

stroma ovarien, ne forment que de petites tumeurs kystiques ne dépassant pas le volume d'une noix ou d'une noisette, n'ayant aucun intérêt clinique ni aucune analogie anatomique avec les vrais kystes de l'ovaire. Ceux-ci ont comme origine, de même que les follicules de Graaf, l'*épithélium germinatif de la surface de l'ovaire*. Au début, il se produit des invaginations épithéliales comparables à des glandes en tube. La nature de cet épithélium varie et passe des cellules caliciformes aux cellules cylindriques simples ou à cils vibratiles. En pénétrant plus profondément dans le stroma ovarien, ces néoplasies se dilatent sur certains points. La sécrétion épithéliale, distendant de plus en plus les espaces dilatés, donne lieu à des cavités kystiques qui continuent à s'accroître jusqu'à produire ces énormes tumeurs que nous connaissons sous le nom de kystes de l'ovaire. Ceux-ci ne sont donc que des *épithéliomas kystiques* ou *cysto-épithéliomas*. Par suite de la ressemblance qui existe entre l'épithélium de ces tumeurs et le revêtement des muqueuses normales, Malassez a proposé pour elles le nom d'*épithélioma mucoïde*.

L'accroissement de la tumeur se fait soit par la formation de nouveaux tubes d'épithélium provenant des parois et pouvant donner lieu à de nouvelles cavités, soit par développement dans les cavités kystiques ou à leur surface de végétations épithéliales ou conjonctives souvent très vasculaires. Ces deux variétés de kystes et de végétations combinées peuvent arriver à former des masses énormes.

Suivant qu'il y a tendance plus ou moins grande à la formation de nouveaux kystes ou à la résorption des cloisons qui les séparent, on se trouve en présence de kystes multiloculaires et aréolaires ou de kystes pauciloculaires ou simples. On peut, suivant la prédominance de l'un ou de l'autre de ces processus, observer dans ces tumeurs toutes les variétés anatomiques.

En général, les kystes de l'ovaire augmentent toujours par multiplication des kystes et végétation des parois.

Quelquefois, les épithéliums et la paroi subissent par place la dégénérescence graisseuse ou la transformation crétacée; d'autres fois la tumeur s'enflamme et suppure, le plus souvent après une ponction ou un traumatisme, ou elle se rompt et vide son contenu en général dans la cavité péritonéale ou beaucoup moins souvent dans l'intestin ou à travers la paroi abdominale (M<sup>me</sup> Waite, *Thèse de Paris*, 1885).

Enfin, dans certains cas, les kystes de l'ovaire se comportent comme des tumeurs malignes, se généralisent du côté de l'utérus, du rectum, du péritoine, quelquefois même dans des organes plus éloignés et récidivent après l'ablation (Panas, *Bull. Soc. de chir.*, 1874; Poupinel, *Thèse de Paris*, 1886).

d. *Kystes dermoïdes*. Les kystes dermoïdes n'atteignent pas en général dans l'ovaire les grandes dimensions des kystes simples; ils présentent le plus souvent le volume d'une orange et ne dépassent presque jamais la grosseur d'une tête d'adulte.

Ils sont le plus souvent uniloculaires; leurs parois sont tantôt épaisses et tantôt minces; elles sont formées d'un chorion analogue à celui de la peau et recouvert de couches stratifiées d'épithélium pavimenteux; on y trouve quelquefois des papilles et des glandes sébacées et sudoripares. Ces kystes renferment, outre ces éléments cutanés, des poils, des dents, des fragments d'os, des muscles, une matière grasse, jaunâtre, quelquefois brune et fétide.

On a noté que les kystes dermoïdes sont plus fréquents à *droite*, tandis que les kystes séreux se trouveraient plus souvent à *gauche*.

Quelles que soient la nature et la variété du kyste de l'ovaire, la tumeur affecte avec les différents organes de l'abdomen des rapports qu'il est important de connaître. Au début elle occupe le petit bassin, mais avec les progrès de son développement elle remonte plus ou moins dans l'abdomen et peut comprimer les différents organes.

