

Fig. 230. — Kyste dermoïde de l'ovaire. — a, paroi du kyste; b, dents; c, touffe de cheveux implantés sur un tubercule criblé d'orifices de glandes sébacées (Follin).

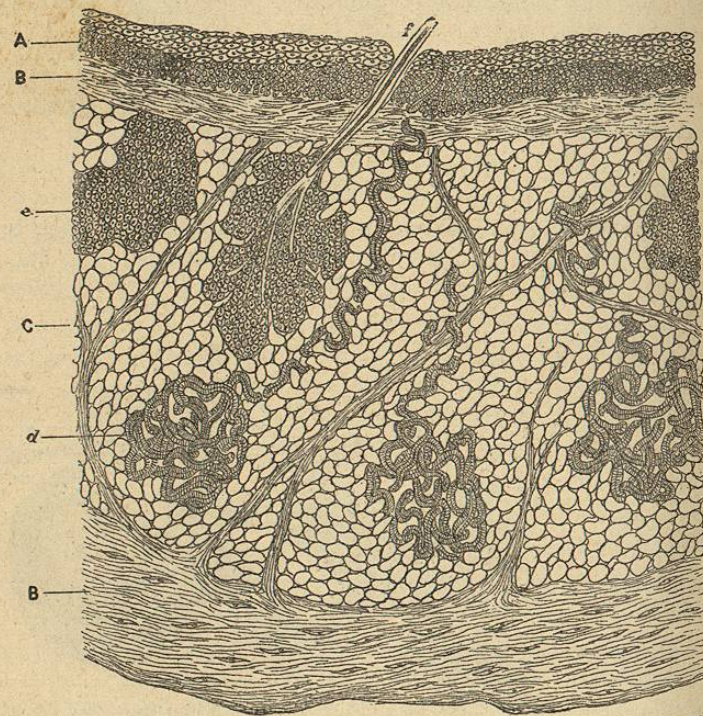


Fig. 231. — Coupe histologique d'un kyste dermoïde de l'ovaire (d'après Wyder). — A, revêtement pavimenteux; BB, tissu conjonctif fasciculé; C, tissu celluloadipeux; d, glomérules sudoripares; e, glandes sébacées dont l'une est munie d'un follicule pileux avec son poil f.

soyeux, courts ou longs, libres ou adhérents, de coloration variée,

sébacées, abondants surtout au niveau des points les plus épais. Les glandes sudoripares sont plus rares et rudimentaires.

Le contenu est une matière molle, caséuse, homogène ou grumeleuse, dont les variétés d'aspect l'ont fait comparer à de l'huile, du beurre, du miel, du mastic, etc. On y trouve des débris de parois, des poils, des ongles, des dents, des fragments de cartilage et d'os (fig. 230 et 231), etc. Les poils fins,

forment parfois, par leur enchevêtrement et leur agglomération dans des masses caséuses, des boules flottantes susceptibles de donner la sensation de ballotement. Il y a rarement des ongles, mais on y a compté jusqu'à trois cent dents : celles-ci, plus ou moins rudimentaires, seraient, d'après Holländer, toujours orientées et inclinées vers l'axe médian du corps. Elles sont isolées ou implantées sur la paroi ou sur des rudiments de maxillaires et diversement groupées. On y a même décrit un filet nerveux et diverses altérations.

Les os sont généralement des fragments informes ne rappelant que vaguement une partie distincte du squelette. Il en est de même des masses cartilagineuses qui peuvent être adhérentes ou flottantes, quelquefois articulées. On y a décrit encore des faisceaux de fibres musculaires lisses, des lamelles ou des fibres de tissu nerveux, des formations glandulaires assez parfaites pour constituer une véritable mamelle (Velitz, Bl. Sutton), une langue rudimentaire (Kæberlé), un fragment d'œil avec sa rétine (Baumgarten, Marchand). Enfin, ces kystes contiennent parfois des parties fœtales nettement reconnaissables, et Répín y a trouvé un embryon rudimentaire avec ses quatre membres.

