ait ou non des adhérences, elle sera à peu près nulle lorsque la maladie sera assez avancée pour nécessiter une opération. Dans ces dernières années, Bright avait signalé un bruit de cuir neuf, une espèce de craquement ou de crépitation qu'on percevait en pressant légèrement la main sur les parois abdominales, et qu'il attribuait aux adhérences établies entre les parois abdominales et la tumeur; mais, suivant Corrigan, la seule condition nécessaire à la production de ce bruit, c'est la formation d'une couche de lymphe épaisse et consistante à la surface du péritoine.

Ce signe, eût-il d'ailleurs toute la valeur qu'a voulu lui donner M. Bright, ne pourrait se rattacher qu'aux adhérences antérieures de la tumeur, et malheureusement elles ne sont ni les seules ni les plus fortes que la tumeur puisse contracter. Avouons donc que, dans l'état actuel de la science, les signes nous manquent dans la plupart des cas pour établir, avec la précision nécessaire à la détermination d'une opération grave, 1° la dégénération cancéreuse d'une portion des parois de la tumeur ou des organes voisins; 2° l'isolement de la tumeur et ses adhérences avec les parties voisines.

ARTICLE SIXIÈME.

Pronostic.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer nous dispensent de nous étendre longuement sur le pronostic des kystes de l'ovaire.

Grave en général, puisqu'elle ne peut guérir sans compromettre plus ou moins sérieusement la vie de la femme, cette maladie présente cependant dans sa marche des variations qui modifient singulièrement le pronostic. Nous avons vu en effet que, si elle peut rester stationnaire pendant un très-grand nombre d'années; si, pendant tout ce temps, elle peut ne constituer pour la malade qu'une incommodité assez légère, elle peut prendre tout à coup une marche beaucoup plus active, et devenir une cause d'accidents sérieux. Les ruptures spontanées, les inflammations du kyste étant des accidents très-redoutables, il est évident que la maladie sera beaucoup plus grave chez les femmes que leur profession place dans la nécessité de porter de lourds fardeaux, de faire des efforts violents, ou qui sont exposées à recevoir des coups, des pressions brusques, des violences extérieures sur la région abdominale.

Sous le rapport des indications thérapeutiques, le kyste uniloculaire simple est beaucoup moins grave que les kystes multiples ou multiloculaires. Inutile d'ajouter que les dégénérescences des parois du kyste, l'altération profonde d'un des organes voisins, les adhérences plus ou moins intimes sont autant de circonstances fâcheuses.

La survenance d'une grossesse est encore une circonstance doublement nuisible : si la tumeur est considérable, en effet, il est à craindre que, gênant le développement de l'utérus, elle ne devienne une cause d'avortement, ou que, comprimée par la matrice, elle ne s'irrite, ne s'enflamme. Si elle est peu volumineuse, elle ne s'opposera pas au développement du fœtus ; mais elle pourra, au moment du travail, devenir cause de dystocie, et obliger alors à une ponction vaginale, qui, faite dans de mauvaises conditions, peut entraîner pour la mère les plus graves dangers.

ARTICLE SEPTIÈME.

Traitement des kystes séreux.

Dans une autre partie de cette thèse, nous avons parlé du traitement des kystes de l'ovaire qui contiennent divers produits de conception, en annonçant que la thérapeutique de ces affections trouverait son complément dans l'exposé du traitement des kystes séreux ; ainsi, bien que cet article soit spécialement consacré à cette dernière variété des kystes de l'ovaire, plusieurs des détails qu'il contient seront également applicables à ces tumeurs ovariennes renfermant des débris de fœtus, et dans lesquelles il s'est fait accidentellement une sécrétion considérable d'un liquide.

Des médications assez nombreuses ont été mises en usage, soit pour combattre les accidents divers déterminés par ces tumeurs, soit pour faire disparaître la tumeur elle-même ; de là deux ordres de

moyens thérapeutiques qui constituent les uns le traitement palliatif, les autres le traitement curatif.

§ 1^{er}. — Traitement palliatif.

Lors même que la tumeur n'a qu'un volume peu considérable, quelques malades éprouvent dans la région occupée par le kyste une douleur sourde et continue que la fatigue augmente; pour dissiper ce symptôme, il suffit quelquefois de prescrire le repos, des bains, des applications locales émollientes et sédatives.

Mais lorsque la masse morbide a pris un accroissement considérable, indépendamment des douleurs qui peuvent exister comme dans le premier cas, et qui exigent encore le même traitement, les malades éprouvent un tiraillement, une distension douloureuse des parois antérieure et latérale de l'abdomen déterminés par le poids de la tumeur. Pour remédier à cet accident, on devra soutenir la paroi abdominale à l'aide d'une large ceinture à laquelle on pourra ajouter des bretelles, afin de transmettre à la charpente du tronc, par l'intermédiaire des épaules, une partie du poids que supporte principalement la région hypogastrique.

Lorsque le kyste vient à s'enflammer, lorsqu'une péritonite partielle ou générale se développe, quelle que soit d'ailleurs sa cause, qu'elle succède à une phlegmasie qui a pris naissance dans le kyste, et qui s'est étendue aux parties voisines, qu'elle résulte des frottements ou de la pression exercés par celui-ci, ou même de la rupture du kyste, le traitement est

le même : c'est aux moyens antiphlogistiques qu'il faut avoir recours ; les émissions sanguines locales seront surtout indiquées. Elles devront être employées dès le début, et leur abondance sera subordonnée à l'état des forces de la malade. Est-il besoin de dire que ces moyens seront secondés dans leur action par des applications émollientes : bains, cataplasmes, fomentations, et par un régime sévère ?

Si les symptômes propres à la phlegmasie développée dans le kyste, après avoir persisté pendant plusieurs jours avec une certaine acuité, se calment graduellement, si la malade présente l'ensemble de ces phénomènes qui coïncident ordinairement avec la formation du pus, tels que douleur pulsative, frissons irréguliers alternant avec de la chaleur et de la sueur, si en même temps la tumeur semble avoir augmenté de volume, et s'approcher de la surface du corps, il y a lieu de croire que l'inflammation du kyste s'est terminée par suppuration. On doit alors se demander s'il n'est pas convenable de donner issue au pus par une ponction. Certes, il n'y aurait point à hésiter, si les signes que je viens de rappeler pouvaient faire diagnostiquer avec certitude la présence d'une collection purulente dans l'intérieur du kyste ovarien. Mais il faut bien remarquer qu'il n'en est pas pour les kystes séreux comme pour les tumeurs qui contiennent des produits de conception. Ces dernières étaient solides, ou presque solides avant le développement de l'inflammation ; au bout de quelques jours elles s'accroissent, et en même temps elles deviennent fluctuantes. La

fluctuation est alors un indice presque certain de la formation d'un foyer purulent ; mais pour les kystes séreux, comme avant d'avoir été envahis par l'inflammation, ils présentaient déjà de la fluctuation, ce signe n'a plus la même valeur diagnostique. Quelle sera dans ce cas la conduite du chirurgien ? Comme la présence du pus est sinon certaine, du moins très-probable, nous pensons qu'il devra faire une ponction au kyste ; si celui-ci contient de la sérosité, cette opération ne fera point courir à la malade de dangers sérieux. Contient-il du pus ? On aura fait l'opération la mieux indiquée. On se conduira d'ailleurs pour faire cette ponction d'après les règles que nous indiquerons à l'occasion du traitement curatif, c'est-à-dire que l'on cherchera à faire naître des adhérences dans le point où l'on se propose d'ouvrir la tumeur, à moins cependant que la collection purulente ne vienne faire saillie dans une région qui permette de pratiquer la ponction sans traverser le péritoine.

La tumeur, située d'abord dans une des fosses iliaques, remplit bientôt toute l'enceinte de la cavité abdominale, et la distend en exerçant une pression excentrique à sa surface interne ; les organes en contact avec la tumeur sont d'abord refoulés ; mais bientôt ils sont soumis à une pression incompatible avec le libre exercice des fonctions qu'ils doivent accomplir : c'est ainsi que l'on observe de la dysurie dépendant de la compression de l'urètre, la constipation, produite par la compression du rectum, la dyspnée, provoquée par le refoulement du diaphragme, dont l'abaissement devient très-difficile.

La circulation abdominale, étant plus ou moins entravée, amène le développement variqueux des veines du rectum et l'apparition de tumeurs hémorroïdales. Pour faciliter l'émission de l'urine, il suffit quelquefois de faire prendre à la malade une position qui fasse remonter la tumeur vers la partie supérieure de l'abdomen, en la faisant placer horizontalement, la poitrine un peu plus basse que le bassin.

Si cela ne suffisait pas, si le soulèvement de la tumeur, exercé avec les deux mains réunies sur la région hypogastrique, ne faisait pas cesser la compression de l'urètre, il serait alors indiqué de pratiquer le cathétérisme. La constipation sera surtout combattue à l'aide de lavements et de laxatifs.

De tous les symptômes, le plus pénible est certainement la gêne de la respiration, et lorsque la dyspnée est portée très-loin, la malade réclame avec instance une opération propre à l'en délivrer. C'est alors que la ponction offre une ressource précieuse.

Depuis que Cheselden et Delamotte démontrèrent que la paracentèse peut être utilement employée dans le traitement des hydropisies enkystées de l'ovaire, cette opération a été pratiquée par presque tous les chirurgiens, malgré les objections théoriques à l'aide desquelles on l'avait combattue. Quelques chirurgiens, en effet, étaient arrêtés par la crainte de voir la ponction suivie d'un épanchement de liquide dans la cavité du péritoine; mais tant que la canule est enfoncée dans les parois du kyste, celle bouche complètement l'ouverture faite par le poin-

çon, et s'oppose au passage du liquide, et après l'extraction de la canule, les bords de l'ouverture se rapprochent et ferment la plaie. On sait, en effet, que les instruments piquants traversent nos tissus plutôt en les écartant qu'en les divisant. D'ailleurs, en admettant qu'une petite quantité de sérosité s'épanchât dans la cavité du péritoine, n'est-il pas probable que ce liquide serait promptement résorbé ? On a encore objecté que, si le kyste est formé de plusieurs loges, la ponction ne procurera qu'une évacuation incomplète ; cette objection est sans doute fondée, et on ne saurait, en effet, nier que les kystes multiloculaires se prêtent moins avantageusement à la ponction que ceux qui sont formés par une seule poche ; mais encore, dans ce cas, il est possible que l'évacuation du liquide contenu dans une des cellules fasse cesser l'extrême distension des parois de l'abdomen, et procure à la malade quelque soulagement.

A quelle époque convient-il de pratiquer la ponction ? — Suivant Boyer, il ne faut recourir à cette opération que quand « le volume du bas-ventre est devenu si considérable qu'il rend la respiration presque impossible, ou qu'il donne lieu à des accidents que l'on ne peut dissiper par les moyens ordinaires. L'expérience, dit-il, a démontré l'inutilité et le danger des ponctions pratiquées à une époque peu avancée de la maladie, dans le but de ralentir ses progrès et même d'obtenir une cure radicale ; en effet, le sac membraneux ne tarde pas à se remplir de nouveau, de sorte que l'on est bientôt obligé de faire une seconde ou une troisième

ponction. Or, l'observation a appris que le liquide se reproduit avec d'autant plus de rapidité qu'il a été fait un plus grand nombre de ponctions, qu'il s'altère, que les malades sont épuisées par ces pertes abondantes, et que la mort arrive plus promptement que si l'on avait différé la ponction. La doctrine que je viens d'exposer est celle qui règle maintenant la pratique de presque tous les chirurgiens français.

Lorsqu'on emploie la ponction comme moyen palliatif, c'est sur les parois antérieures ou latérales de l'abdomen qu'on la pratique. Pour les épanchements sérieux qui se font dans le péritoine, il est possible d'assigner avec une certaine précision le lieu où doit être faite cette opération, car dans ces cas la disposition anatomique des parois abdominales ou des viscères varie en général fort peu. La distension du ventre se fait d'une manière régulière, tandis que dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire, le lieu le plus convenable pour pratiquer la ponction, est souvent déterminé par la position qu'a prise la tumeur, par la saillie plus ou moins considérable qu'elle forme sur un des points de l'enceinte abdominale, par la consistance que présentent les différentes bosselures de sa surface. Dans l'absence de toute indication tirée d'une circonstance propre à la tumeur, on devra faire la ponction dans l'un des points qui ont été donnés comme lieu d'élection pour la paracentèse abdominale, c'est-à-dire sur le milieu d'une ligne étendue de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, comme le veut Monro, ou

comme le font depuis Palfyn la plupart des chirurgiens français, vers le milieu d'un triangle dont les angles répondraient : 1° à l'ombilic, 2° au milieu de la crête iliaque, 3° au milieu du rebord inférieur de la poitrine. Pour ce qui concerne le côté, on choisira celui qui correspond à l'ovaire affecté, car généralement la tumeur refoule l'utérus du côté opposé, de sorte que l'on n'est point exposé à blesser cet organe; cependant cet accident est arrivé dans un cas cité, à M. Voisin, ancien chirurgien de Versailles, et Delpech dit avoir trouvé un kyste de l'ovaire qui avait entraîné l'utérus, de manière que cet organe, porté du même côté que celui correspondant à l'ovaire malade, aurait certainement pu être atteint par l'instrument.

Les chirurgiens anglais donnent généralement la préférence à la ponction pratiquée sur la ligne blanche, au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le pubis; mais il est difficile, dans ce cas, de donner au malade une position favorable à l'écoulement du liquide. Quelques chirurgiens ont pensé qu'il y aurait de l'avantage à ponctionner le kyste dans le point le plus déclive, et ils ont conseillé de faire la ponction par le vagin, lorsque l'on sent au fond de ce conduit la tumeur fluctuante; mais cette opération ne présente pas, dans le cas qui nous occupe, d'avantages réels. Elle peut quelquefois présenter moins de certitude dans son exécution que la ponction faite sur la paroi antéro-latérale de l'abdomen : nous ne croyons donc pas devoir la conseiller comme méthode générale.

