

des kystes prolifères glandulaires, si différents, du reste, déjà au point de vue histologique.

Altération
scléro-kystique
de l'ovaire.

L'altération micro-kystique qui s'accompagne de sclérose ovarienne, quoique ayant une origine histogénique analogue, le follicule, forme aussi un type anatomique et clinique parfaitement séparé. Les cavités demeurent toujours si petites qu'elles ne déforment pas sensiblement l'ovaire, et ne le transforment jamais en une tumeur. Dans cette lésion, qui appartient, en réalité, à l'ovarite avec laquelle je l'ai déjà décrite, on peut voir tout l'ovaire parsemé de petits kystes, gros comme des grains de chènevis. Elle a été considérée, à tort, par quelques auteurs, comme un phénomène d'évolution physiologique. En réalité, c'est un processus pathologique qui se rencontre seul ou quand il existe une irritation de voisinage, (fibrome utérin, inflammation de la trompe). La modification scléreuse du stroma ovarien n'est que secondaire¹, mais habituellement consécutive à la dégénérescence folliculaire. Quoi qu'il en soit, l'altération scléro-kystique de l'ovaire est très distincte, au point de vue de l'anatomie pathologique macroscopique et au point de vue de la clinique, de la maladie kystique constituée par les gros kystes folliculaires conglomérés.

Le contenu des cavités, dans la maladie kystique de l'ovaire, est séreux ou sanguinolent. Toutefois, j'ai extirpé un ovaire polykystique, dans lequel une certaine quantité des poches, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noisette, était remplie d'un liquide séreux, tandis que d'autres contenaient une matière caséuse ou lardacée, où l'examen microscopique, pratiqué par Toupet au laboratoire du professeur Cornil, a fait reconnaître du tissu myxomateux. La lésion était unilatérale; l'autre ovaire était scléro-kystique. Il y a là une sorte de dégénérescence secondaire des kystes folliculaires qui n'a pas encore, je crois, été décrite (fig. 349, 350, 351).

Kystes du corps
jaune.

III. **Kystes du corps jaune.** — C'est encore à Rokitansky² qu'on en doit la première description. Il croyait que les corps jaunes de la grossesse pouvaient seuls se transformer en kystes : cette opinion était trop absolue; Gottschalk³ en a trouvé chez une femme nullipare. Ces kystes ne dépassent pas d'ordinaire le volume d'une noisette. On en cite, pourtant, qui dépassaient de beaucoup ces proportions.

¹ BELIUS. *Die kleincystische Degeneration des Eierstocks.* (5^e Congrès des Gynéc. all., Fribourg, 1889 in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 52, p. 565).

² V. ROKITANSKY. *Ueber Abnormitäten des corpus luteum* (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1859, n° 54 et 55). — Voyez encore RITCHIE, *loc. cit.* — SLAVJANSKY. *Zur normalen und pathol. Histologie des Graaff'schen Bläschens* (*Virchow's Arch.*, 1870, Bd. LI, p. 470). — NAGEL, *loc. cit.*

³ GOTTSCHALK. *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 22 nov. 1889 (*Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 12).

Les deux tumeurs, décrites par Gottschalk, avaient l'une le volume d'une orange, l'autre celle d'une petite pomme. Schröder¹ en a vu de la grosseur d'un œuf de pigeon. Nagel en a observé qui avaient le volume d'une pomme et même d'une tête d'adulte.

L'examen microscopique de la paroi montre les bourgeons papillaires caractéristiques du corps jaune et ne peut laisser de doute. Il empêchera de confondre les kystes du corps jaune (fig. 352) avec des kystes folliculaires dont la paroi serait épaissie et colorée par des dépôts sanguins, ou même avec une ovarite suppurée avec inspissation du pus quand ces kystes se sont enflammés, sous l'influence d'une salpingite concomitante².

Pour comprendre la genèse de kystes aux dépens de ce qu'on considère généralement comme un processus cicatriciel, il faut remarquer que l'idée de la rétraction des tissus pour la formation des corps jaunes est tout à fait erronée; on doit la remplacer par l'idée de prolifération et de néoformation du tissu ovarien (Call et Exner)³. La nouvelle théorie, proposée par Toupet⁴, ferait même rentrer la formation des corps jaunes dans la loi générale du développement des tissus, en leur attribuant un processus identique à celui qu'on observe sur les muqueuses en voie de développement ou lors de leur inflammation.

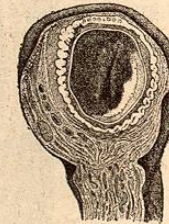


Fig. 352. — Kyste du corps jaune (grandeur naturelle) (Nagel).

Kystes tubo-ovariens. — Je placerai ici quelques détails relatifs à une variété de kystes qui mérite d'être distinguée et classée, par suite d'une particularité morphologique importante qu'ils doivent à leurs connexions acquises avec la trompe. L'ovaire kystique est, dans ces cas-là, greffé à la trompe dilatée qui communique avec lui, en sorte que la cavité, généralement très infléchie en forme de cornue,

Kystes tubo-ovariens.