C. Tumeurs mixtes. — Elles sont caractérisées par l'accolement de poches multiples dont les parois et le contenu diffèrent. Depuis qu'elles ont été signalées par Lebert en 1857, on en a observé de nombreux exemples et Poupinel les a bien étudiées en 1887 (1). Les parois de ces kystes diffèrent de structure, non seulement de l'une à l'autre, mais parfois aussi sur divers points de la même. Ici, on retrouve la structure dermoïde avec les poils, les papilles, etc.; ailleurs et sans transition, l'épithélium cylindrique des kystes mucoïdes. Le tissu conjonctif qui entre dans leur composition est aussi variable : tantôt fibreux, dense, parsemé quelquefois d'ilots cartilagineux et même osseux, il présente ailleurs les caractères du tissu jeune, embryonnaire ou myxomateux, et peut prédominer au point de constituer de véritables associations de tumeur solide. Le contenu, dermoïde ou mucoïde, dépend des éléments constitutifs de la paroi.

Ces tumeurs sont ordinairement bilatérales ou, du moins, coexistent souvent avec une tumeur de nature différente sur l'autre ovaire.

CONNEXIONS DES KYSTES DE L'OVAIRE. — Ces tumeurs sont, comme l'ovaire, reliées au ligament large et nourries par un pédicule qui leur permet généralement de se développer en dehors du ligament. Ce pédicule, plus ou moins long, large et épais, est constitué par le ligament large, le ligament utéro-ovarien, le mésovaire, le mésosalpinx et la trompe; celle-ci est souvent allongée ou étendue en écharpe en avant et en bas de la tumeur et kystique elle-même dans sa partie

(1) POUPINEL, Arch. de physiologie, 1887, p. 394.

externe par occlusion de ses franges. Les vaisseaux, qui sont ceux de l'ovaire, subissent une hypertrophie proportionnelle au volume du pédicule; les veines surtout sont développées et leurs parois épaissies au point de ressembler à celles des artères. Ils sont accompagnés par des lymphatiques et des nerfs et engainés dans du tissu conjonctif plus ou moins abondant. Les débris de l'ovaire se retrouvent en général sur le pédicule, en bas et en arrière de la tumeur.

Quelquefois, au lieu de se pédiculiser, le kyste se développe, s'inclut entre les feuillets du ligament large. Cette disposition, qui paraît plus fréquente pour les kystes dermoïdes que pour les autres, tiendrait, d'après Vautrin, Brigidi, à certaines anomalies de structure ou de situation, congénitales ou acquises, de l'ovaire. Dans ces cas, il se forme des adhérences vasculaires telles que, d'après Terrillon, il peut s'ajouter au pédicule utéro-ovarien primitif un deuxième pédicule, interne, émanant de la corne utérine, et dont les vaisseaux, très dilatés, sont constitués par l'anastomose de la branche supérieure avec la terminaison de l'utéro-ovarienne (P. Delbet). Pareille disposition n'existe pas dans les kystes parovariques.

L'inclusion produit le refoulement des organes voisins, de l'utérus surtout, qui est dévié du côté opposé à la tumeur; plus rarement il est attiré par elle s'il lui est adhérent. La vessie peut être aplatie, étirée et l'uretère comprimé.

Certains kystes enfin soulèvent le péritoine pariétal après avoir dédoublé le mésovaire et le mésosalpinx. Les kystes *rétropéritonéaux* (Pozzi) *pseudo-intraligamentaires* (Kelly) peuvent se loger jusque derrière le rectum (Cazeaux, Jackson).

RAPPORTS AVEC LES VISCÈRES. — A la période pelvienne de leur développement, les kystes refoulent, compriment et dévient plus ou moins l'utérus, la vessie, le rectum, les uretères, l'urètre; il peut même arriver que l'utérus et la vessie, adhérents, soient étirés et attirés au-dessus des limites du bassin par la tumeur devenue abdominale. A cette période, l'intestin est refoulé en haut et en arrière, sous le diaphragme, et la paroi kystique vient au contact direct de la paroi, rarement, à moins d'adhérences, avec interposition de l'épiploon, du colon, du cæcum (Cruveilhier). — Les organes pelviens peuvent alors être repoussés de haut en bas jusqu'au prolapsus.

Complications. — Les *adhérences*, produit de poussées de péritonite adhésive ou succédant à la chute éventuelle de l'épithélium cubique qui recouvre la paroi des kystes, unissent ceux-ci soit à la paroi, soit à l'épiploon, à l'intestin et aux organes voisins. Récentes, elles sont lâches et faciles à détacher; plus anciennes, elles deviennent denses, serrées, et cette résistance, jointe à leur vascularisation, complique, quelquefois jusqu'à l'impossibilité, l'ovariotomie.