En général, la tumeur est en rapport immédiat avec la paroi abdominale; elle en est quelquefois séparée par le grand épiploon, plus rarement par des anses intestinales ayant contracté des adhérences. Ordinairement, les intestins sont refoulés en haut et en arrière et occupent les flancs.

Quand le kyste est encore renfermé dans le petit bassin, il comprime l'utérus et peut même l'abaisser; ordinairement il dévie plus ou moins le corps sur le côté sain, de sorte que le col regarde le côté malade. Plus tard, en sortant du petit bassin, il entraîne l'utérus avec lui et l'élève plus ou moins haut; le vagin devient alors plus profond.

La tumeur s'insinue quelquefois derrière l'utérus et peut être sentie par le toucher.

Quand il n'y a pas d'adhérences, la vessie reste indépendante du

kyste de l'ovaire. Celui-ci peut, dans d'autres cas, la comprimer ou même comprimer les uretères et déterminer de l'anurie.

Les plexus sacrés et lombaires peuvent être également comprimés par le développement du kyste.

Dans les kystes volumineux et surtout dans les kystes multiloculaires, à la suite de poussées de péritonite partielle, il se fait entre le kyste et les organes voisins des adhérences plus ou moins solides, qui peuvent n'être que des filaments faciles à rompre, ou devenir des bandes larges, solides, fixant la tumeur d'une manière intime. Ces adhérences sont surtout fréquentes avec la paroi abdominale, l'épiploon, l'intestin grêle, plus rarement avec le gros intestin, la vessie, le pourtour de l'enceinte du petit bassin, les uretères, l'utérus, etc.

Quelquefois, ces adhérences sont générales et le kyste est absolument immobilisé dans l'abdomen.

Enfin l'ascite complique assez fréquemment les kystes multiloculaires et multiples. Elle se développe surtout quand la paroi kystique est dépouillée à sa face externe d'épithélium, quand elle est crétacée, cartilaginiforme et surmontée de saillies bourgeonnantes.

**Étiologie.** — Les kystes de l'ovaire sont surtout fréquents entre 50 et 45 ans, mais ils peuvent être observés chez des enfants en bas âge et chez des filles avant la puberté. Les kystes dermoïdes sont surtout fréquents dans l'enfance et la jeunesse.

On ne sait que peu de chose sur les causes capables de produire ces tumeurs; elles s'observent chez les filles comme chez les femmes mariées, aussi bien chez celles qui ont eu des enfants que chez les femmes qui n'ont jamais accouché, et les relations des affections utérines ou ovariennes avec la production des kystes sont tout à fait hypothétiques.

**Symptômes.** — Dans les premiers temps de son développement, le kyste de l'ovaire ne se manifeste par aucun phénomène appréciable; les troubles de la menstruation, le développement des mammelles, des douleurs vagues dans le bas-ventre ou dans les membres inférieurs, des troubles de la miction ou de la défécation, n'ont qu'une faible valeur symptomatique. La tumeur est reconnue par hasard par la malade elle-même, ou n'est reconnue que lorsqu'elle a déjà atteint un certain volume.

Plus tard la palpation fait reconnaître dans l'abdomen, occupant

surtout l'un des côtés et débordant plus ou moins la ligne médiane, une tumeur lisse ou bosselée, assez facile à circonscrire. Cette tumeur est *mate* dans tous ses points, tandis que la sonorité existe au-dessus de la tumeur, sur le côté opposé et en arrière d'elle dans le flanc correspondant. L'étendue et le siège de la matité ne se modifient guère par les diverses positions données à la malade.

Si le kyste est volumineux et uniloculaire, on peut très facilement percevoir la *fluctuation* soit par ondulation à l'aide d'un petit choc, d'une pichenette, soit en appliquant une main et en exerçant une pression avec l'autre en deux points de la tumeur plus ou moins éloignés.

