

sang ; le liquide du kyste peut être mélangé de pus ou de flocons pseudo-membraneux, vestiges d'une inflammation qui s'est développée dans la poche. On y trouve parfois une substance plâtrée, une matière qui a la consistance du suif ou du jaune d'œuf. De véritables kystes *hydatiques* peuvent aussi se former dans l'ovaire.

Le *contenant* ou la *poche* n'offre pas toujours la même disposition : 1° le kyste n'est constitué que par une seule loge, kyste *uniloculaire* ; tantôt alors le kyste forme un sac fibro-séreux régulier, à surface interne lisse ou inégale ; tantôt il s'élève de cette face interne des cloisons incomplètes qui divisent le kyste en plusieurs loges communiquant les unes avec les autres, ce qui forme une transition à la classe des kystes *multiloculaires* ; tantôt cette face interne présente des végétations ou des productions mamelonnées, de volume variable, constituées par un tissu *fibreuse aréolaire*, à mailles plus ou moins serrées. Cruveilhier appelle cette variété *kystes uniloculaires végétants*. Les deux premières variétés de kystes uniloculaires renferment en général un liquide séreux ; les kystes végétants contiennent souvent un liquide visqueux ; 2° le kyste est formé par un nombre plus ou moins considérable de poches, sans communication les unes avec les autres : kystes *multiloculaires* ; ils renferment en général un liquide séreux, et les divers compartiments du kyste n'ont pas la même capacité ; 3° on trouve l'ovaire transformé en une masse *aréolaire*, à mailles ou vésicules de capacité variable, communiquant ou non ensemble, et remplies d'une matière filante comme le blanc d'œuf, ou de la consistance du miel, ou bien encore de celle de la gelée. Ce sont les kystes *aréolaires* ou *vésiculaires* ; 4° les variétés précédentes se combinent les unes avec les autres, de telle façon qu'un kyste uniloculaire ou multiloculaire est associé à un kyste aréolaire ou vésiculaire.

Dans les kystes membraneux uniloculaires et multiloculaires, les parois de la poche ont une épaisseur de 2 à 3 millimètres en moyenne. On peut décomposer artificiellement ces parois en plusieurs couches ; sans dissection préalable, on en reconnaît facilement deux : l'une externe, séreuse ou péritonéale ; l'autre interne, de nature fibreuse. Assez souvent, on trouve des plaques cartilagineuses ou osseuses dans l'épaisseur de ces parois. Les veines sont disposées sur deux plans : l'un superficiel, composé de gros vaisseaux ; l'autre profond, formé de veines plus petites. Les artères ont un développement moins considérable ; les principales sont situées vers le pédicule de la tumeur.

Dans les kystes ovariens aréolaires et vésiculaires, le tissu qui forme la tumeur se présente sous l'aspect d'aréoles, d'alvéoles ou de vésicules d'inégale capacité. Les parois de ces cavités sont fibreuses et très-résistantes. Lorsque le liquide visqueux qui distend ces aréoles s'est écoulé, le tissu que l'on a sous les yeux ressemble à du tissu *érectile* (Cruveilhier). Pareille structure est encore propre à ces végétations que l'on trouve dans les kystes que nous avons désignés sous le nom de *kystes uniloculaires végétants*.

Le *volume* et le *poids* des kystes ovariens présentent de nombreuses variétés ; ils pèsent depuis 500 grammes jusqu'à 100 kilogrammes ; le poids

moyen est de 5 à 10 kilogrammes. Ils présentent la forme d'un ovoïde assez régulier, à petite extrémité tournée en bas ; la surface en est lisse ou bosselée. Tantôt la tumeur est libre dans les divers points de son étendue ; tantôt elle présente des adhérences avec les organes voisins.

Lorsque la tumeur a acquis un volume assez considérable pour occuper une partie de la capacité de l'abdomen, elle est en rapport immédiat avec la paroi abdominale, sans interposition de circonvolutions intestinales. L'utérus se trouve en général placé au-devant de la partie inférieure du kyste ; il est souvent allongé et dévié obliquement, entraîné qu'il est par le kyste. La trompe du côté correspondant est également allongée, plus ou moins dilatée près du pavillon. Le ligament rond du même côté n'offre rien de particulier, celui du côté opposé est considérablement hypertrophié (Cruveilhier). Quant à l'ovaire, il s'en rencontre parfois des vestiges sur l'un des points du kyste ; mais le plus souvent il a complètement disparu.