L'ascite ne peut être considérée comme une complication que si l'épanchement est considérable. Il est peu de tumeurs ovariennes

qui n'en provoquent, mais souvent à un degré si faible qu'elle ne peut influencer le pronostic et que les observateurs omettent de la signaler. Ainsi s'expliqueraient les divergences de résultats qu'on peut constater, à ce point de vue, dans les statistiques. On peut dire d'une manière générale que la fréquence et l'abondance de l'ascite sont en raison inverse de la simplicité des tumeurs. Elle manque souvent lors de kystes uniloculaires; elle est fréquente, sinon constante, avec les tumeurs végétantes et multiloculaires.

Le liquide ascitique est citrin, fluide, quelquefois épais, gélatineux, souvent sanguinolent; il contient de la fibrine et se coagule à l'air, ce qui ne se produit pas pour le liquide des kystes (Méhu). Il diffère du liquide de l'ascite médicale par la proportion beaucoup plus élevée des matériaux fixes — 60 à 70 grammes par litre, au lieu de 25 (Méhu) — et par la présence d'éléments figurés provenant du kyste, et qui ont été diversement décrits: corpuscules de Brunett, cellules de Drysdale, groupes cellulaires de Thornton et Foulis, etc., tous éléments qui ne peuvent, en raison de leur variété, avoir la valeur diagnostique qui leur a été attribuée. L'ascite dérive, pour Terrier, d'une sorte de péritonite chronique avec hypersécrétion de la séreuse due aux altérations de la surface du kyste. Pour Quénu, elle résulte de l'épanchement continu de la substance colloïde produite par les végétations ou par la surface externe riche en formations tubulaires.

Les *hémorragies* se font dans l'épaisseur de la paroi ou dans la cavité même du kyste. Dans ce dernier cas, elles peuvent être assez abondantes pour modifier profondément la coloration du liquide et le mélanger de caillots. Elles surviennent soit à l'occasion de la torsion du pédicule, soit spontanément dans les tumeurs végétantes.

Suppuration. — Le liquide des kystes, naturellement aseptique, peut s'infecter soit à la suite d'une ponction, soit au cours de la période puerpérale, soit encore sans cause apparente. L'infection, émanant alors des trompes ou de l'intestin, peut traverser la paroi en suivant les vaisseaux des adhérences, ou peut se faire par la voie sanguine à la suite d'une maladie générale. Elle peut succéder aussi au sphacèle des parois, après torsion du pédicule. Le liquide devient louche, puis purulent et contient des organismes variés, ordinairement des streptocoques, puis, par ordre de fréquence, des staphylocoques, des colibacilles et des saprophytes. Les kystes dermoïdes peuvent suppurer sous l'influence des mêmes causes que les kystes mucoïdes: on observe assez souvent cette complication dans les suites de couches qui ne sont pas absolument pures et elle est aussi en rapport avec la fréquence relative de la torsion du pédicule dans cette variété de tumeurs.

Rupture. — Cette complication a été bien étudiée par Nepveu, Mary, Waite, Düffner, etc. La rupture se fait dans le péritoine, dans un viscère voisin ou au dehors, la paroi abdominale cédant en même

temps. La rupture intrapéritonéale peut être produite par un traumatisme quelconque ou un effort, comme dans l'accouchement, ou bien survenir spontanément comme conséquence d'une surdistension du kyste ou d'une altération de ses parois, dégénérescence, gangrène, prolifération papillaire, etc.

S'il existe des adhérences préalables, la rupture peut se faire en divers points. Düffner (1), sur 142 cas, a noté l'ouverture 51 fois dans les voies digestives ; 34 fois à l'extérieur ; 33 fois dans les voies génitales ; 16 fois dans la vessie. Nepveu (2), sur 155 faits de rupture, l'indique 128 fois dans le péritoine ; 11 fois dans l'intestin ; 4 fois dans le rectum ; 6 fois dans la vessie ; 1 fois dans l'utérus ; 2 fois dans le vagin et 7 fois au niveau de la paroi.