¹ SCHRÖDER, *loc. cit.*, p. 595.

² Une observation d'ovarite suppurée de QUÉNU (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 416) pourrait bien être relative à un kyste du corps jaune enflammé.

³ CALL et EXNER. *Zur Kenntniss der Graaff'schen Follikel und des corpus luteum bei Kaninchen* (*Sitzungsber. der Wien. Akad.*, 15 avril 1865, Bd. LXXI).

⁴ Voir J. LUQUET. *Contrib. à l'étude des corps jaunes.* Thèse de Paris, 1888, n° 277, p. 55. Cette théorie, tout en attribuant la formation du corps jaune à la membrane granuleuse, comme WALDEYER, en diffère par l'hypothèse de la nature conjonctive de la membrane vitelline, ou tout au moins en ce qu'il admet une couche fibreuse qui la doublerait et servirait de support aux cellules de la granuleuse ovulaire. Ce fait une fois admis, voici comment s'explique facilement la formation du corps jaune : à la rupture de l'ovisac, la granuleuse ovulaire et la couche conjonctive sous-jacente restent en place comme la granuleuse pariétale, la vésicule germinative et le vitellus étant seuls expulsés; les deux couches de tissu conjonctif sous-épithélial interne et externe entrent en prolifération et forment les prolongements papillaires qui pénètrent au milieu des cellules de la granuleuse, en se dirigeant les uns vers le centre, les autres vers la périphérie.

est constituée par une portion tubaire et une portion ovarienne. C'est Richard¹ qui le premier a donné une bonne description de cette variété anatomique. Généralement ce sont des petites tumeurs de l'ovaire (kystes du follicule de de Graaf) qui sont ainsi soudées à la trompe dilatée, en sorte que leur volume n'est ordinairement pas considérable. Mais Hildebrandt et Olshausen ont vu des kystes tubo-ovariens formés par des kystes prolifères, ayant par suite de très grandes dimensions, et deux autres cas de ce dernier auteur se rap-

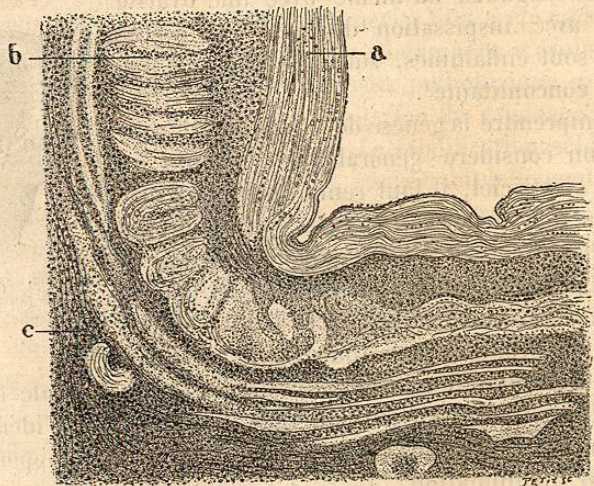


Fig. 355. — Kyste du corps jaune (gros-sissement de 60 diamètres). (Nagel.)

a. Tissu conjonctif dépourvu d'épithélium à la surface interne. b. Couche jaune du corpus luteum. c. Tissu normal de l'ovaire, au voisinage du hile.

portent vraisemblablement à des kystes du ligament large². Cette variété peut donc se surajouter, pour ainsi dire, à toutes les espèces de kystes.

La trompe reste ordinairement perméable, ce qui permet au liquide de s'écouler dans l'utérus, dès que la pression dans la poche devient exagérée. Ainsi se trouve constituée une *hydropisie ovarique profluente*, comparable à ce qu'on a décrit dans l'hydro-salpinx sous le nom d'*hydropisie tubaire profluente*. Cette communication joue

¹ A. RICHARD. *Mém. de la Soc. de chir.*, 1855, t. III, p. 121. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1856, t. XXI, p. 556. — *Bull. gén. de thérap.*, 1857, t. LIII, p. 152. — Voir aussi à ce sujet : LABBÉ. *Bull. de la Soc. anat.*, mai 1857, p. 141. — ROKITANSKY. *Allg. Wien. med. Zeit.*, 1859, n° 35. — HENNIG. *Monatschr. f. Geb.*, 1862, t. XX, p. 128. — HILDEBRANDT. *Die neue gynäk. Universitätsklinik zu Königsberg*. Leipzig, 1875, p. 109. — THORNTON. *Trans. of the obstet. Soc. of London*, 1879, t. XXI, p. 119. — H. BURNIER. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1880, Bd. V, p. 557 et 1881, Bd. VI, p. 90. — WACHSMUTH. *Inaug. Dissert.* Halle, 1885. — TERRILLON. *Progrès méd.*, 1888, n° 49, p. 472.