Lorsque le trois quarts a pénétré dans le kyste, le liquide s'écoule avec facilité s'il est séreux ou séro-sanguinolent, avec plus de difficulté s'il est plus consistant. C'est pour parer à cet inconvénient que l'on a conseillé de se servir d'un trois-quarts de gros calibre; mais il est douteux que cet instrument réussisse mieux que le trois-quarts ordinaire. D'autres fois le liquide s'écoule d'abord facilement, puis l'écoulement s'arrête tout à coup avant que la tumeur abdominale se soit beaucoup affaissée : cela indique que le kyste est formé de plusieurs loges, et qu'une seule d'entre elles a été vidée par la ponction. Faut-il alors chercher à ponctionner de suite une autre poche? Nous pensons qu'il est en général plus prudent d'ajourner cette opération.

Cependant la conduite à suivre est subordonnée aux circonstances. On conçoit, en effet, que, si on est tombé dans une poche peu volumineuse, si la quantité de liquide écoulé est peu considérable, si les accidents persistent, les mêmes raisons qui ont déterminé la première ponction existent encore, et que, si on sent un point fluctuant, il n'y a aucun motif pour ne pas la renouveler.

Lorsque le kyste est uniloculaire, il se vide complètement. La malade est soulagée instantanément; la respiration devient plus facile; la circulation reprend son cours régulier; en un mot, tous les phénomènes déterminés par la pression de la tumeur disparaissent; mais au bout d'un temps variable la tumeur reparaît ou s'accroît, si elle n'avait pas complètement disparu, et elle finit par reprendre le

volume considérable qu'elle avait avant la première opération. Une seconde ponction est suivie du même soulagement immédiat, et après celle-ci le liquide se reproduit un peu plus promptement. Après un nombre considérable de ponctions, cette reproduction se fait avec une incroyable rapidité. C'est ainsi que Portal parle d'une malade chez laquelle on était obligé de faire la ponction tous les vingt jours, et chez laquelle on retirait de vingt-cinq à vingt-huit pintes de liquide à chaque ponction. M. Michon a pratiqué plusieurs fois la paracentèse à une dame qui l'avait déjà subie très-souvent, et chez laquelle une semblable quantité de liquide était retirée à chacune des ponctions que l'on faisait à huit jours d'intervalle.

On sait que c'est dans ces circonstances que l'on a eu l'occasion de pratiquer cette opération un nombre de fois très-considérable chez le même sujet. C'est ainsi que J. Hunter la pratiqua quatre-vingts fois dans l'espace de vingt-six ans; Laflize, quatre-vingt-dix fois en trois ans; Latham cent cinquante-cinq fois.

La malade de M. Michon avait été opérée plus de deux cents fois. Enfin, le cas le plus extraordinaire est celui de Bezard qui la pratiqua six cent soixante-cinq fois en treize ans, et retira une quantité de liquide qui, évaluée d'après la moyenne de ces ponctions, s'élevait à dix mille deux cent soixante-quinze pintes.

La simple ponction est assez rarement suivie d'accidents; on en observe cependant quelquefois. Ces

accidents sont, 1° l'inflammation du kyste, 2° la péritonite, 3° une inflammation phlegmoneuse des parois de l'abdomen. Sur un nombre considérable d'observations que j'ai consultées, je n'ai trouvé qu'un cas d'hémorragie; cependant Delpech semble beaucoup redouter cet accident. Il avait été frappé du volume et du nombre des vaisseaux que l'on trouve dans les tumeurs de l'ovaire; c'est pourquoi il donne le précepte, quand une première ponction a déjà été faite sans accidents, d'enfoncer le trois-quarts précisément sur la cicatrice de la première ponction, pour être sûr de ne point rencontrer un vaisseau. L'accident signalé par Delpech n'est certainement point impossible; cependant ses craintes nous paraissent exagérées.

L'inflammation des parois du kyste, à la suite de la ponction, est généralement un accident grave; il s'annonce par des symptômes qui ressemblent beaucoup à ceux de la péritonite avec laquelle on la confond souvent, et se termine ordinairement par la mort. Cette inflammation, ainsi que la péritonite consécutive à l'opération, exige le même traitement que la phlegmasie spontanée de ces organes.

Quant au phlegmon des parois abdominales, il requiert le même traitement que dans une autre région.

Tels sont les accidents que l'on a eu le plus souvent occasion d'observer après la ponction. Nous avons déjà dit que ces accidents sont heureusement assez rares; aussi ne partageons-nous pas les craintes qu'elle semble inspirer à quelques auteurs. On trouve dans

le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, juin 1844, un tableau emprunté à un article publié dans la *Gazette médicale de Londres*, par le docteur Southam, tableau établi d'après l'observation de vingt cas dans lesquels on a employé la ponction comme moyen palliatif; or, il résulte de ce tableau que quatorze des malades moururent dans l'espace de neuf mois après la première ponction; que parmi les six autres, deux moururent dans l'espace de dix-huit mois, et quatre vécurent pendant une période d'années qui varie depuis quatre ans jusqu'à près de neuf ans. L'auteur tend à en tirer cette conclusion que la ponction a peut-être avancé le terme de la vie; mais pour pouvoir porter un jugement sur ces faits, il serait indispensable de connaître quel était l'état des malades lorsque l'on a fait la première ponction; quelles étaient les complications de la maladie, et, enfin, quel temps s'était déjà écoulé depuis l'invasion des accidents.

Ainsi que nous l'avons dit, l'existence d'un kyste de l'ovaire n'exclut pas la possibilité de la conception; et nous avons à nous occuper des indications que cette coïncidence peut présenter, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail de l'accouchement.

1°. *Pendant la grossesse.* — A moins que la tumeur ovarienne n'ait un volume très-considérable, il est excessivement rare qu'elle s'oppose, pendant les quatre ou cinq premiers mois, au développement régulier de l'utérus. D'ailleurs, l'état de gestation est si souvent méconnu par la femme elle-même jus-

qu'à cette époque, qu'à moins que des signes d'avortement ne se manifestent, il est très-rare que le médecin soit consulté dans les cas dont nous parlons. Ce n'est, en général, qu'après la seconde moitié de la grossesse que commencent à se faire sentir la plupart des inconvénients que nous avons signalés.

La compression que la tumeur et l'utérus exercent l'un sur l'autre peut produire, dans la pression, des douleurs plus ou moins vives, une véritable inflammation, en un mot, qui peut aller jusqu'à inspirer des craintes sérieuses sur la santé et la vie de la malade; c'est surtout sur le danger de cette inflammation de la tumeur qui peut avoir lieu, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, qu'a insisté M. Ashwell. (*On premature labour in pregnancy, complicated with organic diseases.*) D'un autre côté, le développement régulier de la matrice peut être empêché, et l'accouchement prématuré peut en être la conséquence.

L'auteur que nous venons de citer considère l'accouchement prématuré artificiel comme le moyen le plus propre à prévenir tous ces accidents. Applicable peut-être dans certains cas de tumeurs solides, ou renfermant des matières assez épaisses pour ne pouvoir être évacuées par la ponction, cette opération doit être, à mon avis, rejetée toutes les fois qu'on peut espérer vider la tumeur par le troiscuarts. Dans les cas douteux, il conviendrait certainement, avant d'en venir à la provocation de douleurs prématurées, de pratiquer une ponction exploratrice pour bien s'assurer de la nature du liquide.

Dans les cas où le volume du kyste est tel qu'on a toute raison de craindre, soit son inflammation, soit l'expulsion prématurée d'un fœtus non viable, je pense qu'il faut recourir à la ponction dans les conditions que nous venons d'indiquer. Dans le cas déjà cité d'Emery, elle fut pratiquée six fois dans la même grossesse, et la distension de la tumeur était telle qu'on retira, en une seule fois, quarante-deux pintes de liquide.

2° *Pendant le travail.*—Mais c'est surtout pendant le travail que ces tumeurs constituent une complication grave, et qui nécessite toute l'attention du chirurgien. Nous avons déjà fait pressentir qu'il est bien important de distinguer, dans le cas qui nous occupe, le siège précis de la tumeur. Lorsqu'en effet elle a acquis un grand développement, elle est quelquefois élevée en totalité au-dessus du détroit supérieur, et laisse libres les voies que le fœtus doit traverser. Mais il peut arriver qu'une portion plus ou moins considérable de la tumeur, souvent même la tumeur entière, obstrue l'excavation pelvienne et rende la parturition toujours difficile, souvent impossible. Comme les indications varient alors suivant le siège, le volume, la nature, la mobilité ou la fixité de la tumeur, nous croyons utile de tenir compte de ces diverses circonstances.

Presque toujours les tumeurs formées par l'ovaire déplacé tombent dans le cul-de-sac que forme le péritoine, en se réfléchissant de l'utérus sur la face antérieure du rectum. Dans un seul cas cité par Jackson, elle était située derrière le rectum, qu'elle

refoulait au-devant d'elle. Cette anomalie singulière doit être notée avec soin.

Le volume et la forme de ces tumeurs ovariennes varient beaucoup, depuis le volume d'une petite orange jusqu'à celui de la tête d'un enfant. Tantôt elles n'occupent qu'une partie de l'excavation, tantôt elles l'emplissent tellement qu'il est à peine possible de glisser le doigt entre elles et les parois du bassin.

Il est important de constater ces différences de siège et de volume ; mais il ne l'est pas moins de s'assurer de la nature de la tumeur, de la matière qui la constitue. Dans quelques cas d'hydropisie de l'ovaire, la fluctuation est si évidente que le doute n'est pas possible ; mais quelquefois cette sensation n'est pas clairement perçue ; la surface lisse et polie de la tumeur, sa forme arrondie, comparées aux inégalités, aux bosselures qu'elle présente dans les dégénéralions cancéreuses de cet organe pourront éclairer le diagnostic. La densité de la tumeur liquide, la résistance élastique et la fluctuation qu'elle présente sont singulièrement modifiées pendant la contraction. Pressée violemment alors par la tête du fœtus, la tumeur, d'abord molle et facilement fluctuante, devient dure, tendue, résistante ; aussi est-il bon de l'examiner pendant et après la douleur, car les différences qu'elle présente sont encore un des éléments du diagnostic : l'exploration sera faite à la fois par le vagin et le rectum. C'est le meilleur moyen de distinguer les tumeurs de l'ovaire de celles qui appartiennent à l'utérus ou au vagin. Cette double exploration ne permet de les confondre qu'avec les

tumeurs de la cloison recto-vaginale ; mais l'erreur serait alors peu grave, puisque les deux cas présentent les mêmes indications.

La conduite à suivre, dans les cas dont nous parlons, n'est pas toujours la même. Si le volume et le siège de la tumeur permettent d'espérer l'accouchement spontané, il n'y a évidemment rien à faire. Lorsque la tumeur est mobile, que la tête n'est pas encore engagée, il est de précepte de chercher à la refouler au-dessus du détroit supérieur. Si après cette répulsion, la tumeur avait encore quelque tendance à retomber, il faudrait rompre les membranes lorsqu'elles sont encore intactes, et, si la dilatation était complète, la maintenir pendant qu'on irait chercher les pieds, ou qu'on pratiquerait l'application du forceps.

Mais, dans quelques cas plus graves, l'engagement de la tête ou les adhérences de la tumeur rendent son refoulement impossible. C'est ici surtout qu'il importe d'être bien fixé sur sa nature; et, si les signes indiqués plus haut n'avaient pas suffi pour éclairer le diagnostic, il faudrait pratiquer une ponction exploratrice, qui fixerait sur l'état liquide ou solide de la tumeur. Si on constate une hydropisie de l'ovaire, on pratique une ponction avec un trois-quarts un peu plus gros que celui qui a servi à la ponction exploratrice. Une incision serait évidemment nécessaire, si le kyste était multiloculaire, ou contenait une espèce de bouillie, dont l'issue ne pourrait avoir lieu par la canule du trois-quarts.

Cette incision ou cette ponction se pratique ordi-

nairement par le vagin. C'est en effet par là que l'évacuation des matières est plus facile. Quelques personnes, cependant, craignant que l'incision pratiquée sur la paroi vaginale ne s'agrandisse au moment du passage de la tête de l'enfant, ont proposé d'introduire l'instrument par le rectum. Ce procédé, qu'on doit en général rejeter, devrait être certainement suivi dans un cas où la tumeur serait placée entre la face antérieure du sacrum et la face postérieure du rectum.

Enfin, la tumeur est solide, ne peut être refoulée, et son volume est tellement considérable qu'elle rend impossible l'extraction du fœtus. Le cas est alors des plus graves, puisqu'on n'a plus à choisir qu'entre l'extirpation de la tumeur, l'embryotomie ou l'opération césarienne. Si on pouvait s'assurer que la tumeur n'a pas contracté de larges et nombreuses adhérences avec les parties voisines, j'adopterais volontiers l'opinion de Merriman, qui conseille de procéder à son extirpation. Si on jugeait celle-ci impraticable, on aurait recours à l'embryotomie, dans les cas où la tumeur laisse entre elle et la paroi du bassin assez d'espace pour donner passage au fœtus saisi par le céphalotribe; dans le cas contraire, l'opération césarienne nous paraît la seule proposable.

TRAITEMENT CURATIF.

Le traitement curatif des hydropisies enkystées de l'ovaire peut être distingué en traitement interne ou médical et traitement externe ou chirurgical.

1° *Traitement médical.*

Les cas de guérison, dus uniquement à l'emploi des médicaments, sont si rares que lorsqu'on est assez heureux pour en rencontrer un seul, on est tenté de se demander si la force médicatrice de la nature ne doit pas avoir la plus grande part dans ces cures si exceptionnelles. Pour un malade heureux, en effet, combien d'autres qui, placés dans les mêmes conditions, n'ont retiré aucun avantage des mêmes médicaments. J'ai eu l'occasion d'observer, dit Hunter, un grand nombre d'hydropisies enkystées de l'ovaire, traitées par des médecins célèbres, aucune n'a été guérie, et je n'ai vu, dans aucun cas, le volume des kystes diminuer autrement que par la ponction. Les diurétiques, les purgatifs, et en général tous les remèdes capables de faciliter les sécrétions n'ont aucun effet, non-seulement pour guérir l'hydropisie enkystée de l'ovaire, dit Boyer, mais encore pour en ralentir les progrès; leur usage peut même devenir nuisible, en dérangeant les fonctions des organes digestifs; aussi on doit s'abstenir de ces médicaments.

