fluence bien évidente sur sa production. D'après Scanzoni, les tumeurs doubles seraient relativement fréquentes, quarante-neuf sur cinquante. Schræder fait ressortir, et à juste titre, que les chiffres de Scanzoni jurent d'une part avec ceux des ovariotomistes, tels que Spencer Wells, qui n'ont enlevé les deux ovaires que vingtcinq fois sur cinq cents; mais que, d'autre part, ils concordent avec le fait anatomique qui démontre que les cas sont très fréquents où la glande opposée au côté malade n'est pas complètement saine non plus et présente des altérations et des dégénérescences kystiques des follicules de Graaf. Seulement, la dégénérescence simultanée des deux ovaires, ou même le développement d'un kyste volumineux dans le second ovaire, après ablation du premier, sont rares; ce fait d'ailleurs se trouve confirmé par la statistique de Scanzoni elle-même, statistique qui ne comprend que quatre cas sur quatre-vingt-dix-neuf où il existait des deux côtés des kystes du volume au moins d'un œuf de poule. (Schræder, 1. c., p. 370.)

Ce sont les recherches de Waldeyer (1) sur les kystes de l'ovaire qui ont fait loi dans la classification des tumeurs du parenchyme ovarique.

I — L'hydropisie du follicule donne lieu au développement de tumeurs généralement peu volumineuses. Les poches hydropiques se pressent sous la surface de l'ovaire où elles viennent faire des saillies considérables, et constituer par l'hydropisie simultanée de plusieurs d'entre elles des tumeurs multiloculaires.

L'hydropisie folliculaire est un processus de rétention consécutif aux obstacles qu'opposent à l'évacuation normale de la poche, à la rupture, par exemple, de la vésicule, des néo-membranes péritonitiques ou des adhérences de l'ovaire avec les organes voisins. D'après quelques observateurs, ces kystes de rétention peuvent se développer également aux dépens de follicules rompus, aux dépens du corps jaune.

La paroi des tumeurs folliculaires simples renferme des tractus conjonctifs abondants, disposés en un réseau assez serré; elle est tapissée en dedans par des cellules épithéliales plates. A sa face externe elle est revêtue tout d'abord par l'épithélium de l'ovaire auquel vient s'ajouter, au cours de l'augmentation de volume du follicule, une couche de cellules épithéliales plates. Des vaisseaux gros et nombreux parcourent cette paroi qui ne contient ni invaginations glandulaires, ni végétations papillaires, à moins de dégénérescence kystique du follicule. Rokitansky (loc. cit.), le premier, et d'autres après lui, ont trouvé dans ces follicules des vestiges bien conservés ou en voie d'atrophie de l'ovule du follicule atteint.

Les follicules hydropiques n'atteignent que rarement un volume considérable. Ils sont le plus souvent de la grosseur du poing; mais on en a vu quelques-uns atteindre celle d'une tête d'homme. Ils présentent ce caractère spécial d'être tous uniloculaires. Leur contenu est purement séreux et n'a que peu de tendance à l'excrétion. Il s'y trouve peu d'albumine, et de paralbumine point. Cette hydropisie aboutit, après une évacuation unique, à l'involution spontanée et à la guérison de la poche.

II — Les kystes de l'ovaire doivent être considérés comme des adénomes à caractère épithélial accentué. Ils se développent aux dépens de la substance glandulaire, aux dépens en partie du stroma connectif, en partie de l'endothélium. Il est impossible de déterminer avec certitude à quelle époque de la vie s'opère cette transformation; il est cependant probable qu'elle se fait de très bonne heure. Les kystes résultent du ramollissement central des tubes glandulaires; en même temps il se produit des kystes secondaires par le développement d'espèces de culs-desac dans la paroi des glandes. Ces sortes de processus peuvent être isolés; d'autres fois on rencontre plusieurs foyers l'un à côté de l'autre. Par suite de l'accroissement du contenu et de l'augmentation de pression, les parois du kyste se rompent; les cavités juxtaposées confluent, et il se forme en fin de compte une grande poche unique, uniloculaire. D'après Waldeyer les kystes uniloculaires se développent toujours de cette façon, ainsi que le démontrent les traces d'organisation trabéculaire parfois à peine indiquée sur les parois des poches. Au fur et à mesure de leur évolution, ces kystes se pressent sous la surface de l'ovaire, se rompent et déversent leur contenu dans la cavité abdominale,

La poche elle-même s'atrophie, alors même qu'une nouvelle poussée du processus morbide la fait végéter quelque temps encore.