² OLSHAUSEN, *loc. cit.*, p. 59.

le rôle d'une soupape de sûreté qui empêche la distension exagérée du kyste et s'oppose à son accroissement. Hennig a pu constater, dans un cas, l'affaissement périodique, après leur évacuation, des tumeurs, qui étaient bilatérales. Quant à la genèse de ces kystes composés, on peut se demander si l'adhérence de la trompe à l'ovaire précède ou suit la formation du kyste, s'il n'y a pas, au début, inflammation des annexes amenant leur adhérence, ou bien encore coïncidence préalable d'hydro-salpinx et de kyste ovarique, réunis et fusionnés par résorption de la cloison (Schramm)¹. Je suis porté à croire, pour ma part, que tel est le plus souvent le processus, en

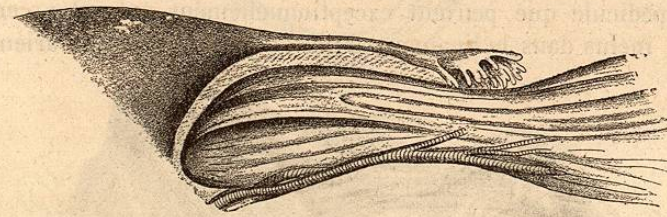


Fig. 354. — Pédicule d'un kyste de l'ovaire.

Le pédicule est court : l'aileron de l'ovaire n'a pas été entièrement dédoublé (le kyste a été vidé).

sorte que la lésion pourrait être aussi bien décrite au chapitre de la pathologie de la trompe qu'à celui des maladies de l'ovaire².

Sur 300 ovariectomies Olshausen a trouvé 3 cas de kystes tubo-ovariens dont 1 était bilatéral.

Pédicule. — Quelle que soit l'origine des kystes de l'ovaire, une particularité morphologique importante domine, on peut le dire, leur histoire chirurgicale. C'est la présence, les dispositions diverses ou l'absence d'un pédicule, les reliant aux tissus voisins. Il est parfois très mince, presque membraniforme, et la trompe en est séparée par l'aileron libre de l'ovaire (fig. 354). Fréquemment, cet aileron est dédoublé, et la trompe, entraînée sur la tumeur, lui adhère et a subi un certain allongement concomitant. Le pédicule contient alors deux cordons parallèles : la trompe et le ligament de l'ovaire. Le

Anatomie pathologique du pédicule.

¹ J. SCHRAMM. *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 33, p. 595. — GOTTSCHALK (*ibid.* 1891, n° 22, p. 458) pense que le point de départ primitif est une hydropisie d'un follicule de de Graaf.

² Voir sur ce sujet DORAN. *Specimens illustrating the development of tubo-ovarian cysts as a result of inflammation of the uterine appendages* (*Brit. med. journ.*, 1887, p. 781). — GRIFFITH. *Tubo-ovarian cysts*. (*Trans. obst. Soc. of London*, 1^{er} juill. 1887, in *Brit. med. journ.*, 1887, p. 1277). — ELLIOT. *A case of chronic salpingitis; tubo-ovarian cysts acutely inflamed, hemorrhage into the cyst; operation; recovery* (*Amer. journ. of Obstet.*, 1887, p. 144). — F. B. ROBINSON. *Tubo-ovarian cysts*. (*ibid.*, 1890, t. XXIV, p. 1511 et suiv.). — v. ROSTHORN. *Réun. de la Soc. gyn. de Bonn*, 1891. (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 25, p. 515) et *Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Gyn.*, 1891, p. 527.

point le plus rétréci du pédicule est ordinairement au niveau de ce qu'on a appelé le *ligament infundibulo-pelvien*, ou repli du péritoine qui s'étend de la paroi pelvienne à l'ovaire et par où les vaisseaux abordent l'organe.

La largeur et l'épaisseur du pédicule sont excessivement variables; elles tiennent à la fois à la distance qui sépare la tumeur du bord de l'utérus et à l'épaisseur du ligament large dont les fibres musculaires sont parfois hypertrophiées, le tissu conjonctif œdématié et les vaisseaux veineux dilatés. Enfin, c'est au niveau du pédicule que les parois kystiques présentent parfois leur plus grande épaisseur et qu'on peut retrouver des vestiges de l'ovaire.