Malgré ces imposantes autorités, autour desquelles se rangent la plupart des médecins modernes, il en est quelques-uns qui ne désespèrent pas complète-

ment encore des ressources de la thérapeutique. Aux purgatifs, aux sudorifiques, etc., on a substitué les fondants de toute sorte, et il paraît incontestable qu'on en a retiré quelques rares succès. Les bains salés, quelques eaux minérales, l'administration des mercuriaux, des préparations de plomb, d'or, d'iode ont tour à tour paru procurer un petit nombre de guérisons.

Parmi les essais faits en ce genre, il n'en est pas d'aussi encourageants que ceux tentés à l'hospice de la Charité et dans sa pratique par M. Rayer. Ce savant médecin a plusieurs fois tenté d'obtenir l'*atro-*
phie des tumeurs enkystées de l'ovaire, en provoquant dans ces tumeurs un travail qui a toujours été accompagné de symptômes inflammatoires. Pour cela, M. Rayer a eu recours à diverses préparations d'iode, et le plus souvent à de fortes doses de pommade d'hydriodate de potasse, employées en frictions sur la tumeur. Dans plusieurs cas, l'action de ce remède a été favorisée par l'enlèvement de l'épiderme sur des points correspondants à la tumeur. A la suite de ces frictions, employées pendant un temps convenable, et le plus souvent pendant plusieurs mois, la tumeur est devenue douloureuse ou au moins sensible au toucher; plusieurs malades ont éprouvé de la fièvre, et chez d'autres les symptômes inflammatoires ont pris, en peu de jours, assez d'intensité pour qu'on ait été obligé de les modérer par des bains et des topiques émollients, par des saignées générales ou locales, etc. M. Rayer pense que le travail ainsi provoqué dans ces tumeurs peut

être généralement maintenu ou ramené dans des limites telles, que la vie des malades ne court aucun danger. Une seule malade a été atteinte d'une péritonite grave qui a passé à l'état chronique, et a survécu à l'affaissement de la tumeur. Après avoir présenté, à diverses reprises, des rémissions et des exacerbations, l'inflammation a fini par se réduire à une douleur habituelle, mais supportable, dans la fosse iliaque gauche.

Des malades qui ont été ainsi traitées, et chez lesquelles la tumeur de l'ovaire avait le volume de la tête d'un enfant, trois ont complètement guéri après plusieurs mois de traitement. Quant aux autres, au nombre de trente environ, les unes n'ont pas voulu continuer ce traitement dont la longueur les décourageait, et les autres l'ont abandonné après des accidents inflammatoires qui avaient obligé de le suspendre.

En résumé, malgré ces inconvénients dont il ne dissimule point la gravité, et malgré ces insuccès, M. Rayer pense que ce mode de traitement peut être conseillé *toutes les fois que le volume du kyste de l'ovaire n'est pas très-considérable.*

Je ne vois aucun inconvénient, pour ma part, à tenter une pareille médication, en surveillant attentivement l'influence qu'elle peut avoir sur la constitution de l'individu. Mais les faits cités par l'illustre médecin de la Charité, tout en démontrant l'innocuité du médicament qu'il conseille, ne sont pas encore assez nombreux et auraient besoin d'être confirmés par de nouveaux succès.

2° *Traitement chirurgical.*

L'inutilité des médicaments internes dans le traitement de l'hydropisie enkystée de l'ovaire, a déterminé l'emploi de moyens plus énergiques. Les opérations pratiquées dans ce but sont : la ponction, l'incision, l'extirpation.

A. *La ponction.*

La ponction que nous avons conseillée, lorsque la suffocation est imminente, n'a pas toujours seulement pour résultat de faire cesser les souffrances et l'affreuse anxiété de la malade, et dans quelques cas heureux, mais, hélas! bien rares, elle a produit la guérison radicale de l'hydropisie enkystée. Déjà Duverney le jeune avait obtenu une guérison complète chez une jeune fille de vingt ans, dont le ventre avait commencé à se tuméfier depuis près de deux années. Elle avait été si bien guérie qu'elle se maria et qu'elle eut des enfants. La science possède aujourd'hui plusieurs faits à peu près semblables; Boyer en rapporte un dont il a été témoin; mais je ne puis résister au désir d'en citer un nouveau et que je dois à l'obligeance de M. le docteur Dhéré, qui a donné ses secours à la malade.

Madame P..., d'une constitution forte, d'un tempérament bilieux, d'une énergie morale très-grande, ayant des époques régulières, peu abondantes et de courte durée, avait conservé jusqu'à l'âge de quarante ans une santé inaltérable, malgré

une fausse couche, deux grossesses pénibles, deux accouchements naturels mais difficiles, et deux allaitements prolongés, et traversés par des fatigues excessives, des veilles et des chagrins.

Ce fut en 1836, après la mort de son dernier enfant qui avait succombé à la suite d'une très-longue et cruelle maladie, que la dame P.... éprouva quelques dérangements dans sa santé; qu'elle ressentit *des gonflements* dans le ventre, les règles restant toujours à l'état normal. Dix-huit mois plus tard, on constatait dans le côté droit du bas-ventre une tumeur qui appartenait évidemment à l'ovaire droit. Cette tumeur eut bientôt acquis le volume de la tête d'un fœtus à terme, et la fluctuation y devint manifeste. Alors madame P.... réclama les soins de M. le professeur P. Dubois qui confirma ce diagnostic (tumeur enkystée de l'ovaire droit), et qui, pendant cinq années, chercha, par le traitement le plus rationnel, à empêcher le développement du kyste. Malgré tous ses efforts, la tumeur augmenta, quoique lentement, et enfin elle présentait, il y a vingt mois, le volume de la matrice d'une femme à terme.

Pendant les cinq années qui avaient précédé cette dernière époque, la santé générale avait décliné; les traits étaient altérés, la décoloration très-marquée, et l'amaigrissement extrême. Les parois du ventre et celles du kyste réunies présentaient à peine l'épaisseur d'un centimètre, et le liquide qui, dans toutes les parties de la tumeur, avait une mobilité très-grande, paraissait aussi rapproché de la main qui l'explorait que dans les ascites les plus développées.

Cependant il est à noter qu'à ce moment même, c'est-à-dire six mois avant les accidents inflammatoires qui ont nécessité la ponction, il y eut un temps d'arrêt bien marqué dans le développement du kyste : la malade reprit un peu d'embonpoint, ses traits étaient moins altérés, sa décoloration moindre, ses forces un peu revenues; et cette amélioration eut lieu sans qu'il fût possible de lui assigner une cause, puisque le retour des règles qui avait lieu tous les quinze jours, avec une durée de sept à huit jours chaque fois, ne permettait plus d'employer les purgatifs aussi régulièrement qu'on l'avait fait jusqu'alors.

C'est dans ce moment, où l'on pouvait espérer d'enrayer cette affection, et où la maladie semblait passer à l'état d'infirmité, qu'à une époque menstruelle, un mois avant la ponction, et sans cause appréciable, la malade ressentit dans la tumeur des douleurs très-vives, comparables en tout à des douleurs de névralgie. Alors madame P.... fut forcée de garder le lit pendant trois jours, et les douleurs ne cédèrent qu'à l'emploi de légers révulsifs sur la peau de l'abdomen, des cataplasmes opiacés, des bains, etc. Ces douleurs, qui avaient complètement disparu, se renouvelèrent avec beaucoup plus d'intensité il y a onze mois. Alors elles s'accompagnèrent d'une réaction générale considérable, d'une extrême fréquence du pouls, de vomissements, de difficultés d'uriner et d'aller à la garde-robe, qui nécessitèrent plusieurs fois le cathétérisme et l'usage fréquent de lavements huileux. La dyspnée devint extrême, l'anxiété continuelle. Aucune position

n'apportait de soulagement à la malade qui, ne pouvant respirer ni assise, ni couchée, restait levée, malgré l'épuisement de ses forces, soutenue sur les bras des personnes qui l'entouraient, ou penchée en avant, le ventre appuyé contre le bord d'un lit, la tête et les bras reposant sur des oreillers. Pendant les trois jours et les trois nuits que dura cette terrible situation, M. le professeur Dubois s'était adjoint deux de ses collègues, MM. les professeurs Fouquier et Chomel qui virent assidûment la malade.

Les accidents furent combattus par tous les moyens que l'art pouvait indiquer : saignée, bains prolongés, bains de siège, applications émollientes, opiacées, etc., tout resta sans succès; la position s'aggravait de moment en moment, le pouls s'affaiblissait, l'asphyxie devenait imminente, et la malade, qui conservait toute sa force morale, et qui avait la conscience d'une augmentation incessante dans le volume de la tumeur, demandait à grands cris la ponction.

Le quatrième jour enfin, à leur consultation du matin, MM. Fouquier, Chomel et Paul Dubois pensèrent que la ponction devait être pratiquée, et elle le fut en effet quelques heures plus tard par M. P. Dubois.

Un large bandage compressif, muni de boucles métalliques et de forts rubans de fil, fut préalablement appliqué et serré convenablement au dessus du lieu d'élection où fut faite la ponction. A mesure que le liquide s'écoulait, les rubans du bandage,

passés dans les boucles, étaient resserrés, de telle sorte que la malade ne ressentit aucun effet de la déplétion qui s'opérait dans son ventre, et qu'il n'y eut pas la moindre disposition à la syncope.

M. Dubois jugea convenable de ne vider la tumeur qu'*aux deux tiers* environ; il tira six litres de liquide à peu près. Alors le bandage fut descendu et appliqué à demeure.

Le liquide obtenu était un peu trouble vu en masse, d'un brun rougeâtre, sanguinolent, et paraissait formé d'une sérosité très-fluide, plus ou moins citrine, mêlée à une certaine proportion de sang d'exhalation récente; tel était du moins l'aspect qu'il présentait vu en couches de peu d'épaisseur.

Après l'opération, la tumeur redescendit au-dessous de l'ombilic; le soulagement fut instantané; la malade put rester dans son lit, et goûter un peu de repos. Cependant le mouvement inflammatoire ne cessa pas; le pouls resta fréquent longtemps encore, la tumeur était toujours douloureuse à la pression; et quatre ou cinq jours après la ponction une nouvelle exhalation s'y était produite, l'avait élevée de nouveau au-dessus de l'ombilic, et faisait entrevoir la nécessité prochaine de recourir à une nouvelle ponction. Mais, après six à sept semaines d'un traitement parfaitement entendu, tous les symptômes, qu'avaient encore aggravés la maladie et la mort d'une personne attachée à madame P., et qui avait succombé à côté d'elle; tous les symptômes, disons-nous, cédèrent peu à peu; l'appétit reparut, les digestions, longtemps mauvaises, se rétablirent, les

forces revinrent, et la tumeur diminua de volume progressivement; ses parois acquirent une densité plus grande, et, enfin, aujourd'hui, elle présente à peine le volume du poing; elle est bien dure, et l'on n'y sent plus de fluctuation.

Depuis onze mois que la ponction a été faite, le rétablissement de la santé générale peut être considéré comme définitif; la malade a repris un embonpoint plus grand qu'à aucune autre époque; son teint est bon; elle a de la fraîcheur, et ses forces lui permettent de faire à pied, comme autrefois, de longues promenades.

Il est bon de noter que pendant plusieurs mois après la ponction, madame P. a ressenti dans la région de la tumeur une douleur fixe, comparable à celle d'un tiraillement produit par une adhérence récente. Ces douleurs ont complètement disparu; et les règles, qui se sont montrées deux fois depuis l'opération, semblent avoir définitivement cessé.

Comment s'opère la guérison de la tumeur? les parois du kyste se rétractent-elles peu à peu, ou la ponction détermine-t-elle dans le kyste une inflammation qui se termine par l'adhérence, comme cela a lieu ordinairement à la suite de l'inflammation des membranes séreuses, dans la tunique vaginale, par exemple, après l'injection vineuse ou iodée? Nous avouons ne pas être en mesure pour décider cette question.

Les faits de guérison spontanée ne sont pas encore assez nombreux. Cependant, en considérant le peu d'accidents qu'a éprouvés la malade dont nous

venons de rapporter l'histoire ; nous pencherions plutôt vers la première hypothèse. Ce retrait des parois de la tumeur est évidemment produit par leur propre élasticité et par la pression qu'exercent sur elle les parois abdominales et les organes voisins, qui tendent peu à peu à reprendre leur position et leur dimension normales depuis longtemps modifiées par la tumeur.

Effrayés par les accidents sérieux qui peuvent résulter d'une simple paracentèse abdominale, découragés par la promptitude avec laquelle se reproduit le liquide, rapidité d'autant plus grande qu'on a plus souvent vidé le kyste, inquiets surtout de l'épuisement toujours croissant des forces de la malade, de sa maigreur excessive quand la nécessité de l'opération se répète souvent, les chirurgiens se sont demandé s'il ne serait pas possible d'obtenir par l'art ce que la nature a fait plusieurs fois toute seule, je veux parler de la guérison radicale de la maladie. Dans cette intention, ils ont ajouté à la ponction plusieurs moyens variés, et qui tous avaient pour but de développer une inflammation dans les parois du kyste. Aussi, des injections ont été faites dans la tumeur ; on a introduit par l'ouverture pratiquée avec le trois-quarts, des mèches, des sondes, des tentes de diverses sortes qu'on y laissait à demeure, à la fois pour faciliter l'écoulement des liquides en maintenant l'ouverture béante, et pour arrêter par leur présence les parois de la poche.