Les kystes subissent deux genres de transformation absolument distincts l'un de l'autre. Le développement dans les parois d'invaginations glandulaires crée le kyste proliférant glandulaire. Lorsque c'est le tissu conjonctif qui prolifère, l'on a affaire au kyste proliférant papillaire.

La base de ce dernier, en tant que prolifération conjonctive, est naturellement la plus résistante. Les proliférations conjonctives forment des saillies verruqueuses à la face interne du kyste, tantôt très éloignées les unes des autres, tantôt réunies en amas serrés et constituant ainsi d'assez grosses végétations papillomateuses. Elles peuvent finalement arriver à remplir toute la cavité kystique. En présence de leur tendance prononcée à la dégénérescence maligne, tendance démontrée par les travaux de Marchand, on ne sait encore jusqu'à quel point il faut ranger ces papillomes dans le groupe néoplasique qui nous occupe. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on les rencontre très souvent associés à de l'ascite et à des végétations du même genre disséminées sur le péritoine.

Les deux formes de kystes peuvent se combiner, se développer l'une à côté de l'autre dans le seul et même ovaire et fusionner ensuite. De même elles peuvent se produire l'une après l'autre, toujours dans le même ovaire, fait qui démontre, du moins en partie, le polymorphisme des tumeurs ovariques. La dégénérescence maligne ultérieure de ces néoplasmes donne naissance à ces tumeurs hybrides qui restent parfois une énigme pour l'observateur (1).

L'une des particularités les plus caractéristiques de ces tumeurs est la variabilité de leur volume et de leur consistance. La plupart du temps elles se développent aux dépens de la cavité abdominale. Leur base demeure toujours le ligament large, et c'est précisément

à ce niveau qu'elles présentent le plus de polymorphisme. En cas de tumeurs un peu considérables, le ligament large reste rarement indemne, même en ne tenant pas compte de l'augmentation des vaisseaux en cet endroit. Habituellement ce ligament participe au processus néoplasique, en même temps que la trompe et le ligament ovarique. Il peut arriver que sa base seule y prenne part, en servant de point d'insertion à la tumeur; mais en règle générale le ligament large est considérablement étendu. L'ovaire, en pénétrant au fur et à mesure de son développement entre les feuillets du ligament large, arrive assez souvent à prendre position au-dessous de la trompe. Celle-ci augmente de volume très fréquemment aussi, et il n'est pas rare de la voir dépasser de beaucoup sa longueur normale. Les franges se perdent à la surface de la tumeur ou bien communiquent avec les kystes; il peut même se créer une communication directe entre le canal tubaire et les kystes ovariques (1). Ces poches tubo-ovariques peuvent amener une communication permanente du néoplasme de l'ovaire avec l'oviducte et la cavité utérine, de sorte que le contenu du premier se déverse de temps en temps à l'extérieur. D'autres fois on trouve dans le pédicule de la tumeur deux replis absolument distincts qui se dirigent du côté de l'utérus; l'un est constitué par la trompe, l'autre par le ligament ovarique. Latéralement on voit le ligament infundibulo-pelvien, fortement étendu, transformé en un ligament à arête aiguë. Le développement en longueur de ce pédicule est très variable. Il peut atteindre des dimensions extraordinaires; dans d'autres cas, il se fait surtout en masse. Quoi qu'il en soit, les adhérences de la surface des tumeurs avec les organes voisins, la torsion du pédicule, peuvent amener des modifications sur lesquelles je reviendrai plus loin (2).

Ordinairement les kystes simples possèdent de gros vaisseaux qui y pénètrent par la base de l'ovaire et qui ne sont autre chose que des branches de l'artère utéro-ovarienne.

Grâce aux dimensions relativement restreintes de leur point

⁽¹⁾ Friedlander, Beitr. z. Anat. der Cystovarien, thèse de Strasbourg, 1876. — Marchand, Beitr. zur Kenntniss der Ovarialtumoren. Halle, 1879. — Coblenz, Virchow's Arch., 82 et 84 et Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1882, VII. — Flaischlen, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., VI et VII. — Rokitansky, Lehrb. III, p. 48.

⁽¹⁾ Blasius, De hydrope profluente, Halle, 1834. — Burnier, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., V, p. 357 et VI, p. 87. Voyez également notre chapitre: Maladies des trompes.

(2) Werth, Arch. f. Gyn. XV, p. 412.

d'attache, les tumeurs ont une mobilité considérable, principalement en haut, du côté de la grande cavité abdominale.