A mesure que le kyste prend un plus grand accroissement, il refoule l'intestin grêle en haut et en arrière, et quand la tumeur est assez volumineuse pour arriver jusqu'à l'épigastre, l'intestin grêle occupe l'hypochondre gauche. L'arc du côlon se comporte comme l'intestin grêle, pour sa moitié gauche ; la moitié droite est reçue dans l'hypochondre droit, au-dessous du foie. Le cœcum, les côlons ascendant et descendant, l'S iliaque et le rectum conservent leur situation derrière le kyste, au niveau des régions lombaires.

**Étiologie.** Les kystes de l'ovaire se développant dans un organe qui présente dans l'état normal un grand nombre de petits kystes (vésicules de De Graef), on les a considérés comme un développement anormal des vésicules ovariennes. Cette explication recule la difficulté au lieu de la résoudre ; car il reste à déterminer la cause qui donne lieu à ce développement exagéré.

Les femmes de tout âge peuvent être atteintes de kystes ovariens ; mais ce sont plus spécialement les femmes comprises entre trente et cinquante ans. L'ovaire droit est plus souvent atteint que le gauche (Bluff, Tavignot). Le développement de la maladie a été précédé quelquefois d'une chute sur la région inguinale, d'une contusion de la paroi abdominale d'avortements et d'inflammations consécutives plus ou moins nombreux, d'une pression sur le ventre exercée par un corset dur et roide, de troubles menstruels, d'excès de coït, ou d'abstinence prolongée des rapports sexuels. L'affection se montre aussi bien chez des femmes ayant eu plusieurs enfants, que chez celles qui n'ont jamais été grosses.

**Symptômes.** Les kystes ovariens causent, à leur début, une douleur sourde et permanente dans l'une des régions iliaques, une sensation de gêne et de pesanteur dans la hanche et la cuisse correspondantes. Au bout d'un certain temps se dessine, à la partie latérale et inférieure de l'abdomen, une tumeur petite, circonscrite, arrondie, élastique, indolente ou douloureuse, mobile. La tumeur occupe parfois la ligne médiane ; dans d'autres cas le côté opposé à celui où elle a pris naissance.

A cette époque, la fluctuation est difficile à percevoir ; pour la trouver, il est nécessaire de sentir la tumeur à la fois par le vagin et l'hypogastre.

Quand le kyste se porte dans l'excavation pelvienne, il peut comprimer l'urètre et donner lieu à des troubles dans l'excrétion urinaire.

A mesure que la tumeur augmente, le ventre devient tendu et élevé du côté correspondant au kyste; il reste souple et enfoncé dans les autres points; mais ce signe n'est pas constant. Quelquefois le ventre se distend régulièrement dans les différents points de son étendue. A cette époque, on constate facilement par la palpation qu'il existe dans l'abdomen une tumeur circonscrite qui en occupe une capacité plus ou moins vaste, où la fluctuation se révèle plus ou moins facilement, et dont les limites peuvent être circonscrites par la percussion. Cette tumeur se déplace dans les diverses attitudes de la malade, tant que le kyste n'a pas acquis un volume très-considérable, mais la forme en reste la même. Dans les premiers temps, la masse intestinale est rejetée du côté opposé à celui que la tumeur occupe, ce qu'il est facile de constater par la percussion; quand le kyste a pris un accroissement considérable, les intestins sont refoulés en haut et en arrière.

Le plus souvent on constate des irrégularités dans la menstruation; la conception est possible, à moins que les deux ovaires ne soient envahis par des kystes; l'avortement est fréquent. La santé reste en général bonne; dans quelques cas il y a des vomissements, des appétits bizarres, des élanements et de la tuméfaction des mamelles, ce qui en impose pour une grossesse commençante. Lorsque la tumeur acquiert un volume énorme, la compression qu'elle exerce sur les organes voisins détermine des troubles de la digestion, parfois même des phénomènes d'étranglement (Cruveilhier), une enflure des membres inférieurs, une difficulté dans l'excrétion des urines. Le système veineux sous-cutané abdominal prend un très-grand développement. Le refoulement du diaphragme dans la poitrine, par la tumeur ovarienne, détermine parfois une dyspnée plus ou moins intense.