Les premières injections faites dans l'intérieur du kyste sont simplement émollientes ; elles sont uni-

quement destinées à nettoyer la surface interne de la poche. Un peu plus tard, on a cherché à exciter les parois en injectant des gaz irritants, du vin chaud, des solutions de nitrate d'argent. Ollenroth a voulu agir encore plus énergiquement, et, dans le but de détruire en partie les parois du kysté et de rendre plus fluide le liquide quelquefois trop épais pour s'écouler facilement, il propose l'injection d'une solution faible de potasse caustique ou de teinture de cantharides. Les expérimentations faites sur les injections iodées dans les cavités closes ont dû nécessairement faire naître l'idée de les utiliser dans la cure radicale des kystes de l'ovaire. Je ne sache pas que ce dernier médicament ait été employé dans le cas qui nous occupe ; mais les expériences nombreuses de M. Velpeau ont tellement démontré son innocuité dans une foule de cas, qu'on pourrait peut-être y avoir recours dans un kyste peu volumineux.

Entretenir au pus ou autres liquides une issue facile est une chose importante, et qu'on a voulu obtenir en laissant à demeure dans l'ouverture, devenue fistuleuse, une bougie, une mèche ou une canule. Ce dernier instrument a été employé avec succès par Ollenroth (*London Med. Gazette*, 1835) chez une femme qui avait déjà subi sept ponctions assez rapprochées et inutiles. Ce médecin, après avoir pratiqué la ponction dans l'endroit où il l'avait déjà faite, a retiré le trois-quarts de la canule, et a introduit à la place une sonde en argent dont le bout interne était rond et troué. Après l'écoulement

de quatre à cinq litres d'un liquide jaunâtre, il a bouché l'extrémité de la canule avec un tampon, et a laissé l'instrument en place. Matin et soir, le tampon fut retiré pour laisser évacuer le liquide. Le vingthuitième jour seulement, l'instrument fut retiré. Pansement simple; guérison radicale qui se maintient depuis trois ans.

M. Rambaud a présenté à l'Académie des sciences, le 7 février 1841, un instrument destiné à faciliter l'évacuation des kystes de l'abdomen, et spécialement des kystes de l'ovaire; il a été imaginé dans le but :

1° De donner issue aux liquides contenus dans les tumeurs enkystées de l'abdomen, sans courir le risque d'un épanchement dans la cavité péritonéale ;

2° De déterminer une adhérence entre le feuillet pariétal du péritoine et celui qui forme la paroi interne du kyste ;

3° Et d'établir une fistule au moyen de laquelle le liquide sécrété par la surface interne du kyste s'écoule au dehors au fur et à mesure de sa formation, jusqu'à ce que les ressources de l'art ou les efforts de la nature en aient tari la source.

L'expérience n'a pas encore prononcé sur les avantages et les inconvénients de cet instrument.

Dans les cas où la ponction n'a pas été faite de manière à rendre facile l'écoulement du pus, Holscher et Truckmueller ont donné le conseil de pomper journellement au moyen d'une seringue le liquide contenu dans la cavité du kyste (*Encyclopédie de Schmidt, Leipzig, 1841*).

Après la ponction et la sortie des matières contenues dans l'intérieur du kyste, celui-ci se rétracte, et il est bien rare que l'ouverture pratiquée aux parois de la tumeur et celle qui a été faite aux parois abdominales conservent exactement leur rapport primitif. De ce défaut de parallélisme des deux ouvertures peut résulter un épanchement plus ou moins considérable dans le péritoine.

C'est pour le prévenir que quelques chirurgiens ont conseillé, avant de pratiquer la ponction, de chercher à déterminer des adhérences entre la séreuse pariétale et la portion du péritoine qui recouvre le kyste. Nous exposerons plus loin les divers procédés employés dans ce but ; car c'est surtout avec la pensée de pratiquer l'incision de la tumeur que les chirurgiens y ont eu recours. Parmi ces procédés, il en est un dont je parlerai en ce moment, parce que M. Trousseau, qui en eut le premier l'idée, l'employa avec le projet bien arrêté de pratiquer la ponction. Ce procédé consiste à introduire successivement plusieurs longues épingles à travers la paroi du ventre et jusque dans la tumeur. Je ne crois pouvoir mieux faire, pour en bien faire connaître les détails, que de rapporter l'observation suivante, que je dois à l'obligeance de M. le docteur Bouchut, interne distingué des hôpitaux.

Sophie Bernardin, âgée de trente-deux ans, qui deux ans auparavant avait déjà été traitée par M. Trousseau, pour des tumeurs qui probablement avaient leur siège dans le mésentère, et dont elle avait été bien guérie, commença à souffrir dans les

reins. Elle éprouvait des lassitudes, de la douleur à l'hypogastre. Bientôt apparut en cet endroit une tumeur fixée du côté gauche du petit bassin. Elle consulta M. Trousseau qui voulut attendre. Trois mois se passèrent et les accidents ne disparurent point, ils devinrent au contraire insupportables. La tumeur grossissait d'une manière menaçante, et quand la malade entra à l'hôpital, elle avait le volume d'une tête d'enfant.

Libre, légèrement mobile dans la partie inférieure de l'abdomen qu'elle distendait un peu, on pouvait, à travers la paroi, sentir la fluctuation. On la sentait également, par le rectum et le vagin, l'autre main étant placée sur la peau du ventre.

On recommença l'usage des altérants et des fondants, avec moins de persévérance peut-être que la première fois; mais la tumeur prenant chaque jour un volume plus considérable, les douleurs devenant plus vives, nous déterminèrent à tenter un moyen chirurgical pour débarrasser cette malade. Toute hésitation cessa lorsque, après avoir calculé les dangers du procédé, nous mettions devant nos yeux ceux qui suivent le développement d'une hydropisie enkystée.

Nous résolûmes donc d'essayer d'amener des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale; puis de l'ouvrir à l'aide d'un trois-quarts explorateur, et enfin de mettre dans ce trou une mèche qui pût faire dégénérer le trajet en fistule. De cette manière les parois du kyste pourraient peu à peu revenir sur elles-mêmes, et, avec le temps, s'accoller en se resserrant au point de tarir la fistule.

La première chose à faire était donc d'obtenir des adhérences entre le kyste et la paroi du ventre. Comme les procédés de MM. Récamier et Bégin ne sont pas toujours sans quelques inconvénients, nous avons employé le suivant.

Chaque jour application d'une ou plusieurs longues épingles, allant de la paroi abdominale jusque dans le centre de la tumeur, avec la précaution de comprimer assez le ventre pour fixer la tumeur en un point de l'abdomen. Il est facile de concevoir que, deux feuillets du péritoine se trouvant accolés, si une épingle vient à les traverser, il doit s'ensuivre une inflammation circonscrite qui, étant répétée tous les jours, amène une adhérence des deux feuillets. Alors on peut ouvrir la tumeur sans craindre que le contenu ne s'épanche ailleurs qu'au dehors.

Chez notre femme le traitement fut commencé le 2 février. La première fois on avait employé deux aiguilles avec des têtes de cire à cacheter. Elles furent placées du côté gauche, vers le milieu d'une ligne qui irait de la crête iliaque à la ligne blanche. Entre la tête de l'aiguille et la peau on eut le soin de mettre une rondelle en caoutchouc destinée à empêcher l'irritation du tégument externe.

La chaleur du corps ramollit la cire, et une aiguille se perdit dans la tumeur; le lendemain on n'en retira qu'une. Nous primes alors des aiguilles avec des têtes de verre.

Jusqu'au 17 février cinq applications d'aiguilles eurent lieu dans le rayon d'un centimètre autour de la première piqûre. Voici ce qui se passait après

chaque application : douleur immédiate très-vive au niveau de la piqure, augmentant rapidement en quelques heures au point de devenir insupportable. Cette douleur augmentait par les mouvements de la malade dans son lit et par les mouvements de respiration : soif vive, sécheresse de la gorge, peau chaude, fréquence du pouls, dysurie et suppression de l'urine, sommeil agité.

Les épingles furent laissées tantôt douze heures, tantôt vingt-quatre heures ; dès qu'on les retirait, tous les accidents disparaissaient.

Le 17. En faisant respirer la malade, en lui faisant retirer son ventre en arrière, il se produisait un enfoncement dans la peau au niveau de l'endroit d'application des aiguilles, absolument comme s'il y avait des adhérences entre la peau et une partie subjacente.

On fit alors une ponction avec un trois-quarts explorateur, et l'on retira environ huit onces de liquide filant, d'un jaune rougeâtre ; il est entièrement épais et formé d'albumine, et se prend en gelée blanche à l'aide de l'acide nitrique. Au dire de la malade, cette ponction fut moins douloureuse qu'une application d'aiguille.

Une fois le trois-quarts retiré, on mit à sa place une mèche composée de deux brins de fil de platine ; le ventre fut entouré d'un bandage compressif.

La nuit qui suivit cette opération fut bonne et le séjour de la mèche fut moins gênant que le séjour d'une aiguille ; la journée se passa sans fièvre ; on laissa la mèche en place.

Le surlendemain, 19 février au matin, comme on venait d'imprimer au laiton quelques mouvements, il se manifesta dans le ventre une douleur fort vive. D'abord circonscrite aux environs de la piqûre, elle se propagea rapidement à tout l'abdomen.

Soif fréquente, nausées, vomissements peu abondants, pas de sommeil, agitation; peau chaude, pouls petit, serré, 126.

La face pâlit et s'altère, le ventre se distend; la respiration devient haute, suspirieuse, amenant une vive douleur au ventre.

Les douleurs continuèrent pendant vingt-quatre heures encore, augmentèrent même et furent accompagnées des mêmes accidents, malgré les applications d'onguent mercuriel faites sur la tumeur. Le 20 au soir, on retire le fil de platine.

Peu de soulagement immédiat, continuation des douleurs pendant toute la nuit, nausées, un vomissement; fièvre vive; la face est excessivement pâle, les yeux se cavent, le nez est pincé.

Le 21 au matin, le ventre est fort distendu; par suite du développement du kyste, il est fluctuant et surtout douloureux dans la fosse iliaque droite, *du côté opposé à l'acupuncture*. La plus légère pression fait crier la malade; la peau est chaude, couverte de sueur; la face et les extrémités sont un peu refroidies; pouls excessivement irrégulier, intermittent, contracté, 130.

On pratique une nouvelle ponction afin de diminuer la tension du ventre; il en sort trente-sept onces de liquide jaunâtre, visqueux, moins transpa-

rent que celui de la première ponction ; il est entièrement formé d'albumine , ainsi que le démontre l'addition d'acide nitrique.

La douleur devint immédiatement moins vive ; il fut établi une compression modérée sur toute la paroi abdominale.

L'on continue les onctions mercurielles ; dans la journée, tendance à la syncope , hoquet , quelques vomissements ; le soir , le ventre avait repris le volume qu'il avait le matin ; nuit mauvaise ; le 23 , état des plus graves ; mort dans la soirée.

Autopsie seize heures après la mort.

Abdomen. — La cavité péritonéale ne contient pas de liquide , mais on trouve sur toute la surface séreuse des traces évidentes d'inflammation.

Le péritoine de la paroi abdominale est partout couvert d'une exsudation plastique mince , au-dessous de laquelle on voit la séreuse blanche et un peu épaissie. Cette couche pseudo-membraneuse est fortement injectée , elle présente , à la loupe , une apparence granuleuse.

Le péritoine de la tumeur est complètement dégénéré ; il est lisse , pâle , épaissi. Son épaisseur est assez considérable. Il paraît altéré par l'organisation d'une exsudation plastique amenée par une inflammation antérieure. En un mot , cette membrane se présente à l'état d'inflammation chronique. Lors d'une première cause d'irritation , il s'est épanché de l'albumine à la surface de cette séreuse , l'exsudation s'est peu à peu organisée , et le péritoine a été détruit ou mieux est devenu méconnaissable.

La tumeur remplit tout le petit bassin et l'abdomen jusqu'à deux pouces au-dessus de l'ombilic. Elle a le volume de deux têtes d'adultes réunies. Elle est fluctuante, la surface extérieure est blanchâtre, sans fausses membranes, ainsi que nous l'avons indiqué en décrivant l'état du péritoine.

Du côté droit, là où, pendant la vie, la malade accusait une si vive douleur, existe une perforation de cette tumeur. Elle est juste assez grande pour laisser passer un stylet; le liquide de la tumeur sort par cette ouverture.

Du côté gauche, là où les aiguilles ont pénétré, on remarque sept ou huit petits points noirs qui ne donnent passage à aucune espèce de liquide. Dans l'un d'eux on retrouve, toute rouillée, l'aiguille que nous avons perdue au début du traitement.

Cet endroit est recouvert par la trompe gauche, qui a sept ou huit pouces de long, et qui a contracté des adhérences intimes avec la tumeur, de telle sorte que les aiguilles ont été placées tout autour de ce conduit.

La surface interne de cette tumeur est tapissée par une membrane mince, ramollie. Elle est hérissée de granulations gélatiniformes, de tubercules plus ou moins volumineux formés de matière colloïde ou d'encéphaloïde.

La paroi de cette tumeur est fort dure, d'épaisseur inégale, ne dépassant pas un centimètre, mais étant si mince à d'autres parties qu'elle est translucide. C'est dans un de ces endroits que se trouve l'ouverture que nous avons mentionnée, et qui est proba-

blement le résultat d'une rupture; il n'y a autour d'elle aucun travail ulcératif. Le tissu de la paroi est blanc nacré comme du squirrhe.

L'intérieur de la tumeur est rempli par un liquide rouge sans viscosité. On y rencontre des caillots de sang noir déposés au fond et mêlés à un liquide purulent.

Sur le bas-fond de cette tumeur et au côté droit, il existe un autre kyste gros comme un œuf, formé par une membrane très-mince contenant un liquide séreux jaunâtre.