Quant aux parois, elles sont constituées par des couches épaisses, plus ou moins nombreuses, de tissu conjonctif, qui renferment des vaisseaux de grosseur et de nombre variables. La surface interne des kystes glandulaires est tapissée d'une couche unique de cellules plates cylindriques; la surface externe présente, dans les endroits non recouverts par le péritoine ou des membranes exsudatives, un revêtement de cellules épithéliales plates et délicates. Ces parois sont parsemées d'invaginations glandulaires qui augmentent considérablement l'étendue de la cavité et contribuent pour une large part à la réplétion de cette dernière. Dans les tumeurs papillaires, on trouve la surface interne de la poche garnie de saillies verruqueuses, qui sont, à l'occasion, tapissées d'épithélium vibratile, et qui possèdent une base conjonctive fortement vascularisée. En s'étendant d'une façon dendritique, elles peuvent arriver à occuper la cavité de la tumeur tout entière. Ces sortes de papilles, ainsi que les extrémités des glandes qui prennent la forme vésiculaire, peuvent soulever la surface externe du kyste et engendrer à cette surface des bosselures et des proéminences, des saillies verruqueuses et des noyaux de formes

La quantité du contenu des kystes est éminemment variable. Ils renferment tantôt quelques grammes, tantôt quelques litres de liquide. J'ai enlevé, dans un cas de ma clientèle, trois grands seaux de liquide d'une tumeur de ce genre. Celui-ci coule assez facilement en général; il mousse au moment de l'évacuation, a une apparence colloïde, tache le linge et l'empèse; il est transparent, a une réaction neutre et un goût fade; son poids spécifique est peu élevé, sa coloration d'un jaune verdâtre avec nuances. La couleur dépend du reste du mélange avec d'autres substances, surtout avec du sang. Cette masse liquide renferme de nombreuses cellules épithéliales ayant subi la dégénérescence graisseuse; elle est troublée par des produits de coagulation qui y flottent sous forme de nuages, qui recouvrent les parois de dépôts épais ou qui tombent au fond du verre après l'évacuation. Sa densité varie entre 1010 et 1025, les matières extractives

entre 50 et 100 %. Les travaux les plus complets sur la composition du liquide kystique sont ceux d'*Eichwald*, dont la table fait loi encore aujourd'hui (1).

Spiegelberg assignait autrefois une grande importance à celui des éléments du liquide kystique qui porte le nom de paralbumine. Cette paralbumine se transforme en albumino-peptone et perd ainsi la faculté de se coaguler sous l'action de la chaleur. La transformation en albumino-peptone et en métalbumine lui enlève également d'une façon progressive la propriété d'être précipitée par les acides minéraux. J'ai soumis à une analyse approfondie un grand nombre de liquides d'origine ovarique incontestable, et cela avec le concours de véritables autorités en chimie; toujours j'ai constaté, comme d'autres auteurs du reste, que la présence des diverses sortes d'albumine a quelque chose de tellement inconstant qu'il n'est pas possible de se servir des résultats de l'examen pour l'établissement du diagnostic. Spiegelberg lui-même avait déjà déclaré que la paralbumine ne se rencontrait pas toujours; il considérait même cette absence comme un signe de métamorphose régressive commençante des tumeurs ovariques. A ce dernier point de vue je n'ai également obtenu que des résultats négatifs, de sorte que je ne puis accorder aucune valeur aux réactions de la paralbumine.

Le liquide ovarique, vu au microscope, renferme une masse de cellules épithéliales, souvent graisseuses, détruites ou ayant subi la dégénérescence colloïde; des détritus en grande quantité; des cellules granuleuses; des globules sanguins; des amas de pigment, restes d'hémorragies antérieures intrakystiques, enfin des cristaux rhomboïdaux de cholestérine (2).

Ce liquide n'est autre chose que le produit de sécrétion des glandes du kyste. Celles-ci se remplissent rapidement et la pression de leur contenu devient telle, qu'elle fait éclater les parois qui

⁽¹⁾ Colloïdentartung der Eierstöcke. Würzb. med. Zeitschr. 1864, V, p. 270.

⁽²⁾ Fontenelle, Analyse de quelques substances contenues dans les ovaires. Arch. gén. de méd. 1824, XV. — Méhu, Ibid., 1859, XIV. — Atlee, Diagn. of ovarian tumors.— Spencer Wells, loc. cit. — Waldeyer, Arch. f. Gyn, I, p. 266. — Spiegelberg, Monatsschr. f. geb., p. 34; Arch. f. Gyn., III, p. 271; Volkmann's Samml. Klin. Vortr., nº 55. — Huppert, Ueber den Nachweis der Paralbuminurie. Prag. med. Wochens. 1876, 17. — Foulis, Edinb. med. Journ. août 1875, p. 169.— Knowsley Thornton, Med. Times and Gaz., avril 1875 et mai 1876.

séparent les kystes ou les follicules les uns des autres, et quelquefois même l'enveloppe extérieure. A ce moment il peut se produire des poussées sécrétoires par accès, ou bien le travail de sécrétion cesse complètement.