Le pédicule que peuvent exceptionnellement présenter certains kystes inclus dans le ligament large (dermoïdes et parovariens) est

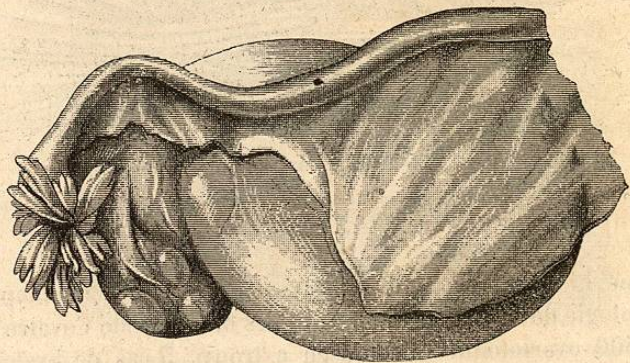


Fig. 555. — Kystes folliculaires conglomérés (maladie kystique de l'ovaire), inclus dans le ligament large.

formé par la simple distension et le déplacement du péritoine : il est large et lamellaire. membraniforme.

Kystes inclus dans le ligament large.

Quand le pédicule manque, le kyste est inclus dans le ligament large, en totalité ou en partie. C'est la situation habituelle des kystes parovariens, hyalins et papillaires, de quelques kystes dermoïdes, et enfin de quelques kystes ovariens prolifères, glandulaires ou papillaires pour lesquels Freund invoque une malformation congénitale qui ne serait autre que l'enclavement excessif de l'ovaire. Les petits kystes folliculaires et les kystes du corps jaune peuvent exceptionnellement offrir ce siège, comme je l'ai observé (fig. 555). La classe des kystes inclus dans le ligament large est donc essentiellement artificielle; elle a un très grand intérêt au point de vue chirurgical, mais cette particularité ne peut servir de base à aucune classification nosologique. C'est à tort que quelques chirurgiens rendent encore ce terme synonyme de celui de kyste parovarien, et même seulement de la

variété de kyste parovarien la plus fréquente, de celle dont la paroi est mince et le liquide hyalin. En réalité, les diverses espèces et

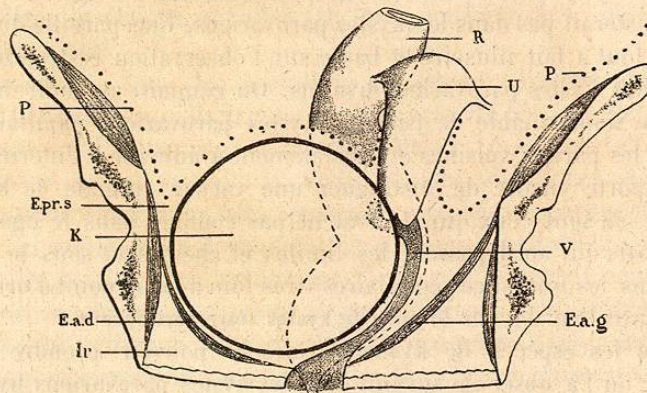
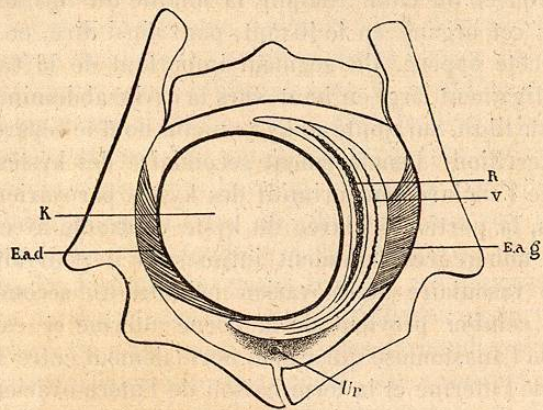


Fig. 556. — Kyste dermoïde rétro-péritonéal (Sänger).

(La tumeur, du volume d'une tête de fœtus, occupait l'espace pelvi-rectal supérieur, en arrière et à droite du rectum).

K. Kyste. U. Utérus. R. Rectum. V. Vagin. P. Péritoine. E. a. d. Releveur de l'anus droit.
E. a. g. Releveur de l'anus gauche. Ir. Fosse ischio-rectale. Ur. Urètre.
E. p. r. s. Espace pelvi-rectal supérieur.

variétés suivantes de kystes peuvent être incluses dans le ligament large :

1° **Kystes à grand développement** : A, kystes parovariens hyalins et papillaires (constamment, au moins au début).

B, kystes prolifères de l'ovaire, papillaires et glandulaires (rarement).

C, kystes dermoïdes, ovariens (souvent), ou parovariens (rarement).

2° **Kystes à médiocre développement** : A, kystes folliculaires (rarement).

B, kystes du corps jaune (rarement).

C, kystes résiduels, du corps de Rosenmüller (constamment).

Le kyste inclus peut, suivant les cas, n'occuper que le côté externe du ligament, vers le pelvis, ou que le côté interne, et s'accoller à l'utérus, ou enfin remplir la totalité du ligament large et déjeter alors cet organe en le luxant, pour ainsi dire, en haut et en dehors, du côté opposé. Un segment important de la tumeur peut dépasser le ligament large en haut, vers la cavité abdominale, en formant un kyste libre, surajouté au kyste inclus dont le sépare un sillon.