Tous employés dans un but utile, ces instruments et ces injections irritantes ont souvent le grand inconvénient de faire plus qu'on ne leur demande, et l'inflammation qu'ils produisent peut, en s'étendant au péritoine, devenir rapidement mortelle. Aussi n'est-ce qu'avec répugnance que la plupart des chirurgiens y ont recours. Mais les succès qu'on leur reproche doivent-ils réellement leur être attribués, et ne sont-ils pas dus plutôt à la difficulté avec laquelle, après la ponction abdominale, les liquides s'écoulent à l'extérieur? Malgré toutes les précautions, en effet, l'ouverture est située bien au-dessus de la partie inférieure du kyste, et il est à peu près impossible d'éviter la stagnation des fluides sécrétés à sa face interne.

C'est précisément pour parer à cet inconvénient que, depuis longtemps déjà, les chirurgiens ont proposé de ponctionner la tumeur à sa partie la plus déclive, et pour cela de faire pénétrer l'instrument par la partie supérieure du vagin.

Cette dernière opération n'est pas aussi nouvelle qu'ont bien voulu le dire quelques personnes ; Vermandois raconte qu'elle fut pratiquée en sa présence, en 1803, par un chirurgien qu'il ne nomme pas.

La ponction fut faite à travers la paroi antérieure du vagin. La malade mourut, et à l'autopsie on constata qu'avant d'arriver dans l'intérieur du kyste l'instrument avait traversé la vessie de part en part.

Delpech publia, en 1815, un Mémoire sur cette maladie, dans lequel il annonce qu'Antoine Dubois a employé ce procédé avec le plus grand succès.

Mais c'est surtout dans ces dernières années que la ponction vaginale a été de nouveau expérimentée. Elle a été pratiquée par MM. Naumann, Récamier, Nonat, dont les observations sont consignées dans le Mémoire de M. Tavignot, par M. Arnott (*Succès, London, Med. gaz., mai 1839*). Les malades de MM. Nonat et Naumann se rétablirent ; mais chez la première, la maladie se reproduisit ultérieurement. Celle de M. Récamier, sur l'opération duquel nous reviendrons, succomba. Le docteur Ogden a également publié (*London, Med. gaz., janv. 1840*) un cas de ponction vaginale suivi de guérison complète et radicale. Au rapport de l'auteur d'un Mémoire présenté à la Société médicale d'émulation, elle a été pratiquée par MM. Noëtig, Wattson, Bishop et Schwabe.

Je ne connais pas les détails des trois premières opérations ; dans la quatrième, la canule fut retirée le quatorzième jour après la ponction. La malade a

parfaitement guéri, et jouit depuis six ans d'une bonne santé. M. le docteur Hirtz a publié, dans sa thèse inaugurale, un cas d'hydropisie aiguë traitée avec succès par la ponction vaginale, et emprunté à la clinique du professeur Stoltz. Malheureusement la maladie n'a pas été suivie assez longtemps après l'opération pour qu'on soit sûr que la maladie ne reviendra pas. Enfin, MM. Michon et Briquet ont bien voulu nous communiquer un fait que nous reproduirons dans toute sa vérité. C'est M. Briquet lui-même qui a bien voulu se charger de la rédaction.

Thérèse Legros, âgée de trente-six ans, avait déjà subi une paracentèse abdominale pour une tumeur énorme de l'ovaire droit. A la suite de cette opération, la vie fut quelques jours compromise. Guérie de ce premier accident, la malade vit sa tumeur se reproduire avec une extrême promptitude, et ses souffrances nécessitèrent une nouvelle évacuation que, d'ailleurs, la malheureuse demandait avec instance.

Nous nous décidâmes, dit M. Briquet, à la ponction vaginale, nous fîmes part de notre projet à notre habile collègue, M. Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin; il l'adopta complètement, et voulut bien le mettre lui-même à exécution.

Le 16 septembre, la malade étant couchée sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses, et les cuisses sur le bassin, on sent au côté gauche du col de l'utérus que le cul-de-sac du vagin est tendu et qu'il présente une fluctuation manifeste; un aide comprimant le ventre, M. Michon fait glisser dans le vagin

un trois-quarts courbe, l'index servant de conducteur; puis il perfore le vagin et le kyste à gauche et un peu en arrière du col. Aussitôt jaillit un liquide verdâtre, de consistance sirupeuse et mêlé de nombreux flocons albumineux, pouvant remplir un seau et demi. Il restait à maintenir libre l'ouverture qui venait d'être faite; nous étions d'avis de laisser en place la canule du trois-quarts, qui avait au moins six à sept pouces de longueur; plusieurs des assistants nous représentèrent que la canule pourrait, en raison de sa brièveté, sortir du kyste, et nous cédâmes, M. Michon et moi, en quelque sorte à regret, à la crainte de voir la canule se déranger. Une sonde de gomme élastique fut donc substituée à la canule avec une grande facilité, et maintenue en place à l'aide d'un bandage approprié.

17 septembre. La malade a très-bien passé la journée du 16, ainsi que la nuit, et nous la trouvons dans un état de calme physique et moral très-satisfaisant; le facies est normal; il y a de l'appétit bien prononcé; l'abdomen est médiocrement développé; il est sonore partout, excepté en bas et à droite; pas la moindre douleur à la pression; il y a eu la veille quelques légères coliques et une selle normale; la peau est fraîche et le pouls à peine fréquent; les cuisses n'ont point encore changé de volume; mais, en examinant la sonde, on trouve que, bien qu'elle soit restée en place, néanmoins elle ne laisse rien écouler, et l'on en trouve la raison dans le peu de rapport de son canal avec la consistance du liquide; on cherche en vain en l'agitant à

débarrasser ses yeux, et l'on se convainc qu'elle ne peut donner issue aux liquides ; force est bien alors de replacer la canule du trois-quarts, et l'on suppose qu'en se servant de la sonde comme conducteur, ce remplacement se fera facilement, la canule devant glisser sur la sonde ; mais des difficultés incroyables et renaissant à chaque instant, se présentent ; il fallut toute la sagacité et toutes les ressources d'esprit de M. Michon pour les vaincre ; à la fin la canule parut avoir pénétré dans le kyste, la sonde fut retirée, et à ce moment il s'écoula un demi-litre d'un liquide d'aspect absolument semblable à celui qu'on avait la veille extrait du kyste ; la canule fut fixée et on se crut en sûreté.

Mais, au bout d'une heure, une douleur très-vive se manifeste dans l'abdomen, la face se grippe, la fièvre s'allume, des nausées et des vomissements surviennent. Une application de quatre-vingts sangsues sur l'abdomen, des frictions mercurielles, de l'huile de ricin ne modèrent en rien les accidents, et la malade meurt dans la soirée, au milieu des accidents d'une péritonite suraiguë.

Autopsie. Kyste de l'ovaire gauche, de forme ovulaire, obliquement situé, de telle sorte que son grand diamètre est obliquement dirigé du côté gauche du bassin vers le côté droit de l'abdomen, considérablement affaissé, ayant ses parois flasques et couvertes de larges rides et de replis qui indiquent le retrait que la poche a éprouvé ; son volume paraît diminué, car il semble qu'elle ne serait capable de contenir qu'un peu plus de la moitié du liquide qu'on a tiré

par la ponction. Elle ne plonge plus dans le petit bassin, elle est unie aux parties environnantes par quelques adhérences, on en trouve quelques-unes fort lâches, qui lient le sommet du sac à la paroi abdominale antérieure. D'autres existent à gauche entre elle et la portion correspondante du détroit supérieur du petit bassin. Il n'en existe point à l'endroit où correspond la piqure faite lors de la paracentèse abdominale. L'utérus, placé très-obliquement en avant de la tumeur, est déjeté à droite, son col, très-allongé, restant dans une position normale au centre du bassin. La vessie, du volume d'une grosse noix, ne peut se dilater : elle est comprimée entre la tumeur et les pubis derrière lesquels elle est cachée; l'uretère gauche est serré contre le sacrum et considérablement rétréci, tandis qu'au-dessus il offre une dilatation qui lui donne le volume du petit doigt. L'uretère droit, déplacé et de très-petit volume, passe au-devant de la tumeur; les veines iliaques, comprimées, sont remplies de caillots grisâtres et durs; les veines des cuisses et des jambes en contiennent qui sont noirs et plus mous. L'intérieur du kyste contient une quantité médiocre d'un liquide analogue à celui qui a été évacué par la ponction. La face externe des parois est finement injectée en certains points, en d'autres elle est couverte de plaques grisâtres et de fausses membranes albumineuses en partie libres et en partie flottantes; en bas, et dans la portion correspondante au lieu où l'on sentait des masses dures, existent des masses de matières encéphaloïdes et colloïdes, dans le cen-

tre desquelles se trouve du sang infiltré. Le kyste a des parois fibreuses d'une petite épaisseur ; l'ouverture faite par le trois quarts se trouve dans le vagin à gauche et un peu en arrière du col de l'utérus ; l'instrument a traversé le vagin, le péritoine, le cul-de-sac péritonéal qui se trouve entre la vessie et le rectum, et a perforé le kyste à sa partie inférieure. La canule n'est plus dans le kyste, elle se trouve dans le cul-de-sac du péritoine. On voit qu'en la remettant en place, et de telle sorte que son bout inférieur dépasse l'entrée du vagin, son autre extrémité pénètre dans le kyste, d'un pouce à peu près ; qu'il n'y avait, par conséquent, aucune crainte à avoir sur le déplacement de cette canule.

Le péritoine offre les traces de la péritonite latente qui a causé la mort. Dans le petit bassin on trouve deux à trois verres d'un liquide semblable à celui que contenait le kyste. Dans les fosses iliaques, et dans les espaces que laissent entre eux les intestins, il y a un liquide rougeâtre mêlé de flocons albumineux.

Cette opération compte, on le voit, des succès et des revers. Sur les douze cas que j'ai pu recueillir, il faut en retrancher trois dont les détails nous sont inconnus. Sur les huit autres, nous comptons, sauf renseignements ultérieurs, une récurrence (Nonat), trois morts (Vermandois, Récamier, Michon), et cinq guérisons complètes (Naumann, Ogden, Schwabe, Arnott, Stoltz), auxquelles il faut pourtant ajouter un sixième cas d'Ant. Dubois, cité par Delpech. A tout prendre, c'est donc une opéra-

tion à conserver pour le cas où la vie de la malade semble compromise par le volume énorme de la tumeur, mais à laquelle on ne doit penser qu'avec la plus grande réserve, lorsque la tumeur est peu volumineuse et constitue seulement pour la malade une cause de gêne et d'incommodités.

Dans le premier cas, elle me paraît avoir sur la ponction abdominale d'incontestables avantages; car, suivie d'un traitement convenable, elle procurera beaucoup plus souvent la guérison radicale. Mais il ne faut pas oublier que, pour donner un bon résultat, elle nécessite certaines conditions qui n'existent pas toujours : la première, c'est que la partie inférieure de la tumeur fasse saillie à la partie supérieure du vagin, et soit facilement accessible; la seconde, c'est que le kyste soit uniloculaire; la troisième, c'est qu'il n'existe, ni dans les parois du kyste, ni dans les organes voisins, aucune de ces dégénération qui, par elles-mêmes, sont au-dessus des ressources de l'art.

Il est inutile d'insister sur l'importance qu'il y a à ne pratiquer la ponction vaginale que lorsque la tumeur est assez basse pour pouvoir être sentie par le toucher vaginal. Sans cette condition, il serait à peu près impossible d'éviter un épanchement après l'opération.

Il est quelquefois si difficile de se prononcer sur la question de savoir si la poche est unique ou multiple; si elle est ou non compliquée de dégénération cancéreuses ou autres, et cependant cela a toujours une si grande influence sur le résultat de l'opération,

que M. Briquet, qui s'est beaucoup occupé de cette question, n'hésite pas à dire que la ponction vaginale doit être uniquement réservée pour les cas où déjà une première paracentèse abdominale a éclairé sur la forme particulière du kyste et l'absence complète de toute tumeur abdominale. Cette prudente réserve doit, à notre avis, être imitée. Si, en effet, au point de vue de la guérison, la ponction vaginale est beaucoup plus sûre que la paracentèse, elle expose peut-être plus souvent la vie des malades. Indépendamment, en effet, de l'existence du kyste, qui peut, ici comme ailleurs, s'étendre aux parties voisines, les épanchements dans le péritoine et dans le tissu cellulaire du petit bassin sont facilités par la position déclive de l'ouverture et l'intervalle qui peut exister entre les parois vaginales et la tumeur. Il ne faut donc la pratiquer que dans des conditions qui, seules, rendent le succès probable, et ces conditions sont celles que nous venons de rappeler.

Le procédé opératoire est du reste assez simple. La malade étant placée en position convenable, un aide comprime le ventre afin d'abaisser la tumeur et de la faire saillir autant que possible. L'opérateur, après s'être bien assuré de la fluctuation, dirige sur son doigt indicateur un trois-quarts courbe, analogue à celui dont on se sert pour la ponction de la vessie, puis il perfore, dans le cul-de-sac postérieur du vagin, le kyste un peu en arrière du col utérin. On retire le trois-quarts, et on laisse la canule par où s'échappe le liquide.

L'instrument employé pour maintenir l'ouver-

ture qui vient d'être faite est quelquefois la canule même qui a servi à faire la ponction, d'autres fois une sonde de gomme élastique qu'on lui substitue. Les détails consignés dans l'observation de M. Briquet doivent engager à préférer la canule, et à la laisser à demeure dans le kyste pendant un temps assez considérable. Le traitement consécutif consiste à combattre, par des moyens appropriés, les accidents inflammatoires, à faciliter la rétraction des parois de la tumeur par une compression méthodique exercée sur l'abdomen, à désobstruer la canule dès qu'on s'aperçoit qu'elle est bouchée, ce qu'on reconnaît facilement par la suppression de l'écoulement : l'introduction d'un stylet, ou une injection émolliente suffirait alors ; mais il faut bien se garder de retirer la canule, car sa réintroduction pourrait offrir de sérieuses difficultés et même quelquefois être impossible.