Quant à l'histoire du développement des kystes, il est certain que la plupart d'entre eux doivent être regardés comme d'origine congénitale et comme étant demeurés latents dans la période précédant la puberté. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut observer, à un âge ultérieur, les premières phases d'évolution de la dégénérescence kystique des ovaires. Dans la majorité des cas les tumeurs, après avoir rempli le petit bassin, en émergent au fur et à mesure de leur accroissement. Cette voie leur est imposée par la configuration infundibuliforme du pelvis. Dans les cas seuls où la base des kystes est intraligamenteuse (fait congénital), les tumeurs pénètrent en même temps dans la cavité abdominale et sous les feuillets du ligament large (1).* Dans ces cas elles soulèvent le péritoine, occupent toute la cavité pelvienne et s'accroissent, comme je l'ai observé fréquemment, surtout sous le cæcum. D'autres fois elles arrivent sous la base assez courte de l'S iliaque. Rarement elles se développent vers la partie antérieure, de façon à se rapprocher de la vessie. Olshausen a observé un cas où le néoplasme s'était insinué entre le rectum et le vagin. Les kystes qui se développent entre les feuillets du ligament large et s'avancent en même temps dans la cavité abdominale sont peu nombreux. L'insertion péritonéale y ressemble à une collerette, et, dans deux cas observés par moi, il y avait un étranglement visible de la tumeur grosse comme une tête d'homme, au niveau de son émergence de l'enveloppe péritonéale.

En immigrant dans la cavité abdominale, les tumeurs arrivent nécessairement en contact avec les organes renfermés dans cette cavité. Elles peuvent demeurer longtemps à côté de ceux-ci, libres et sans adhérences. Mais ce n'est pas là l'éventualité la plus fréquente. D'après mes propres documents du moins, les cas où il existe des soudures des plus étendues et des plus variées, sont bien plus nombreux que les précédents.

Ces adhérences se développent entre la surface du néoplasme et le péritoine pariétal, mais plus souvent encore avec le feuillet viscéral, qu'il s'agisse de la séreuse intestinale ou du mésentère. Elles sont encore plus fréquentes entre le péritoine et la surface de la trompe. Ce sont tantôt de simples accolements par disparition du liquide interposé, tantôt de véritables soudures inflammatoires. Entre la tumeur et la paroi de soudure on voit circuler d'innombrables vaisseaux d'un calibre parfois tout à fait extraordinaire et qui plus tard, en cas d'interruption de la circulation dans le pédicule, peuvent se charger de la nutrition de la masse néoplasique (Hofmeier) (1). Si celle-ci se développe davantage, il peut se produire des adhérences avec le foie ou tout autre organe abdominal, si éloigné qu'il soit ; et ces adhérences peuvent devenir tellement intimes qu'à l'autopsie on a la plus grande peine à délimiter les organes intéressés. Finalement les adhérences peuvent s'étendre sur la surface de la tumeur tout entière, qui entre alors en communication vasculaire intime et simultanée avec la totalité des viscères abdominaux.

Pendant que la surface de la tumeur devient le siège de ces diverses modifications, la masse néoplasique elle-même est loin de rester stationnaire (2); et les altérations qui y surviennent ne se bornent pas aux transformations déjà indiquées dans le liquide kystique.

Il n'est pas rare d'observer des hémorragies dans les poches kystiques. Le sang vient occuper çà et là de petits espaces; mais il peut également remplir complètement des kystes très volumineux. Ces hémorragies se produisent à la suite de solutions de continuité déterminées par des ébranlements, même minimes, du ventre, ou encore grâce à l'érosion de certains vaisseaux englobés dans l'ulcération des parois interkystiques, ou enfin consécutivement à des lésions directes, à des ponctions, etc. Un pareil épanchement donne naissance à tous les symptômes d'une hémorragie interne et d'une anémie menaçante. En outre il peut devenir le point de départ d'une décomposition rapide, de sorte que si les malades

⁽¹⁾ Freund, Berl. Kl. Woch., no 28. — Kaltenbach, Zeitschr. f. Geb. und Frauenkrankh. 1876, p. 537.