S'il s'agit de kystes multiloculaires, la palpation fait reconnaître quelquefois une tumeur irrégulière, bosselée, séparée par des sillons; elle indique une consistance variable suivant les points; elle révèle une fluctuation évidente en un point, douteuse en un autre, nulle en un troisième. Même dans les kystes simples la fluctuation peut être difficile à percevoir si la poche est petite ou très tendue ou si le liquide est très visqueux.

Tant que la tumeur est contenue dans le petit bassin ou si elle y a contracté des adhérences, le toucher vaginal, surtout s'il est combiné à la palpation hypogastrique, fait sentir une masse élastique et résistante ou dure et immobile, indépendante de l'utérus et à laquelle ne se transmettent pas les mouvements imprimés au col. Plus tard, quand le kyste est devenu plus volumineux et quand il a fait son ascension, le doigt ne peut plus le sentir et constate que le col utérin est remonté et devenu difficilement accessible. Celui-ci peut se trouver incliné et porté du côté opposé au côté où s'est développée la tumeur.

L'exploration par le toucher rectal peut également fournir des résultats sur la présence, la consistance, la mobilité du kyste.

La palpation abdominale combinée au toucher vaginal peut montrer que les mouvements imprimés à la tumeur ne se communiquent pas à l'utérus et que ces deux parties sont distinctes. Parfois elle fait sentir un bruit de frottement tenant à la péritonite antérieure qui s'est produite par poussées subaiguës.

A une période plus avancée, le ventre se développe de plus en plus: la saillie d'abord latérale devient médiane et gagne dans tous les sens; le ventre fait une forte saillie en avant et devient conique, il

présente une forme en pointe. La tumeur s'étale en haut sous les fausses côtes et refoule le diaphragme. La peau est distendue et vergetée, sillonnée par des veines dilatées; les lymphatiques se distendent aussi quelquefois et le derme a l'aspect de la peau d'orange et quelquefois est le siège de dilatations et de tumeurs lymphatiques. L'ombilic n'a pas de tendance à faire hernie; il s'étale et se distend à la surface de la tumeur.

Nous avons indiqué plus haut les quantités de liquide considérables que peut fournir un kyste de l'ovaire; ajoutons que l'abdomen peut acquérir 1 mètre, 1<sup>m</sup>,20 et 1<sup>m</sup>,60 de circonférence.

La malade peut être très gênée par ce développement excessif du kyste; la dyspnée se prononce, l'appétit se perd, l'amaigrissement fait des progrès, parfois de l'œdème des membres inférieurs se déclare. C'est alors que le faciès prend ce caractère particulier décrit sous le nom de *faciès ovarien* (Spencer Wells) et caractérisé par l'amaigrissement de la face, l'exagération des lignes et des traits, un air de crainte et d'appréhension.

Les phénomènes de compression, marqués au début du kyste quand il est contenu dans le petit bassin, atténués quand il en est sorti, se produisent de nouveau: la constipation allant quelquefois jusqu'à l'obstruction, les hémorroïdes, la gêne de la miction, la rétention d'urine, les vomissements opiniâtres, les névralgies, les douleurs dans le ventre, deviennent des phénomènes communs.

On peut voir alors se déclarer une fièvre hectique, irrégulière et plus ou moins intense, et la malade succombe soit par asphyxie, soit par syncope, soit par une autre complication et surtout par péritonite. Les kystes volumineux, de date ancienne, peuvent provoquer du côté du cœur des troubles fonctionnels, relevant de la dilatation ou de l'hypertrophie, capables d'entraîner rapidement la mort après l'ovariotomie, ou peuvent s'améliorer après cette opération.

**Marche. Terminaisons.** — La marche des kystes de l'ovaire est en général lente et progressive; certains kystes uniloculaires peuvent durer pendant plusieurs années; en revanche, des kystes multiloculaires peuvent acquérir en quelques mois, surtout chez des jeunes femmes, un développement très considérable.