Il est des circonstances spéciales, dit M. Tavignot, qui peuvent singulièrement gêner, et parfois rendre même impossible la ponction par le vagin ; je me demande si, dans ce cas, on ne pourrait pas attaquer le kyste par une ponction recto-ovarienne. Je ne sais si cette hypothèse est justifiée par des faits, mais l'opération proposée par M. Tavignot n'est pas nouvelle. Dans plusieurs cas de dystocie causée par des kystes ovariens, quelques chirurgiens ont préféré la ponction par le rectum.

La paracentèse vaginale a été pratiquée par M. Récamier à l'aide d'un procédé qui diffère essentiellement de celui que nous venons d'indiquer. Après

la ponction abdominale, il évacua les quatre cinquièmes du liquide que contenait le kyste, puis, réintroduisant la lame de l'instrument dans la canule, il dirigea le trois-quarts de la main gauche, de manière ce que son extrémité, dépourvue de sa pointe, vint se placer dans le cul-de-sac utéro-rectal du péritoine; et là, après avoir saisi avec deux doigts de la main droite le col de l'utérus qu'il ramena en avant, et avoir constaté qu'il n'existait aucun organe important interposé entre les doigts et l'extrémité de la canule, il fit brusquement pousser par un aide la lame du trois-quarts, de manière à traverser la paroi postérieure du vagin dans l'espace circonscrit par les deux doigts. Une seconde canule fut adaptée à la première, de manière à former un quart de cercle; une sonde en gomme élastique fut ensuite placée par l'orifice vaginal du kyste. La malade, qui se trouva assez bien les cinq premiers jours qui suivirent l'opération, fut prise à cette époque de symptômes de péritonite, et elle succomba le vingtième jour.

Dans ces derniers temps, M. Récamier a imaginé plusieurs instruments qui ont pour but à la fois de faciliter la ponction vaginale et d'agrandir par la dilatation la petite plaie de la ponction, et de la transformer en véritable incision.

En résumé, comme méthode curative, la ponction peut se pratiquer à travers la paroi abdominale ou par le vagin. Elle ne doit être pratiquée qu'autant que les souffrances excessives de la malade imposent l'obligation de la soulager promptement : la

ponction vaginale me paraît préférable toutes les fois qu'on a la certitude que le kyste est uniloculaire, et que la tumeur fait saillie à la partie supérieure du vagin.

B. Incision.

Ledran, en réfléchissant sur le soulagement passager qu'obtiennent les sujets sur lesquels on pratique la ponction, pensa qu'en empêchant une nouvelle accumulation de liquide, on pourrait obtenir une guérison; c'est pourquoi, au lieu d'une simple ponction, il proposa d'inciser les parois du kyste, opération qu'il pratiqua pour la première fois en 1737.

On trouve dans les *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie* deux observations publiées par cet auteur, dans lesquelles cette méthode a été employée, mais il paraîtrait que Ledran l'a pratiquée en outre un certain nombre de fois, car il dit à la fin de sa seconde observation : « De toutes les hydropisies enkystées que j'ai traitées en ouvrant le kyste par une incision, celle-ci est la seule où j'ai vu le kyste se fermer entièrement. » On peut en outre conclure de cette phrase qu'il a fait plusieurs fois cette opération avec avantage, car on peut considérer comme favorables les cas où l'on est parvenu à obtenir une fistule qui empêche une nouvelle accumulation de liquide et la reproduction de la tumeur.

A peu près vers la même époque, Delaporte ayant ponctionné un kyste de l'ovaire avec un trois-quarts, et s'étant aperçu que la poche contenait une matière gélatineuse trop épaisse pour s'écouler par la canule, se décida à pratiquer vers la partie infé-

rière de l'abdomen une longue incision par laquelle il parvint à faire sortir soixante-dix-sept livres d'une matière semblable à de la gelée ; mais sa malade mourut le treizième jour.

Suivant Ledran, l'incision convient aux kystes dans lesquels une suppuration s'est établie ; car dans ce dernier cas, si l'on ne fait qu'une ponction, on ne peut porter dans le kyste les remèdes convenables et le pus ne peut s'évacuer. Elle convient encore aux tumeurs de grande dimension, car s'il y a de petits kystes dans le grand, ils ne se vident pas par la ponction, et ils restent entiers. Enfin, ces grands kystes se remplissent souvent en moins de trois semaines, ce qui tue bientôt la malade. Il en conclut que la ponction est inutile, à moins qu'il n'y ait un kyste unique et de petite dimension.

Les chirurgiens modernes, sans partager entièrement les idées de Ledran, s'en rapprochent cependant, en ce sens qu'ils considèrent l'incision comme pouvant surtout être appliquée aux kystes multiloculaires et de dimension moyenne.

Manuel opératoire ; procédé de Ledran. — Ce chirurgien plongeait la pointe d'un bistouri droit jusque dans le kyste, et faisait, à ses parois ainsi qu'aux téguments, dans la partie la plus déclive de la paroi abdominale, une incision longue de quatre à cinq travers de doigt ; toute l'eau s'étant écoulée en quelques instants, et l'incision se trouvant réduite de près de moitié par le retrait des tissus, il mettait dans la plaie une tente de linge suffisamment longue pour entrer jusque dans le kyste. Au bout de

trois ou quatre jours, il faisait dans la poche des injections détersives. Dans les deux observations rapportées dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, il est fait mention d'une canule introduite dans la plaie, pour faciliter l'écoulement du liquide; Ledran n'en parle pas dans son *Traité d'opérations* publié cinq ans plus tard; aurait-il renoncé à cette pratique?

Dans les jours qui suivent l'incision, l'intérieur du sac s'enflamme; il suppure, et l'on voit sortir par la plaie des lambeaux membraneux, entraînés par le pus, de véritables escarres détachées des parois du kyste: c'est là ce que l'on a désigné sous le nom d'exfoliation du kyste. Dans certains cas, on a vu, quelques jours après l'incision, un liquide bien distinct du pus sortir tout à coup par la plaie à la suite de la rupture d'un petit kyste dans la poche principale; d'autres fois, ce sont de véritables abcès développés dans le voisinage du kyste qui a été incisé, qui viennent s'ouvrir dans son intérieur.

Au bout d'un certain temps, la sécrétion du pus diminue peu à peu; la poche revient sur elle-même, mais, en général, elle ne s'oblitére pas complètement. Nous avons déjà dit que Ledran n'a observé qu'une seule fois cette terminaison heureuse.

Cette opération n'a été pratiquée qu'un petit nombre de fois; cependant on lit dans l'article de M. Velpeau (*Dict. de Méd.*, t. XXII, p. 595), que Portal, Bonnemain et M. Rey l'ont employée et en ont obtenu chacun une guérison. On en trouve un cas suivi de succès dans les *Philosophical transactions*.

Un autre très-remarquable est inséré dans la *Gazette médicale* de Paris, 1838; l'opération fut faite par le docteur Mussey, professeur d'anatomie, à New-York : une incision étendue de l'ombilic au pubis divisa toute la paroi abdominale; l'on reconnut alors que la tumeur présentait des adhérences qui ne permettaient pas de faire l'extirpation; et l'on se contenta de la vider; une tente de linge fut mise entre les bords de la plaie; un écoulement purulent se fit pendant plusieurs jours, puis il se tarit et la guérison fut complète au bout de peu de temps. Un an après avoir subi cette opération, la malade devint enceinte; son accouchement fut heureux, et elle continua à jouir d'une santé parfaite.

Il est facile de prévoir que les choses ne doivent pas souvent se passer d'une manière aussi heureuse; il existe, en effet, dans cette opération plusieurs causes de danger.

Indépendamment de l'inflammation du kyste, suite inévitable de l'opération, et qui, à elle seule, peut mettre les jours du malade en danger, on a à craindre une hémorragie ou une péritonite.

L'hémorragie peut être produite par la division de l'une des artères contenues dans les parois de l'abdomen : l'étendue de l'incision permettra le plus souvent alors de pratiquer facilement la ligature. On aurait sans doute plus de difficulté si le sang venait de l'un des vaisseaux qui rampent à la surface du kyste. La ligature serait encore le moyen le plus convenable pour arrêter l'effusion du sang; mais, si l'on ne pouvait la pratiquer, la compression devrait être tentée.

La péritonite peut être produite par l'accès de l'air dans le péritoine, ou par l'épanchement, dans l'abdomen, de la matière contenue dans le kyste. Aussi les chirurgiens modernes ont-ils conseillé divers moyens propres à faire naître des adhérences entre la surface de la tumeur et la paroi que l'on incise, afin de pouvoir pénétrer dans le kyste sans ouvrir la cavité péritonéale.

Ainsi, M. Tavignot conseille de placer, comme l'a fait M. Récamier pour les tumeurs du foie, plusieurs morceaux de potasse caustique sur les parois de l'abdomen, dans le lieu où l'on se propose de pratiquer l'incision. Ce moyen semble avoir réussi quelquefois à produire l'adhérence des deux feuilletts de la séreuse; mais bien souvent aussi il a échoué; il ne peut donc faire éviter avec certitude l'accident que l'on redoute. J'en dirai autant de la méthode de Graves, qui incisait successivement, et couche par couche, tous les tissus, jusqu'au péritoine exclusivement, espérant que l'inflammation développée à la surface extérieure de cette membrane se propagerait bientôt à sa face interne.

Un moyen plus certain de déterminer ces adhérences a été conseillé par M. Bégin. Sa méthode, dont on trouve, pour ainsi dire, le germe dans la relation d'une opération de gastrotomie pratiquée par le docteur Cayroche pour extraire une fourchette qui était tombée dans l'estomac (*Bulletins de la Faculté de Médecine*), consiste à inciser, comme dans le cas précédent, les parois abdominales, mais en divisant le péritoine de manière à faire une plaie pénétrante, entre les lèvres de laquelle la tumeur vient

s'engager, en même temps que des adhérences, provoquées par l'inflammation du péritoine divisé et mis à nu, fixent la tumeur dans tout le pourtour de la plaie.

Dans deux circonstances, M. Bégin employa cette méthode avec un succès complet. Il s'agissait dans l'un des cas, d'une tumeur hydatique du foie, et, dans l'autre, d'une hydropisie enkystée de l'arrière cavité des épiploons, survenue à la suite d'un coup d'épée à l'hypochondre droit. Chez les deux sujets la tumeur faisait à l'hypogastre une saillie très-considérable, et c'est sur ce point que fut dirigée l'opération. Une incision longitudinale de deux pouces et demi environ faite sur le côté droit de la ligne blanche, le long du bord interne du muscle droit correspondant, divisa successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le feuillet superficiel de l'aponévrose abdominale, puis son feuillet profond et enfin le péritoine; les fibres charnues du muscle droit furent écartées en dehors; après avoir ouvert le péritoine avec toutes les précautions usitées pour l'incision des sacs herniaires, on put voir, libre d'adhérence et recouverte par les feuillets gastriques de l'épiploon, la surface antérieure du kyste; l'opération fut alors arrêtée: une compresse fenestrée enduite de cérat et un plumasseau de charpie, des compresses et un bandage de corps servirent au pansement; aucune ligature artérielle n'avait été nécessaire. Le quatrième jour, l'appareil fut levé, le fond de la plaie commençait à se tapisser de bourgeons cellulaires et vasculaires; des adhérences solides étaient établies entre les bords et les parties profondes. Un bistouri aigu, plongé au

milieu de la solution de continuité, pénétra dans le kyste, d'où s'échappa chez le sujet atteint d'hydattides, une grande quantité de liquide aqueux et limpide, et chez l'autre, quatre litres au moins de sérosité jaunâtre manifestement colorée par de la bile. Une mèche de charpie fut introduite dans la solution de continuité, puis une canule en gomme élastique la remplaça, et après une suppuration assez longue et l'évacuation des débris d'acéphalocystes chez le sujet qui en portait, la guérison eut lieu dans les deux cas. (Bégin, *Éléments de chirurgie*, t. I, p. 302.) L'auteur que je viens de citer pense que ce procédé peut être appliqué avec succès à toutes les collections analogues. Dans un cas où M. le professeur A. Bérard fut appelé comme consultant auprès d'une dame affectée d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, il proposa d'appliquer à ce cas la méthode de M. Bégin; mais la malade ne voulut point se soumettre à cette opération, qui, je le pense, n'a pas encore été appliquée au traitement des kystes de l'ovaire.

En résumé, l'incision est une opération qui offre des chances de guérison; mais elle n'est pas sans danger. Les cas où elle paraît surtout applicable sont les kystes multiloculaires de dimension moyenne. La péritonite est un des accidents les plus à redouter, comme l'accès de l'air, ou un épanchement dans le péritoine sont des causes qui peuvent la faire naître. L'opération proposée par M. Bégin est celle à laquelle nous serions disposé à donner la préférence, dans le cas où l'emploi d'un moyen curatif nous paraîtrait indiqué. Pour faciliter le retrait

du kyste et l'écoulement du pus secrété dans son intérieur, on se conduirait, comme nous l'avons dit précédemment, à l'occasion de l'incision simple des parois de l'abdomen et de la poche.

C. *Extirpation.*

La science possède un assez grand nombre de faits dans lesquels on voit que des ovaires ont été extirpés; mais dans ces cas, tantôt ce n'est qu'après l'opération que l'on a reconnu cet organe, d'autres fois on l'a trouvé déplacé et faisant partie d'une tumeur herniaire, etc.; mais il y a entre ces faits et l'extirpation des kystes de l'ovaire une grande différence. Il y a déjà plus d'un siècle que la proposition d'extirper l'ovaire malade a été faite. Suivant M. le professeur Velpeau, Schlenker en 1722, Villiers en 1731, Peyer en 1751 et Targioni en 1752, avaient déjà discuté d'une manière très-étendue la question de savoir s'il ne serait pas indiqué d'ouvrir l'abdomen, pour pratiquer l'extirpation des kystes ovariens volumineux. A peu près à la même époque, Delaporte, ayant perdu une malade à qui il avait incisé un kyste de l'ovaire par la méthode de Ledran, et ayant reconnu à l'autopsie que la tumeur était fixée dans l'abdomen par un pédicule étroit, se demanda si l'on ne devrait pas extirper l'organe en totalité. Morand, dans un rapport qu'il fit sur plusieurs observations d'hydropisie enkystée, communiquées par Ledran, Mouton, Delachaud, Montaulieu le fils, Malaval et Delaporte, loue ce dernier chirurgien d'avoir osé proposer cette opération, et pense qu'elle

devrait être pratiquée dans les premiers temps de la maladie, alors qu'il n'y a point encore d'adhérences.