D'après Terrillon¹, l'enclavement secondaire des kystes prolifères différencierait de l'enclavement primitif des kystes parovariens. Dans le premier cas, la portion enclavée du kyste contracte avec les tissus voisins des adhérences tellement intimes qu'il pourrait s'ajouter au pédicule vasculaire utéro-ovarien primitif un second pédicule vasculaire; celui-ci provient de la corne utérine et est dû à la dilatation de l'anastomose qui existe normalement entre la branche supérieure de l'utérine et la terminaison de l'utéro-ovarienne²; il en résulterait un aspect violacé et un épaissement du ligament large qui n'existerait pas dans les kystes parovariens. Une pareille distinction est tout à fait illusoire et basée sur l'observation restreinte à la variété des kystes parovariens hyalins. On connaît, au contraire, la tendance remarquable de certains kystes parovariens papillaires à envahir les parties voisines et spécialement à adhérer à l'utérus.

Il importe encore de distinguer une variété spéciale de kystes sessiles: ce sont ceux qui ne restent pas confinés dans le ligament large, mais qui en dépassent les limites et cheminent sous le péritoine dans les interstices cellulaires, très loin de leur point d'origine. On pourrait leur donner le nom de **kystes rétro-péritonéaux**.

Toutes les espèces de kystes paraissent pouvoir prendre cette marche; on l'a observée surtout dans les kystes parovariens hyalins ou papillaires, mais aussi dans les kystes dermoïdes, dans les kystes ovariens glandulaires. A gauche, la tumeur peut dédoubler le mésocolon iliaque et se mettre en contact avec l'os iliaque: j'ai énucléé un kyste parovarien hyalin qui avait contracté ces rapports. A droite, la poche peut s'avancer jusqu'au cæcum. Elle peut aussi, dépassant ce point, pénétrer dans le mésentère jusqu'au rein³, jusqu'au foie⁴

¹ TERRILLON. *Rapports entre les kystes de l'ovaire et le ligament large* (Revue de chir., 1884, p. 111).

² PIERRE DELBET. *Kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large* (Bull. de la Soc. anat., 27 avril 1888, p. 477).

³ ZWEIFEL (Soc. obstet. de Leipzig, 17 oct. 1888, in *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 459) a opéré un kyste dermoïde rétro-péritonéal qui avait cheminé en arrière de la séreuse « par un travail de taupe », de manière à emprunter des vaisseaux au pancréas. Le rein gauche déplacé dut être extirpé; guérison. ZWEIFEL cite, à ce propos, un cas analogue de BARDENHEUER (*Der extra-peritoneale Explorativschnitt*, Stuttgart, 1887, p. 680) où une tumeur analogue fut enlevée par incision lombaire. Mort en 15 heures.

⁴ BASSINI. *Actes de la 5^e réün. des chirurg. italiens à Naples*, 1888.

et jusqu'au diaphragme¹. En arrière, on voit le cul-de-sac de Douglas soulevé et des poches kystiques se loger entre le rectum et l'utérus². En avant, le cul-de-sac vésico-utérin est quelquefois soulevé; la vessie, tirillée par lui et par l'ouraqué, s'allonge alors démesurément sous forme d'un boyau que l'opérateur est exposé à blesser. Latéralement, les masses kystiques, en s'infiltrant sous le péritoine entre lui et l'aponévrose pelvienne et même jusque dans la fosse iliaque, compriment l'uretère et sont une cause très fréquente d'altération des reins. Ce sont les kystes papillaires et les kystes glandulaires de la variété aréolaire et gélatineuse qui donnent lieu aux migrations rétro-péritonéales les plus étendues et les plus graves, d'autant plus qu'à l'inverse des kystes parovariens hyalins, ces tumeurs adhèrent fortement aux parties voisines et sont très difficiles ou parfois impossibles à énucléer. On a vu, aussi, des kystes dermoïdes se loger dans le tissu cellulaire pelvien rétro-péritonéal³. On a souvent rattaché, à tort, leur origine aux parois de la vessie, du rectum ou de l'utérus, auxquelles ils étaient accollés. Ils ont, parfois, porté obstacle à l'accouchement.

Adhérences. — Dans les premières phases du développement des kystes, l'épithélium cylindrique qui les recouvre les protège contre la formation d'adhérences (Waldeyer). Mais la desquamation de ce revêtement permet, ensuite, la production des adhérences, sous l'influence des frottements et des irritations extérieures. Lâches et glutineuses au début, elles deviennent de plus en plus intimes, avec le temps. On a vu la face antérieure d'un kyste tellement soudée au péritoine que des opérateurs ont largement décollé celui-ci des parois abdominales, croyant dégager le kyste lui-même. Les adhérences épiploïques peuvent être si étendues et si riches en vaisseaux que le kyste y puise désormais les principaux éléments de sa nutrition. Dans un cas de ce genre, j'ai trouvé plus pratique de commencer l'ovariotomie par la section du pédicule, relativement grêle, puis de procéder à la ligature successive des adhérences, en faisant pivoter le kyste de bas en haut. L'intestin peut aussi être, pour ainsi dire, fusionné avec la paroi, de telle sorte qu'une dissection devienne impossible et qu'il faille entamer le kyste pour le séparer. Les adhérences aux parois pelviennes sont surtout graves à cause du danger qu'il y a à déchirer l'uretère ou un gros vaisseau; il est, parfois,

¹ HEURTAUX. *Gaz. des Hôp.*, 20 août 1889, p. 858.