La durée de l'affection est donc très variable; des malades peuvent succomber au bout de deux ans et demi, tandis que d'autres portent leur kyste pendant dix, vingt et même trente ans. Le kyste semble

avoir une marche d'autant plus rapide qu'il frappe des sujets plus jeunes.

Dans son évolution, la tumeur peut être le siège d'accidents qui donnent lieu à des terminaisons variées. Quelquefois, elle est le siège d'une hémorrhagie et augmente rapidement de volume en donnant lieu aux signes d'une hémorrhagie interne et à une anémie aiguë qui peut aller jusqu'à la mort par syncope.

D'autres fois, elle subit une poussée inflammatoire qui transforme le liquide en pus, se transmet au péritoine et entraîne la mort par péritonite aiguë ou plus lentement par la septicémie et les accidents qui l'accompagnent.

La rupture du kyste dans le péritoine s'accompagne d'une douleur extrêmement vive, de syncope, de nausées et de vomissements; elle est suivie d'une péritonite suraiguë, fatale si le liquide est irritant, de phénomènes inflammatoires plus ou moins modérés s'il est simplement séreux et se rapproche des sérosités normales. A la suite de cet accident, le kyste peut marcher assez rapidement à la guérison par résorption totale du liquide. D'autres fois, celui-ci est évacué par le vagin, la vessie ou le rectum, en donnant lieu à des troubles fonctionnels en rapport avec le siège de l'ouverture spontanée. Quand celle-ci se fait à la peau, elle siège le plus souvent à l'ombilic et devient le point de départ d'une fistule purulente.

A la suite de ces évacuations, le kyste enflammé se rétracte, s'atrophie et peut guérir par oblitération de sa cavité.

Un des accidents les plus curieux de l'évolution de ces tumeurs est la *torsion* du pédicule qui a lieu spontanément; cette torsion est caractérisée par la rotation du kyste autour de son pédicule, qui peut offrir tous les degrés de torsion, depuis un demi jusqu'à cinq à six tours; elle s'accompagne de douleur très vive, de syncope, de phénomènes d'hémorrhagie interne, et de rupture du kyste; si l'on n'intervient pas à temps par l'ovariotomie, la malade succombe promptement. La mort subite peut être la conséquence de l'hémorrhagie abondante qui se fait alors dans le kyste, les artères restant perméables, tandis que les veines ne peuvent pas emmener le sang, et qu'il se fait une énorme exagération de la tension sanguine avec rupture vasculaire. Si la rotation est complète et persistante, les artères du pédicule sont étranglées et la gangrène est inévitable.

D'autres fois, au contraire, à cette rotation accomplie plus lente-

ment succèdent le ratatinement des parois de la tumeur et la résorption de son contenu.

Enfin, dans certains cas, ce sont des accidents d'étranglement interne qui sont la conséquence de la torsion d'un long pédicule.

Dans un certain nombre de cas, une grossesse survient au cours d'un kyste de l'ovaire; elle suit en général son cours si le kyste n'est pas trop volumineux; mais souvent le produit est petit et mal développé et quelquefois expulsé prématurément.

**Diagnostic.** — Il est quelquefois difficile de reconnaître la présence d'un kyste de l'ovaire; l'épaisseur anormale des parois de l'abdomen, le spasme tonique des muscles abdominaux, la distension intestinale, la distension de la vessie par l'urine, la grossesse, peuvent donner lieu à des difficultés ou à des erreurs. Ce n'est que par un examen méthodique que l'on arrive à constater la présence de la tumeur.

Nous ne reviendrons pas sur les signes qui lui appartiennent en propre.

Le diagnostic doit être fait surtout avec l'ascite et les autres tumeurs de l'abdomen.

Dans l'ascite, la forme du ventre n'est pas tout à fait la même que dans le kyste; les flancs font une saillie latérale parfaitement symétrique; dans le kyste, l'abdomen proémine en avant, et l'un des côtés a été dans le principe plus développé que l'autre.