**Marche. Terminaisons.** Les kystes séreux de l'ovaire peuvent rester stationnaires pendant un grand nombre d'années, sans incommoder notablement les malades. Ils augmentent plus rapidement de volume chez les femmes de vingt à trente ans que chez celles comprises entre quarante à cinquante ans. Alors même qu'ils ont une marche chronique, ils exercent une influence fâcheuse sur la grossesse ou sur le travail de l'accouchement, leur présence dans l'abdomen ou le bassin mettant obstacle au développement de l'utérus ou à l'expulsion du fœtus à travers l'enceinte pelvienne. Quelquefois la tumeur devient le siège de douleurs vives, indices probables d'une inflammation dont elle est le siège. Cette inflammation peut se propager au tissu cellulaire pelvien et déterminer la formation d'abcès, ou au péritoine et donner lieu à des péritonites circonscrites ou même à une péritonite générale. Par le fait même de ces phlegmasies, il peut se former des adhérences entre le kyste et les organes voisins, et une ouverture de communication s'établir entre les deux, d'où résulte, suivant les cas, un écoulement du liquide renfermé dans le kyste à travers le côlon, le rectum ou le vagin. Dans des cas beaucoup plus graves, le kyste s'est rompu dans le péritoine, et les malades ont succombé très-promptement à une périto-

nite suraiguë. Enfin, on a constaté quelquefois la disparition spontanée du kyste, et cette disparition a coïncidé avec l'excrétion d'une abondante quantité d'urine ou avec des selles copieuses.

**Diagnostic.** Les kystes de l'ovaire peuvent être confondus :

1° *Avec une hydropisie ascite.* Dans l'ascite on trouve, par la percussion, un son tympanique à la partie la plus élevée de l'abdomen dans un espace circonscrit par une ligne contournant l'ombilic et l'épigastre; dans les kystes ovariens, le son tympanique se trouve dans le côté du ventre opposé à celui de l'ovaire malade, le sujet étant dans le décubitus horizontal. Dans l'ascite, la matité est d'autant plus grande qu'on se rapproche davantage des parties déclives de l'abdomen; dans les kystes ovariens, la matité est à peu près égale dans toute l'étendue du kyste. Dans l'ascite, le son clair et le son mat perçus par la percussion de l'abdomen changent de rapports quand on fait prendre à la malade une autre position, c'est-à-dire qu'on la fait coucher sur l'un ou l'autre côté de l'abdomen; rien de semblable dans les kystes ovariens, les rapports de la sonorité et de la matité restent invariables. Dans l'ascite, le ventre est plus ou moins aplati; dans les kystes ovariens, il est généralement globuleux. Dans l'ascite, la fluctuation est plus facile à percevoir que dans les kystes. Dans l'ascite, on observe promptement une altération de la santé; dans les kystes ovariens, cette altération est rare, ou ne survient que fort tard.

2° *Avec une hydropisie enkystée de l'abdomen.* Dans cette affection, la tumeur se développe primitivement dans un point élevé de l'abdomen; elle conserve une fixité invariable dans les diverses attitudes prises par la malade; elle se développe de haut en bas et non de bas en haut. Le diagnostic est parfois très-difficile: Cruveilhier a pris pour un kyste de l'ovaire des kystes acéphalocystes multiples développés dans le grand épiploon.

3° *Avec la grossesse.* La suppression de la menstruation, les troubles gastriques, les douleurs et le gonflement des seins, qu'on observe parfois au début d'un kyste ovarien, peuvent faire croire à une grossesse commençante. Dans le dernier cas, le toucher vaginal permet parfois de constater une modification dans l'état du col de l'utérus et un développement du segment inférieur de l'organe. Toutefois, avant la période de six mois, le diagnostic présente souvent des difficultés, et l'erreur est facile dans l'un ou l'autre sens. Mais à partir de cette époque, les mouvements actifs du fœtus, les mouvements passifs ou communiqués (ballotement du fœtus), les doubles battements du cœur du fœtus, dissiperont toute espèce de doute. En cas de *grossesse extra-utérine*, le diagnostic différentiel est facile si le fœtus est vivant (mouvements actifs, doubles battements du cœur). Si le fœtus est mort, il y a de grandes difficultés: on aura égard aux antécédents (mouvements actifs perçus à une certaine période de la tumeur), à l'état stationnaire, à la dureté et aux inégalités de la tumeur.

4° *Avec des tumeurs fibreuses du bassin.* Ces tumeurs sont plus dures; elles ne présentent pas de fluctuation; elles ont une marche très-lente.

Il ne suffit pas de reconnaître l'existence d'un kyste ovarien; il importe pour le traitement d'en déterminer l'espèce. Les kystes *uniloculaires* pré-