² WILHELM HAGER. *Centr. f. Gyn.*, 1890, n° 1, p. 4. — Il s'agissait, dans ce cas, d'un kyste ovarien prolifère.

³ SÄNGER. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 51, p. 542. — Ce kyste a été énucléé par la périnéotomie. Dans un travail ultérieur, SÄNGER (*Ueber Dermoidcysten des Beckenbindegewebes etc.* in *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVII, Heft. 1, p. 100) a réuni 11 cas de kystes dermoïdes du tissu cellulaire pelvien.

Kystes rétro-péritonéaux.

Adhérences.

impossible de les vaincre quand elles sont très étendues; il s'agit alors presque toujours d'adhérences directes de kystes rétro-péritonéaux, sans l'intermédiaire de la séreuse.

Ascite.

Ascite. — La présence d'une très petite quantité de liquide dans le péritoine est assez fréquente, mais son accumulation sous forme d'épanchement ascitique ne se rencontre que rarement. Terrier¹ paraît être tombé sur une série exceptionnelle quand il a trouvé, sur 100 ovariectomies, 10 cas d'ascite abondante et 25 cas d'ascite légère. Terrillon², sur 68 ovariectomies, ne note qu'une fois cette complication.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit alors de kystes papillaires avec issue de végétations en dehors de la poche, parfois même avec métastase abondante dans le péritoine voisin. Dans les cas de kystes glandulaires, il peut y avoir dégénérescence graisseuse partielle de la paroi, ou même, selon Quénu³, rupture de très petits kystes superficiels dont le contenu irrite le péritoine. Cet auteur attribue un rôle exagéré, je crois, aux phénomènes d'osmose provoqués par la matière colloïde sécrétée par les végétations ou déversée par les petits kystes; point n'est besoin de cette considération pour comprendre la production de l'épanchement ascitique causé par l'irritation d'un liquide pathologique; l'ascite constitue un véritable mode de défense du péritoine, quand il n'a pu isoler le corps irritant par la production d'adhérences. On a aussi incriminé, pour expliquer l'ascite, la richesse vasculaire des tumeurs⁴. Mais ce facteur ne paraît avoir qu'une bien médiocre importance, puisque des fibromes tœlangiectasiques peuvent exister sans ascite.

Les caractères du liquide ascitique qui accompagne les kystes de l'ovaire permettent souvent de le reconnaître : il est plus riche en matières fixes que celui de l'ascite de la cirrhose (60 à 70 grammes, au lieu de 25 grammes par litre, d'après Méhu⁵) et contient souvent des éléments cellulaires caractéristiques (Quénu). Il peut être citrin ou teinté de sang, et ce dernier caractère semble correspondre à un degré plus grand de malignité de la tumeur.

Apoplexie.

Apoplexie intra-kystique. — De petites hémorragies sont fréquentes à l'intérieur des poches, et ce sont elles qui communiquent au liquide son aspect foncé, parfois chocolat. On a aussi observé des hémorragies graves, véritables apoplexies qui peuvent compromettre l'exis-

¹ F. TERRIER, 1^{re}, 2^e, 3^e et 4^e série de 25 ovariectomies (*Revue de chir.*, 1882, p. 549, 1884, p. 1, 1885, p. 12, 1886, p. 985).

² O. TERRILLON. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1884, p. 659 et 1886, p. 904.

³ QUÉNU. *Revue de chir.*, 10 avril 1886, t. VI, p. 265.

⁴ GUNDELACH. *De l'ascite symptomatique des tumeurs ovariennes*. Thèse de Paris, 1887.

⁵ MÉHU. *Étude sur les liquides path. de la cavité péritonéale*. (*Arch. de méd.*, 9 nov. 1877, t. II, p. 515).

tence : on trouve alors le kyste distendu par des caillots, sans qu'on puisse souvent reconnaître le point où s'est faite la rupture vasculaire¹. L'élongation et la torsion du pédicule prédisposent aux hémorragies.