⁽¹⁾ Hofmeier, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., V.

⁽²⁾ Schroeder, loc. cit. — Hegar et Kaltenbach, Gynecol. Oper. III, p. 237. — Olshausen, Centralbl. f. Gyn. 1884, nº 43.

ne succombent pas immédiatement à l'anémie elles périssent plus tard au cours et sous l'influence même de cette décomposition.

Le contenu de la tumeur, altéré ou non, peut, à la suite de la rupture de la poche, être déversé au dehors, c'est-à-dire dans la cavité abdominale ou dans des organes adhérents à la tumeur. La poche est-elle uniloculaire ou ne renferme-t-elle que peu de lacunes, la rupture peut donner lieu à une sorte de guérison, car le liquide évacué est presque toujours résorbé par le péritoine avec une promptitude étonnante. J'ai vu un cas où la rupture avait eu lieu très tard dans la soirée et où il n'y avait plus trace de l'épanchement le lendemain matin. La malade éprouva de violentes envies d'uriner et elle évacua, sous l'influence d'un ténesme continu, plusieurs litres d'une urine claire et pour ainsi dire sans odeur, qui malheureusement n'a pu être analysée.

Il est évident que la résorption n'est pas toujours aussi rapide ni aussi complète. Elle peut même s'arrêter, et alors les malades, probablement incapables de résorber ce liquide, succombent aux symptômes du collapsus. On comprend que ces ruptures provoquent, à l'occasion, des déchirures vasculaires, et que dans ce cas le liquide kystique déversé dans la cavité abdominale contienne du sang. Les parois de la poche vidée s'affaissent, involuent et s'atrophient. Dans le cas cité ci-dessus, je trouvai la masse kystique sous forme d'un épaississement peu resistant sur le plancher de la cavité de Douglas. Lorsque la rupture n'a pas amené une évacuation complète de tous les espaces kystiques, la poche se remplit à nouveau et la tumeur acquiert bientôt son développement primitif.

Les kystes rompus superficiels subissent une protrusion complète sous l'influence de la pression qu'exercent sur eux les kystes nouveaux qui se développent dans la profondeur. Cela a lieu surtout pour le kyste proliférant papillaire. Ces sortes d'ectropions ont l'aspect de grosses verrues qui dépassent comme des champignons la surface avoisinante de la tumeur. Ce sont ces productions verruqueuses qui ont une tendance spéciale à infecter le péritoine, alors qu'elles ne rentrent elles-mêmes que rarement en relations intimes avec les parties du péritoine avec lesquelles elles sont en contact. (Marchand).

Le pédicule prend naturellement une part très grande aux altérations qui atteignent la tumeur ovarique. Cet organe si vasculaire, en raison même de sa grande étendue, a une prédisposition spéciale à se tordre autour de son axe longitudinal (1). Il est parfois assez long pour suffire à plusieurs tours de spire. Sa position et son étendue n'ont qu'une influence peu considérable sur la mobilité de la tumeur; c'est ainsi que celle-ci subit des mouvements de torsion à l'occasion d'ébranlements abdominaux, de mouvements quelconques de la malade, de contractions péristaltiques violentes et surtout de tentatives énergiques de palpation abdominale. Les conséquences de cette torsion ne sont pas toujours, mais sont assez souvent fatales à la femme. Parfois le pédicule supporte sans dommage des torsions multiples; mais il est des cas, très rares il est vrai, où le point de torsion devient le siège d'un travail inflammatoire; le pédicule se rompt et la tumeur devient libre dans la cavité abdominale. La marche de ce processus se termine-t-elle progressivement sans phénomènes graves, la tumeur demeure à peu près sans modifications, du moins si le système vasculaire des adhérences établies entre la surface et les organes voisins est suffisamment développé pour pouvoir suffire à sa nutrition. Mais le plus souvent les conséquences de ce processus sont une décomposition rapide du kyste et d'autres troubles délétères.

La torsion du pédicule amène, plus souvent encore qu'une rupture complète de ce dernier, l'occlusion des vaisseaux qui y circulent et consécutivement la destruction de la tumeur. Tout d'abord, il survient des hémorragies dans la masse néoplasique; le contenu kystique, accru par l'addition du sang, se décompose et se transforme en sanie, quoique l'on ne puisse s'expliquer la pénétration ou la naissance sur place des agents putrides; les parois se rompent et la poche se vide dans la cavité abdominale. Les malheureuses femmes succombent soit à l'anémie, soit à une péritonite à marche plus ou moins rapide.

⁽¹⁾ WERTH, Arch. f. Gyn., XV.