Dans l'ascite, la malade étant couchée sur le dos, la percussion donne du tympanisme dans la région ombilicale et sus-ombilicale et de la matité dans les parties déclives; dans le kyste, la région antérieure est complètement mate, la sonorité n'existe que dans les flancs. Le changement de position ne modifie pas sensiblement l'obscurité du son à la percussion, tandis que dans l'ascite le changement de position amène des changements dans le siège de la matité, et le niveau du liquide varie avec les changements de position.

L'examen du liquide donne de précieux renseignements; sa densité, de 1018 à 1024, est beaucoup plus élevée dans le kyste que dans l'ascite, où elle ne dépasse guère 1010 à 1015; la présence de la paralbumine indique nécessairement une provenance kystique.

Quelquefois, il y a coïncidence d'une ascite avec un kyste, et on perçoit alors les signes différents des deux affections: la fluctuation superficielle de l'ascite, les caractères spéciaux donnés par la percus-

sion et les changements de position de la malade, et surtout la possibilité de déprimer la couche du liquide péritonéal qui est en avant du kyste et de sentir profondément la tumeur plus dure et plus résistante.

Dans quelques cas, le diagnostic est impossible; dans certains épanchements péritonéaux enkystés, les difficultés sont portées à leur maximum et ne peuvent être résolues que par la ponction de la tumeur et l'examen chimique du liquide.

Il en est de même dans les cas où des adhérences intestinales donnent de la sonorité à la partie antérieure de la tumeur et peuvent faire croire à une péritonite enkystée.

Parmi les tumeurs de l'abdomen dont il faut distinguer le kyste de l'ovaire, il faut mettre en première ligne la *grossesse*. A partir du quatrième mois et demi, les mouvements du fœtus, la perception des parties fœtales et des bruits du cœur, ne sauraient laisser de doutes. Mais dans tous les cas suspects, à moins d'indications tout à fait urgentes, la règle pratique est absolue: il faut attendre le terme normal de la grossesse présumée; ce terme passé, on peut prendre un parti en toute sécurité.

La coexistence de la grossesse et d'un kyste est souvent difficile à reconnaître; le diagnostic repose sur la palpation, sur le toucher et l'examen du col, sur l'auscultation. Il est relativement facile si la présence du kyste a été constatée avant la conception, ou si la tumeur formée par l'utérus gravide et celle du kyste ovarique occupent deux régions distinctes de l'abdomen; dans les cas douteux, on doit aussi s'en tenir à l'expectation jusqu'au terme de la grossesse présumée.

Le kyste de l'ovaire peut être confondu avec un *fibro-myome* de l'utérus, surtout si celui-ci est ramolli par places et infiltré de liquide; l'erreur est presque inévitable, si le myome se complique de la formation d'une grande cavité kystique.

Les mouvements imprimés à l'utérus par le déplacement de la tumeur, l'agrandissement de la cavité utérine constaté par l'hystéromètre, l'obscurité de la fluctuation et surtout les résultats de la ponction qui ramène un liquide ne renfermant jamais de paralbumine, sont les éléments d'un diagnostic toujours difficile et souvent erroné.

Les *tumeurs fibreuses* sont souvent confondues avec les kystes

multiloculaires, qui peuvent présenter comme elles des bosselures et des inégalités.

Les *kystes para-ovariques* ressemblent tellement aux kystes uniloculaires de l'ovaire, qu'il est impossible d'établir le diagnostic autrement que par l'incision exploratrice ou par l'aspiration (G. Thomas). L'examen chimique et histologique du liquide est le seul moyen d'arriver à un diagnostic précis; le fluide est clair et transparent comme de l'eau distillée; il contient en général peu d'albumine et beaucoup de chlorure et ne renferme pas le plus souvent de paralbumine.