Suppuration. — On peut voir survenir la suppuration d'une cavité kystique, après la ponction évacuatrice ou exploratrice; l'introduction de germes pathogènes ne saurait alors être mise en doute. C'est aussi à cette cause, qu'il faut attribuer les inflammations dites spontanées : des adhérences avec les trompes enflammées ont parfois vraisemblablement permis l'accès des microbes². L'inflammation suppurative peut succéder à la mortification par torsion du pédicule. Enfin, après la parturition et sous l'influence d'une septicémie puerpérale atténuée, on a observé la suppuration des kystes dermoïdes.

Suppuration.

Torsion du pédicule. — C'est un accident qui est peu fréquent, sans être très rare. On peut voir le kyste, complètement détaché de son insertion primitive, former une masse libre dans l'abdomen, ou retenue seulement par quelques tractus filamenteux³. Il s'agit alors généralement de tumeurs polykystiques aréolaires, ou de kystes dermoïdes à parois épaisses, ayant la consistance de masses solides; j'ai observé un cas du premier genre. Baumgarten et Hofmeier ont vu des kystes dermoïdes devenir tout à fait libres. Si la tumeur n'a pas contracté des adhérences avant sa séparation, elle constitue un corps étranger qui provoque une assez vive réaction dans le péritoine, et une ascite, pour ainsi dire, aiguë. Dans le cas contraire, elle peut continuer à vivre par ses racines adventices. Mais celles-ci, à leur tour, peuvent devenir le siège du même accident⁴. Si la torsion s'est faite lentement, d'une façon chronique pour ainsi dire, on l'a vue avoir des effets favorables et amener un arrêt de développement du néoplasme, sans provoquer de réaction. Il se produit, alors, une régression graisseuse avec résorption partielle; on a aussi noté la calcification. Mais, le plus souvent, cette torsion progressive s'accompagne de poussées aiguës de péritonite et d'augmentation de volume du kyste par hémorragies. Un des résultats rares de la torsion est l'inflammation gangréneuse de la tumeur; on doit admettre alors une torsion brusque, amenant une mortification subite du néoplasme et des adhérences intestinales ayant servi de voie à l'accès des germes. L'occlusion intestinale peut aussi en être la conséquence.

Torsion du pédicule.

¹ PARRY. *Amer. Journ. of Obstet.*, nov. 1871. — ROSENBERGER. *Berl. klin. Woch.*, 1880, p. 271. — P. SEGOND. *Encycl. intern. de chir.*, t. VII, p. 650.

² WEIL (*Prag. med. Woch.*, 1878, p. 45) a cité un fait de suppuration de kyste qui échappait à toute explication.

³ HEURTAUX (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII, p. 747) a soutenu que la rupture du pédicule pouvait s'opérer par simple élongation, sans torsion, dans certains cas.

⁴ V. CHALOT. *Kyste de l'ovaire transplanté : accidents du nouveau pédicule* (*Annal. de Gyn.*, 1887, t. XXVII, p. 161).

Généralisation
péritonéale.
Métastases.

Généralisation péritonéale. Métastases. — La prolifération métatypique de l'épithélium des kystes glandulaires, sur laquelle Malassez a si justement insisté, les néoformations colloïdes et carcinoides constituent des caractères bien voisins des processus atypiques des néoplasmes malins; il n'est donc pas étonnant que, sous des influences encore inconnues, les kystes de l'ovaire revêtent l'allure de tumeurs malignes, se généralisent du côté du péritoine, quelquefois même plus loin, et récidivent après ablation. Tous ces faits ont été réunis sous le nom un peu vague, mais aujourd'hui consacré, de métastases¹. On peut établir les catégories suivantes : A. Métastase par infection spontanée; B. Métastase par infection opératoire.

A. Métastase par
infection spon-
tanée.

A. Métastase par infection spontanée. — Les productions villeuses, en chou-fleur, des kystes papillaires peuvent longtemps rester incluses dans la poche; mais, à un certain moment, soit qu'elles l'aient distendue, et qu'une rupture se soit produite, soit qu'elles aient simplement érodé et perforé un point limité de sa paroi, des végétations se font jour à la surface externe du kyste. Dès lors, une phase nouvelle commence pour ce dernier : d'une part, le revêtement épithélial protecteur étant rompu, le péritoine est irrité et l'ascite se produit; d'autre part, le néoplasme qui a renversé les barrières qui l'avaient jusqu'alors retenu tend à se généraliser en ensemençant les parties voisines, d'une manière qui a été comparée à la contamination de proche en proche par l'auto-inoculation des plaques muqueuses.