Cette opération a toujours compté fort peu de partisans parmi les chirurgiens français; ce sont principalement les chirurgiens anglais et américains qui nous fourniront les faits relatifs à son histoire, et je dois dire que plusieurs d'entre eux laissent beaucoup à désirer.

L'opération se pratique de deux manières différentes désignées par les auteurs anglais sous les noms de *petite* et de *grande incision*; dans l'une, on fait à la peau une incision de trois à cinq centimètres, et l'on cherche à saisir par cette ouverture le kyste, que l'on attire peu à peu au dehors après l'avoir vidé par une ponction; dans l'autre, on fait aux parois du ventre une longue incision, qui permet de découvrir la tumeur dans presque toute son étendue et de l'enlever tout entière en une seule masse. Dans les deux cas, après avoir découvert le pédicule, on le lie et l'on excise la tumeur au-dessous de la ligature. A peine pourrait-on croire à la possibilité de la réussite d'une semblable opération, si les faits n'étaient là pour en attester la réalité; nous voyons en effet que Macdowel, en 1809, enleva avec succès sur madame de Crawford une tumeur pesant quinze livres; que Lizars, en 1825, enleva avec le même bonheur une tumeur grosse comme un fœtus à terme, après avoir pratiqué à la paroi de l'abdomen une incision étendue depuis le cartilage xiphoïde jusqu'au pubis. Ces citations suffisent pour donner une idée de cette effrayante opération. La grande et la petite incision comptent

des partisans; Macdowel, Lizars, Clay, Atlée, Walne, préfèrent la grande incision; la petite est pratiquée par Jeaffresson, King, West, Phillips, etc.

Mettant de côté, pour le moment, la question de savoir si cette opération doit être conservée, et pour quels cas elle peut être employée, examinons quelles sont les objections qui peuvent lui être faites *à priori*, et voyons jusqu'à quel point ces objections sont justifiées par les faits que nous possédons.

Si l'on pratique la grande incision, le péritoine est largement ouvert et les intestins sont exposés à l'air pendant tout le temps de l'opération; n'est-il pas à craindre qu'une aussi vaste plaie ne détermine infailliblement une péritonite mortelle? Nous devons dire que la lecture des observations publiées est de nature à diminuer un peu les craintes que pourrait inspirer cette vaste incision.

Mais l'opération ne se borne pas là; on pratique une ligature sur le pédicule de la tumeur; cette ligature enflamme de toute nécessité le péritoine dans le voisinage du point soumis à la constriction; n'est-il pas à craindre que cette péritonite ne s'étende et n'amène une terminaison funeste? Notons en outre qu'une partie de ces ligatures, avant de sortir par la plaie, parcourt un trajet plus ou moins étendu dans la cavité de la membrane séreuse et peut également être une cause d'inflammation; ajoutons à cela que la ligature doit déterminer la mortification de la petite portion de la tumeur qui reste à l'extrémité du pédicule; et que, comme cette ligature met ordinairement un temps considérable à se détacher, cette

partie doit subir une sorte de décomposition putride. La ligature est donc à nos yeux une cause du développement des accidents sur laquelle on n'a point assez insisté, et l'on conçoit que le danger sera d'autant plus grand que le pédicule sera plus volumineux, que l'on sera obligé de l'étreindre par un plus grand nombre de ligatures : ne pourrait-on pas comparer, sous le rapport des accidents consécutifs, cette ligature du pédicule de la tumeur à l'étranglement dans les hernies épiploïques ? La vaste incision dont on s'est surtout attaché à démontrer l'innocuité n'est, en résumé, qu'un des éléments de l'opération, et ce n'en est peut-être pas le plus grave, bien que le plus effrayant. Ce qui tendrait encore à faire admettre cette supposition, c'est qu'il n'y a point de différence notable entre les résultats des opérations pratiquées par la grande et la petite incision ; c'est que dans les cas où, après avoir pratiqué l'incision des parois du ventre, l'opérateur s'est arrêté, soit parce qu'il n'y avait point de tumeur dans l'abdomen, soit parce qu'il y avait des adhérences qu'il désespérait de pouvoir détruire, les malades se sont souvent rétablies. Sur onze cas dans lesquels la cause de la mort est indiquée dans le tableau de M. Chéreau, la péritonite est notée sept fois ; c'est donc là la cause de mort la plus fréquente après ces opérations. D'autres malades sont mortes en très-peu de temps d'hémorragie ; la gangrène de l'intestin est notée dans deux observations publiées par M. Chrysmer, mais ce fait est bien douteux ; il est probable qu'il existait dans ces cas

une entéro-péritonite, avec congestion sanguine très-prononcée de l'intestin.

Une objection qui s'est présentée de suite à l'esprit de tous les chirurgiens est tirée de la présence des adhérences qui peuvent rendre l'extirpation impraticable; or, comme nous n'avons pas de moyen certain de reconnaître cette complication, et surtout l'étendue, le degré de solidité des brides membraneuses qui peuvent fixer l'ovaire aux organes voisins, n'est-il pas à craindre que souvent le chirurgien ne puisse terminer son opération? Dans le tableau que nous avons cité, nous voyons que cela est arrivé quatorze fois sur cinquante-huit cas, dans lesquels il existait une tumeur de l'ovaire, c'est-à-dire dans le quart environ des cas observés.

Cependant, malgré les causes d'insuccès que nous venons de passer en revue, on possède maintenant un nombre assez considérable d'opérations suivies de guérison. Le tableau suivant extrait du Mémoire de M. le docteur Chéreau (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, juin 1844), pourra donner une idée des résultats obtenus jusqu'à présent par l'ovariotomie. (Voyez le tableau ci-contre.)

L'extirpation de l'ovaire aurait donc donné vingt-huit guérisons sur soixante-cinq cas, proportion certainement plus favorable à l'opération qu'on ne l'aurait supposé d'abord; mais premièrement a-t-on publié avec autant de soin les revers que les succès? cela n'est point probable, et ces prétendus succès ont-ils bien tout le degré d'authenticité désirable? Pour répondre à cette question; il me suffira de citer un

STATISTIQUE DES CAS D'EXTIRPATION DE L'OVAIRE.

AGE.	DATE de l'opération	OPÉRATEUR.	LONGUEUR de l'incision.	ÉTAT de la tumeur.	RÉSULTAT.	CAUSE de la mort.	OBSERVATIONS.
30	Décemb. 1809	Macdowel	0,25				
31	Mai 1816	Macdowel	0,25	Adhérences			
32	Juillet 1821	Alb. Smith	0,12	Point d'adhérences			
33	Février 1821	N. Smith	0,08	Adh. nombr.			
34	1825	Lizars	Du cart. xyph. au pub.	Point d'adhérences			
35	1825	N. Smith	0,08	Adhérences			
36	1828	Hopfer					Conception postérieure à l'opération
37	1829	Rogers	0,15	Adh. avec le péril.			
38	1832	Ritter	Grande incision	Adh. à la rég. épig.			
39	1833	Erharsteim					
40	1836	Quittenbaum	0,20 (environ)				
41	1837	Jeaffreson	0,02	Point d'adhérences			
42	1837	King	0,09 (environ)	Point d'adhérences			
43	1837	West	0,09 (environ)	Point d'adhérences			
44	1839	West	0,09 (environ)	Point d'adhérences			
45	1839	Crisp	Du stern. au pubis	Adhérences nombr.			
46	Sept. 1842	Clay	0,27	Légères adhérences			
47	Oct. 1842	Clay	0,27	Adhérences fermes			
48	1842	Clay	0,27	Adhérences nombr.			Cette observation manque de détail
49	Nov. 1842	Walne	0,35	Point d'adhérences			Incision exploratrice.
50	1842	Lane	De l'ombil. au pubis				
51	Mai 1843	Walne	0,33	Point d'adhérences			Incision exploratrice.
52	Sept. 1843	Walne	0,37	Point d'adhérences			Incision exploratrice.
53	Sept. 1843	Allée	0,25	Adhérences fermes			
54	Oct. 1843	Southam	0,25	Adh. avec l'épipl.			
55	Nov. 1843	Bird	0,15	Point d'adhérences			Incision exploratrice.
56	Janv. 1844	Bird	0,16	Adhérences légères			Incision exploratrice.
57		Chrysmer	Du stern. au pubis	Adhérences			Conception postérieure à l'opération
58							
59	25 Mars 1825	Lizars		Adh. nombrenses		Gangr. péril.	Mort au bout de 48 heures.
60	26	Hopfer	0,25	Adh. très-fermes			" " 9 "
61	27	Hopfer	0,25	Adhérences			" " 9 "
62	28	Dohlhoff	Grande incision	Adhérences		Péritonite	" " 16 "
63	29	Granville				Déplét. sang.	" " 3 jours.
64	22 Avril 1837	Stillling	0,17 ?	Point d'adhérences		Péritonite	" " 4 "
65	23	West	0,09	Adhérences nombr.		Ent. péril.	" " "
66	24	West	0,11	Point d'adhérences		Ent. péril.	" " 8 "
67	21 Septemb. 1840	Phillips		Adhérences			" " 7 "
68	29 Septemb. 1843	Greenhow	Du stern. au pubis	Adhérences		Péritonite	" " 7 "
69	30	B. Cooper	Du stern. au pubis	Adhérences		Péritonite	" " 10 "
70	45 Octobre 1843	Walne	0,41	Point d'adhérences		Hémorrhagie	" " 1 heure 1/2
71	46	Clay	0,35	Point d'adhérences			
72	47	A. Key					
73	48	Walne	0,41				
74	49	Chrysmer	Du stern. au pubis	Adhérences nombr.		Gangr. intest.	Ce cas est seulement annoncé
75	50	Chrysmer	Du stern. au pubis	Quelques adhérences		Gangr. intest.	Mort au bout de 36 heures.
76							" " 36 "
77							
78	1809	Macdowel	0,25	Adhérences	Rétablissement.		
79	1825	Lizars	Grande incision	Adh. pédic. vasc.	id.		
80	1825	Martini	0,25	Adh. très-fermes	Mort	Hémorrhagie ?	Mort au bout de 36 heures.
81	1831	Galenowski	0,14	Adh. très-fermes	Rétablissement.		Il resta chez cette malade une fistule
82	1826	Granville		Adhérences solides	id.		
83		Dieffenbach	0,11	Adh. vaisseaux	id.		
84		Dohlhoff		Adh. intimes	Mort		Mort au bout de 4 heures.
85	1839	West	Petite incision	Adhérences	Rétablissement.		
86	1839	Hargrave		Adhérences	Rétablissement.		
87	1839	Gorham		Adhérences fermes	Mort		Ce cas est seul. rapp. par M. Gork
88	1840	Anonyme		Adhérences solides	Mort		
89	1843	Clay	0,35	Adh. vaisseaux	Mort		
90	1843	Walne	Du stern. au pubis	Adhérences	Rétablissement.		
91	1844	Walne	Du stern. au pubis	Adhérences	Rétablissement.		Ann. seul. dans un journal angl
92							
93	27 Octobre 1823	Lizars	Du stern. au pubis	Point de tumeur	Rétablissement.		Cas rapporté par le docteur Bri
94	Nov. 1824			Point de tumeur	id.		Cas rapporté par Gooch.
95				Point de tumeur	id.		Cas rapporté par Gooch.
96				Point de tumeur	id.		
97	1836	Dohlhoff	Petite incision	Point de tumeur	id.		
98	1837	King		Point de tumeur	id.		
99	1843	Heath		Ovaire sain	Mort		Utérus malade; extirp. de cet org

DATE	OPERATEUR	LONGUEUR	ÉTAT	RÉSULTAT	CALIBRE	REMARQUES
1800	Michoud	0.25	Adhésions			
1801	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1802	Michoud	0.25	Adhésions			
1803	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1804	Michoud	0.25	Adhésions			
1805	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1806	Michoud	0.25	Adhésions			
1807	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1808	Michoud	0.25	Adhésions			
1809	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1810	Michoud	0.25	Adhésions			
1811	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1812	Michoud	0.25	Adhésions			
1813	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1814	Michoud	0.25	Adhésions			
1815	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1816	Michoud	0.25	Adhésions			
1817	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1818	Michoud	0.25	Adhésions			
1819	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1820	Michoud	0.25	Adhésions			
1821	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1822	Michoud	0.25	Adhésions			
1823	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1824	Michoud	0.25	Adhésions			
1825	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1826	Michoud	0.25	Adhésions			
1827	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1828	Michoud	0.25	Adhésions			
1829	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1830	Michoud	0.25	Adhésions			
1831	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1832	Michoud	0.25	Adhésions			
1833	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1834	Michoud	0.25	Adhésions			
1835	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1836	Michoud	0.25	Adhésions			
1837	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1838	Michoud	0.25	Adhésions			
1839	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1840	Michoud	0.25	Adhésions			
1841	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1842	Michoud	0.25	Adhésions			
1843	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1844	Michoud	0.25	Adhésions			
1845	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1846	Michoud	0.25	Adhésions			
1847	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1848	Michoud	0.25	Adhésions			
1849	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1850	Michoud	0.25	Adhésions			
1851	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1852	Michoud	0.25	Adhésions			
1853	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1854	Michoud	0.25	Adhésions			
1855	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1856	Michoud	0.25	Adhésions			
1857	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1858	Michoud	0.25	Adhésions			
1859	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1860	Michoud	0.25	Adhésions			
1861	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1862	Michoud	0.25	Adhésions			
1863	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1864	Michoud	0.25	Adhésions			
1865	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1866	Michoud	0.25	Adhésions			
1867	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1868	Michoud	0.25	Adhésions			
1869	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1870	Michoud	0.25	Adhésions			
1871	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1872	Michoud	0.25	Adhésions			
1873	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1874	Michoud	0.25	Adhésions			
1875	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1876	Michoud	0.25	Adhésions			
1877	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1878	Michoud	0.25	Adhésions			
1879	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1880	Michoud	0.25	Adhésions			
1881	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1882	Michoud	0.25	Adhésions			
1883	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1884	Michoud	0.25	Adhésions			
1885	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1886	Michoud	0.25	Adhésions			
1887	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1888	Michoud	0.25	Adhésions			
1889	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1890	Michoud	0.25	Adhésions			
1891	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1892	Michoud	0.25	Adhésions			
1893	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1894	Michoud	0.25	Adhésions			
1895	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1896	Michoud	0.25	Adhésions			
1897	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1898	Michoud	0.25	Adhésions			
1899	Michoud	0.25	Point d'adhésion			
1900	Michoud	0.25	Adhésions			