L'*hydronéphrose* unilatérale, quand elle a pris un grand développement, peut être confondue avec un kyste de l'ovaire; les seuls éléments certains d'appréciation doivent être cherchés dans les antécédents de la malade, dans le mode de début et d'accroissement de la tumeur, dans ses rapports exacts avec la région lombaire, dans les altérations de la sécrétion urinaire et surtout dans l'analyse chimique du liquide. Dans l'hydronéphrose, le liquide sera d'une faible densité, ne contiendra pas de paralbumine et pourra renfermer de l'urée dans des proportions beaucoup plus considérables que tout autre liquide pathologique de l'économie.

De même la confusion a pu être faite avec des kystes hydatiques volumineux du foie ou de la rate.

Enfin, dans quelques cas, l'épaisseur anormale des parois de l'abdomen ou la contracture localisée des muscles de cette paroi associée à du tympanisme, peuvent simuler à s'y méprendre un kyste ovarique. Le diagnostic ne peut être sûrement fait qu'à l'aide de l'anesthésie.

Nous pourrions augmenter l'énumération des tumeurs et collections de l'abdomen avec lesquelles on peut être amené à faire le diagnostic différentiel du kyste de l'ovaire.

Les signes que nous pourrions donner seraient plus théoriques que pratiques, et ne sauraient s'appliquer à la généralité des faits; disons que dans ces cas difficiles, quand on a épuisé les ressources fournies par l'étude des antécédents et les résultats des divers modes d'explorations, le chirurgien possède encore à sa disposition la ponction exploratrice faite avec les appareils aspirateurs, et, comme dernière ressource, l'incision exploratrice qui peut être le premier temps d'une intervention radicale.

**Pronostic.** — Le kyste de l'ovaire est toujours une affection sérieuse; abandonnée à elle-même, elle entraîne la mort de la malade, et elle ne peut guérir que par une intervention toujours sérieuse.

Le pronostic varie du reste avec la nature du kyste; il est moins grave dans les tumeurs uniloculaires de moyen volume, où l'opération est moins importante que dans les kystes multiloculaires, le plus souvent compliqués d'adhérences.

Les diverses complications sur lesquelles nous avons insisté (péritonite, rupture du kyste, hémorrhagie, torsion du pédicule) peuvent singulièrement modifier le pronostic pendant l'évolution de la tumeur.

**Traitement.** — Actuellement les méthodes de traitement des kystes de l'ovaire peuvent se réduire à trois: la *ponction*, qui est souvent palliative, quelquefois curative; l'*ovariotomie* ou ablation de l'ovaire malade, opération radicalement curative; l'*incision*, qui s'adresse aux tumeurs non justiciables de l'ovariotomie.

La *ponction* évacuatrice par la paroi abdominale antérieure, faite de préférence au niveau de la ligne blanche, et dans tous les cas en un point où la percussion a démontré l'absence d'une anse intestinale adhérente, et la palpation l'absence de masse solide, peut être le premier temps du traitement des kystes de l'ovaire. Dans un certain nombre de cas, moins considérable, il est vrai, qu'on ne l'avait cru, surtout dans les kystes para-ovariques, elle a été suivie d'une guérison définitive; pratiquée avec les précautions antiseptiques et avec les trocars qui s'opposent à l'entrée de l'air dans la poche, la ponction n'est pas une opération grave et elle a l'avantage de confirmer le diagnostic par la vue et l'examen du liquide retiré, de permettre l'exploration de la poche vidée, de renseigner sur la multiplicité des kystes, sur l'épaisseur de leur paroi, sur leurs rapports dans le petit bassin, etc. Quand le diagnostic est évident, cette ponction exploratrice est inutile.

Dans les cas où il y a une contre-indication à l'ovariotomie, la ponction devient un traitement palliatif précieux et permet de remédier plus ou moins souvent aux accidents de dyspnée et de compression produits par le liquide.

L'*injection iodée*, préconisée par Boinet (1847), applicable aux seuls kystes uniloculaires, dans lesquels le liquide est nettement séreux, est tombée en désuétude. Elle semble ne guérir que les