On trouve, alors, des végétations disséminées en quantité souvent considérable non seulement sur l'ovaire, la trompe, l'utérus, mais encore sur les intestins, le grand épiploon, le péritoine pariétal et même les parois aortiques². On peut se demander si, en pareil cas,

¹ Voir sur ce sujet W. L. ATLEE. *General and differential diagnosis*, etc. Philad., 1875, p. 572. — BEINLICH. *Charité-Annal.*, 1874, Bd. I, p. 405. — KOLACZEK. *Virchow's Arch.*, 1875, Bd. LXXV, p. 599. — MARCHAND. *Beitrag zur Kenntniss der Ovarialtumoren*, Halle, 1879, p. 9. — MENNIG. Inaug. dissert. Kiel, 1880. — THORNTON. *Med. Times*, 19 fév. 1881, t. I, p. 215 et 675. — G. MEYER. *Charité-Annal.*, 1882, t. VII, p. 417. — JOHN WILLIAMS. *Obstet. Trans. of London*, 1882, t. XXIV, p. 95. — A. FRAENKEL. *Wien. med. Woch.*, 1885, p. 805, 909 et 940. — NETZEL. *Centr. f. Gyn.*, 1885, n° 6, p. 102, et 1884, n° 6, p. 95. — WERTH. *Pseudo-myxoma peritonei* (*Arch. f. Gyn.*, 1884, Bd. XXIV, Heft 1, p. 100). — BAUMGARTEN. *Virchow's Arch.*, 1884, t. XXVII, p. 1. — OLSHAUSEN. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1885, Bd. XI, p. 258. — SCHLEGTENDAL. *Centr. f. Gyn.*, 1885, n° 58, p. 595. — POUPINEL. *De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1886, et *Arch. de Physiol.*, 1887, t. IX, p. 29. — FREUND. *Ueber Häufigkeit und Behandlung der bösartigen Eierstocksgeschwülste* (61^{re} Versamml. deutsch. Naturforscher in Köln. 1888). — TEICHMANN. *Ueber maligne Ovarialtumoren*. Diss. inaug., Iéna, 1888. — A. HADJES. *Contrib. à l'étude de la généralisation des épithéliomas mucoïdes kystiques de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1889.

² FRIEDRICH. *Ueber metastatische proliferirende Papillome der Aortenwand bei primären prolif. Kystome des Ovariums*. Kiel, 1888. — FRÄNKEL. *Proliferirendes papilläres Ovarialkystom*. (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 21, p. 428).

une opération ne risque pas d'être forcément incomplète et quelle est la destinée des végétations secondaires quand les tumeurs principales ont été extirpées. Des observations nombreuses prouvent pourtant que, même alors, la guérison peut s'effectuer et être durable, comme si les végétations disséminées subissaient une atrophie ou une régression secondaire. Dans une observation, due à Thornton, de kyste papillaire bilatéral, rompu, avec dissémination de végétations sur le péritoine, la guérison fut constatée au bout de quatre ans; dans une autre, la malade devint enceinte après une opération où tout le péritoine pelvien était semé de papillomes; dans une troisième, où Thornton dut laisser dans le cul-de-sac de Douglas une tumeur du volume d'une noisette, cette masse n'avait pris aucune extension, au bout de trois ans et demi. Flaischlen et L. Tait ont cité des cas analogues¹.

L'infection métastatique du péritoine a été très rarement observée dans les kystes glandulaires de l'ovaire². Elle paraît être consécutive à la rupture spontanée du kyste, et on trouve alors dans le péritoine, avec ou sans masses gélatineuses, des poches, généralement de petit volume, greffées sur l'épiploon ou les intestins, ou rétro-péritonéales. J'ai moi-même observé un cas de ce genre. La tumeur était bilatérale, polykystique et il y avait des masses métastatiques dans le cul-de-sac de Douglas, outre une poche libre, du volume d'une orange, greffée sur le paquet intestinal, poche qui provenait sans doute de la rupture d'une des tumeurs ovariennes; un peu d'ascite; la malade a rapidement succombé. Runge³ a obtenu une guérison, constatée six mois plus tard, dans un cas analogue. Des productions kystiques étaient disséminées sur l'épiploon, la vessie et la paroi abdominale postérieure.

Dans les kystes dermoïdes, des métastases ont été aussi signalées. Kolaczek rapporte une observation de Martin où, pendant l'opération d'un kyste dermoïde à parois épaisses et lisses, on trouva une ascite assez considérable et plusieurs nodules jaunâtres de la grosseur d'un pois disséminés sur la séreuse; plusieurs contenaient un cheveu de couleur claire. Fraenkel, dans un cas de Billroth, a vu aussi des productions dermoïdes, dans le ventre, associées à un kyste de cette nature.

Il y a des cas où l'infection ne se borne pas au péritoine, mais envahit la plèvre par l'intermédiaire des lymphatiques, après avoir

¹ THORNTON. *Loc. cit.* — FLAISCHLEN. *Berl. klin. Woch.*, 1882, p. 92. — LAWSON TAIT. *Philad. med. Times*, 1884, t. XV, p. 1 (cités par GUNDELACH. *Loc. cit.*).

² Observations de BAUMGARTEN et de SCHLEGTENDAL. *Loco cit.*

³ MAX RUNGE. *Fall von glandulären Ovarialcystomen mit gelatinösem Inhalt und peritonealen Metastasen* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 15, p. 255).