passage emprunté à la revue critique du journal de M. Malgaigne : « Au total, sur ces quinze opérations, il y a eu deux cas dans lesquels des adhérences empêchaient d'enlever la tumeur, et l'une des deux malades a succombé; reste treize. Sur ces treize malades, cinq sont mortes, ce qui semble nous laisser encore une belle proportion de guérisons, mais ces guérisons sont un peu sujettes à caution, et d'abord il y a deux cas, l'un de M. Walne, l'autre de M. Atlée, qui ont été publiés avant la chute des ligatures. Est-ce là tout? non vraiment, car lorsqu'on voit dans le premier cas de M. Walne les ligatures ne tomber qu'au bout de dix semaines; dans le second cas, toutes, excepté une, tenaient encore au bout de cinq semaines, et dans l'observation de M. Atlée, sept semaines ne pas suffire à leur chute, on est bien en droit de se demander ce qu'il faut penser des guérisons de M. Clay obtenues en dix-huit, quatorze et même douze jours? La vérité est que M. Clay ne dit pas ce que sont devenues les ligatures qu'il a placées comme les autres; M. Southam n'eut pas de peine de retirer les siennes qui s'étaient perdues dans le ventre; et il est évident que, sur la troisième malade de M. Walne, elles n'avaient pas encore eu le temps de tomber. Il n'y a donc là qu'une seule malade dont la cure soit certaine, attendu qu'elle a été suivie jusqu'à la chute des ligatures. Pour les autres, il n'y a rien de certain qu'elles aient échappé aux premiers et formidables dangers de l'opération, nous le confessons, mais il ne nous est pas démontré que l'on puisse tenir si peu compte des ligatures

fortes et nombreuses plongeant jusque dans le petit bassin, et qui doivent y séjourner sept à huit semaines.»

Vaut-il mieux faire une grande qu'une petite incision? Nous remarquerons d'abord que ces deux opérations ne s'appliquent pas aux mêmes cas : ainsi la petite incision convient particulièrement aux kystes uniloculaires à parois souples et fines, ne présentant aucune dégénérescence, exempts d'adhérences et renfermant un liquide peu épais. La grande incision est surtout applicable aux tumeurs multiloculaires contenant un liquide épais qui ne peut être évacué par la ponction, dont les parois sont épaisses et présentent des adhérences que l'on sera forcé de détruire. La petite incision n'a pas encore été pratiquée un assez grand nombre de fois pour qu'il soit possible de se prononcer définitivement sur sa valeur. M. A. Key, partisan de la grande incision, fait valoir en sa faveur les raisons suivantes : La petite incision, exigeant des conditions spéciales, n'est pas susceptible d'une application générale, elle paraît au premier abord plus sûre et plus facile, et semble moins exposer les viscères à l'inflammation. Mais ces avantages se trouvent plus que compensés par la difficulté que l'on éprouve à faire passer une masse volumineuse par une petite incision, et à saisir le pédicule que l'on doit lier. Il est probable qu'une grande incision n'expose pas plus les malades qu'une petite, et la première présente l'avantage incalculable de livrer une issue à la tumeur, et de faciliter sans violence son extraction de la cavité

abdominale; l'absence de toute violence manuelle est le motif principal qui doit faire recommander cette opération. M. Clay ajoute aux raisons précédentes, qu'une portion de la tumeur peut être solide et qu'il serait impossible de l'extraire par une petite ouverture.

M. A. Key pense que l'opération réussit mieux chez les femmes qui ont passé la période d'activité des organes sexuels. Le tableau que nous avons donné ne confirme pas cette opinion.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés précédemment nous permettent d'abord maintenant la question de savoir si l'extirpation des kystes de l'ovaire est une opération qui doit prendre rang dans la thérapeutique chirurgicale, ou si l'on doit au contraire la repousser. Les partisans de l'opération allèguent en sa faveur la proportion de succès qu'elle a donnés, proportion qui n'est pas beaucoup plus défavorable que celle que nous donnent certaines opérations pratiquées chaque jour par tous les chirurgiens; l'opération de la hernie, par exemple, certaines amputations; mais il n'y a pas de parité entre ces deux ordres d'opérations: les unes sont pratiquées dans un moment où la vie est menacée, et la mort presque certaine si l'on n'opère pas; dans les autres, les malades ne courent aucun danger immédiat, et pourraient vivre encore un nombre d'années que l'on ne saurait fixer.

A cela M. Key répond que l'on pratique chaque jour certaines opérations graves pour des affections qui ne font point souffrir, qui ne font point courir

aux malades un danger de mort prochaine, et il cite l'exemple des calculeux que l'on soumet à la lithotomie ; mais cet argument est plus spécieux que solide. En effet, 1° il est très-rare que les calculeux n'éprouvent point de douleurs vives, tandis que cela est assez commun chez les femmes qui sont affectées d'un kyste de l'ovaire ; 2° la ponction donne les moyens de combattre les symptômes les plus fatigants, tandis que, pour les affections calculeuses, le traitement palliatif est bien moins efficace ; 3° enfin la proportion des guérisons que donne la lithotomie est bien plus avantageuse que celle que l'on est en droit d'espérer de l'extirpation de l'ovaire.

Si d'ailleurs on considère que les conditions voulues pour que l'extirpation de l'ovaire soit pratiquée avec probabilité de succès, telles qu'un volume médiocre de la tumeur, l'absence d'adhérence, etc., sont compatibles avec le libre exercice de presque toutes les fonctions, et que souvent la maladie marche avec lenteur, on hésitera sans doute à proposer une opération qui peut amener la mort en quelques jours.

Rappelons-nous enfin que, si l'on veut tenter la cure radicale, la science possède plusieurs moyens bien moins dangereux que l'extirpation, tels que la ponction vaginale, avec introduction d'une canule, laissée pendant quelques jours à demeure dans le kyste ; l'incision pratiquée d'après la méthode de M. Bégin ; et nous arrivons, pour ainsi dire forcément, à cette conclusion, que l'extirpation des kystes de l'ovaire est une opération que l'on ne saurait re-

jeter d'une manière absolue, mais à laquelle on ne devra recourir que dans des cas excessivement rares, et dans des conditions exceptionnelles que l'on ne peut prévoir à l'avance.

Nous croyons être agréable à nos lecteurs, en leur faisant connaître une opération récemment pratiquée par M. Récamier. Les difficultés que toute l'habileté de l'opérateur n'a pu surmonter, sont encore une source d'enseignements utiles, et légitimeront peut-être la sévérité de nos conclusions.

Une fille de vingt-trois ans, d'une forte constitution, mal réglée, entra, le 23 juin 1841, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 25. Elle dit que depuis deux ans, sans cause connue, son ventre a grossi peu à peu, et que, depuis deux mois, il a acquis un volume qui l'empêche de marcher, de se tenir même assise. Toutes les autres fonctions se font d'une manière normale. Depuis un mois environ, il survient souvent un peu d'œdème des extrémités inférieures. Si on examine la malade, on trouve le ventre développé comme dans une grossesse à terme. Il est plus volumineux en bas et à droite, ainsi qu'en haut et à gauche. Entre ces deux points, on sent un sillon peu profond dirigé obliquement de haut en bas et de droite à gauche. Par la percussion, on reconnaît que les intestins sont refoulés sur les côtés de la colonne vertébrale; tout le reste du ventre donne un son complètement mat. Si on cherche à reconnaître la présence d'un liquide, en percutant un côté du ventre, on ne perçoit pas, au côté opposé, un choc limité comme dans l'ascite, mais une sorte d'ébran-

lement, de tremblement, qui, est senti sur tous les points, d'une manière aussi prononcée; cet examen fait penser à M. Récamier que le liquide contenu dans le kyste est très-visqueux; les touchers rectal et vaginal ne fournissent aucun renseignement. La malade ne pouvant se livrer à aucune occupation, à cause de cette affection, demande avec instance qu'on tente quelque chose pour sa guérison.

Dans l'espoir de déterminer des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale, M. Récamier fait faire une escarre profonde de la grandeur d'une pièce de cinq francs, sur le côté droit du ventre. Pour cela, on fait, à vingt-quatre heures d'intervalle, trois applications de caustique de Vienne. Le cinquième jour, on incise sur l'escarre, dans une étendue de deux à trois centimètres, et il sort plus de dix litres d'un liquide brunâtre, mais limpide et séreux. Pendant l'écoulement, on s'aperçoit que le kyste n'est pas adhérent à la face postérieure de la paroi abdominale. Alors, craignant que le parallélisme ne se détruise entre les deux ouvertures, et qu'il ne se fasse un épanchement dans la cavité péritonéale, on saisit, avec une pince, les bords de la plaie du kyste, on les attire au dehors et on extrait ainsi, par l'ouverture des parois du ventre, une bonne partie du kyste. Dans cette extraction, on éprouve de la résistance et on est obligé d'exercer une certaine traction qui amène le décollement d'adhérences au niveau du foie. Malgré ces manœuvres, on ne peut attirer au dehors plus de la moitié du kyste; mais pour empêcher cette portion de rentrer on y applique, près de l'escarre, trois fortes liga-

turés. Malgré des irrigations d'eau tiède faites sur le ventre, aussitôt après l'opération, pour prévenir l'inflammation, il survint une péritonite suraiguë qui résista à tous les moyens thérapeutiques et qui se termina par la mort en trois jours.

A l'autopsie, faite le 6 au matin, on trouve le feuillet viscéral du péritoine fortement injecté, rugueux et parsemé de petits filaments pseudo-membraneux. A la face postérieure de l'utérus et dans le cul-de-sac recto-vaginal on remarque une couche épaisse de fausses membranes blanchâtres superposées. Au niveau du foie le péritoine qui recouvre la paroi abdominale est plus rugueux et plus rouge que partout ailleurs, étendue de cinq ou six centimètres carrés; c'est sans doute le point où avait lieu l'adhérence qui a cédé.

Dans la cavité abdominale il y a une assez grande quantité de sérosité trouble, un peu rougeâtre.

On examine le kyste avec soin et on reconnaît qu'il procède de l'ovaire, non du droit, mais du gauche, qui est complètement transformé, car on n'en retrouve pas la moindre trace. Son pédicule, qui répond bien au ligament ovarique, est assez long et croise l'utérus, en arrière de cet organe, qui a subi un commencement de rotation, de torsion.

Le kyste renferme encore plus d'un litre de liquide analogue à celui qui s'est écoulé lors de l'ouverture; il n'a aucune adhérence dans la cavité abdominale, et on ne comprend pas d'abord pourquoi il n'a pu sortir en entier; mais l'ayant incisé on trouve dans sa cavité deux autres tumeurs, du volume d'un gros œuf de poule, qui sont remplies d'une sérosité

transparente, incolore, et qui adhèrent à la face interne du kyste principal. C'est une de ces tumeurs supplémentaires qui, appliquée contre la face postérieure de la plaie abdominale, empêchait la sortie d'une plus grande partie des parois du kyste.

En étudiant de plus près cette altération, on reconnut que ses enveloppes avaient une structure fibro-cartilagineuse et une épaisseur de près d'un centimètre. Sa surface extérieure était blanche, sans trace d'inflammation, du moins dans le ventre, et elle était uniforme, lisse, sans sillon. Mais sa face interne raboteuse, offrant une coloration d'un rouge brun et un ramollissement superficiel dans plusieurs points présentait plusieurs cloisons incomplètes ou plutôt des diaphragmes en demi-lunes étroites dont la plus remarquable occupait la paroi antérieure du kyste et offrait la direction dans laquelle on avait senti, pendant la vie, une espèce de sillon oblique par le palper abdominal.

Il était intéressant de savoir comment se trouvait le péritoine pariétal, autour et au niveau de l'escarre des parois abdominales. Nous avons dit qu'il n'y avait pas d'adhérences; il n'y avait pas même de fausses membranes; de la rougeur seule dénotait l'inflammation qui avait été produite par le caustique. L'utérus était sain, de même que les annexes du côté droit et la trompe du côté gauche.

Rien d'anormal dans les autres organes.

ERRATA.

Nous croyons devoir donner, sous forme d'*errata*, une observation que le lecteur est prié de transporter page 114, avant le premier alinéa, commençant par ces mots : *Dans quelques circonstances*, etc.

Les accidents de péritonite qui succèdent à la rupture du kyste, se manifestant chez une femme affectée de hernie irréductible, pourraient faire croire à un étranglement herniaire.

Une femme de soixante-douze ans, affectée déjà d'une hernie ombilicale, fut tout à coup prise de douleurs excessives dans le ventre et de vomissements fréquents. Il y avait de la constipation, le ventre était ballonné, la face grippée, le pouls fréquent, petit et serré. La tumeur herniaire, bien qu'irréductible, était très-molle et nullement douloureuse. Plusieurs des consultants proposèrent le débridement, qui fut rejeté avec raison par les autres. La femme succomba le lendemain, et à l'autopsie, dit M. Goyrand, on reconnut qu'elle était morte d'une péritonite aiguë générale. En examinant avec soin, on en trouva la cause dans la rupture d'un kyste de l'ovaire dont le contenu s'était épanché dans la cavité du péritoine. (VIDAL, *Path. ext.*, t. IV, p. 580.)