Torsion et rupture du pédicule. — Cet accident, signalé d'abord par Rokitansky en 1860, a été bien décrit ultérieurement par L. Tait, Olshausen, Fränkel, Thornton, Spencer Wells, Custom, Vercoistre, Duplay, Terrillon, etc., et a fait l'objet d'un grand nombre de thèses (3). Sa fréquence absolue, d'après Terrillon, serait de 6 pour 100 kystes, de 10,5 pour Thornton, et, d'après la statistique plus récente de Bouilly, de 7,56 p. 100. Les kystes dermoïdes y seraient plus exposés (Voy. fig. 224) ; Olshausen a insisté depuis longtemps sur cette fréquence : 8 fois sur 57 cas de torsion, alors que la proportion dans les kystes mucoïdes ne serait que de 3 p. 100 (Thornton). Mundé, sur 35 kystes dermoïdes, a trouvé le pédicule tordu 8 fois. Toutes les tumeurs y sont exposées lorsqu'elles sont pédiculées et mobiles, et les malades d'hôpital plus que les autres, dans la proportion de 10 contre 3 (Voituriez). La torsion affecte plus volontiers les tumeurs de petit et de moyen volume qui ne dépassent pas l'ombilic et qui sont longuement pédiculées ; l'influence de cette dernière condition est cependant très relative. Plus fréquente à droite, elle est en outre favorisée par les alternatives de réplétion et de déplétion de la vessie et de l'intestin par les brusques changements d'attitude, par le passage rapide de la position debout à la position accroupie, par la double pression du diaphragme et de la paroi abdominale s'exerçant alors au maximum sur les deux pôles opposés du sphéroïde (Potherat) ; par l'inégalité d'épaisseur et de densité de la paroi, par la coexistence d'autres tumeurs voisines, par la grossesse et l'accouchement, par l'affaissement de la tumeur après une ponction ; à la suite de tout effort, etc. Le nombre des tours varie de un demi à six ; ils sont généralement orientés de gauche à droite et la torsion va de la simple compression sans ischémie jusqu'à la rupture complète.

(1) DÜFFNER, thèse de Nancy, 1892-1893.

(2) NEPVEU, *Ann. de gynéc.*, 1875, p. 14.

(3) Entre autres celles de PARISOT, 1866 ; MOULS, 1890 ; GUICHARD, Lyon, 1895 ; SEVENO, Bordeaux, 1897 ; KISSELOFF, 1897 ; MOUTHON, 1897 ; BARON, 1898. — Voy. aussi : FINAZ, *Sem. gynéc.*, 1898, et VOITURIEZ, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1900, n° 24.

L'un de nous a observé une particularité dont on ne signale guère d'exemples ; c'est une double torsion du pédicule, l'une au ras de la tumeur, qui siègeait à droite, l'autre vers la base du ligament large. Entre ces deux points existait un hématome des dimensions d'un œuf. La paroi du kyste commençait à se gangrener au moment de l'intervention ; cette circonstance causa la mort de l'opérée en dépit des précautions ordinaires contre l'infection (Le Dentu).

Les lésions du *pédicule* tordu, suivant le degré de la constriction, se résument dans une simple congestion avec coloration rouge vineux des tissus ou vont jusqu'à la gangrène avec sa teinte grisâtre, feuille-morte. Il est œdématié, friable et, lorsque l'accident est déjà ancien, il devient comme cicatriciel et ses replis sont soudés par un processus de péritonite adhésive.

Le *kyste* augmente de volume par hémorragie intracavitaire ou par transsudation séreuse et son contenu se modifie en conséquence. Les parois sont, suivant les cas, le siège d'apoplexie pariétale, d'exsudation séro-sanguine qui favorise la production d'adhérences, ou de sphacèle. Si la rupture est complète, la tumeur, ou bien s'atrophie, ou bien reprend vie grâce à des adhérences nouvelles et vasculaires ou, plus souvent, se sphacèle en produisant des accidents qui imposent l'intervention. La torsion, qui provoque presque toujours de la péritonite, plus ou moins limitée, peut encore se compliquer d'*occlusion intestinale* et de *thromboses veineuses* remontant jusqu'à la veine iliaque. Enfin la rupture du pédicule peut se produire en dehors de la torsion, par élancement, par traction ou par section causée par des adhérences (Heurtaux, Terrillon).

Métastases et dégénérescence cancéreuse. — Bien que bénins à l'origine et restant tels dans la plupart des cas, les kystes de l'ovaire donnent parfois naissance à des métastases plus ou moins étendues et lointaines et peuvent, à un moment donné, évoluer comme des tumeurs malignes. Leur nature épithéliale explique cette éventualité.

De telles transformations sont plus rares pour les kystes dermoïdes que pour les autres. Les *noyaux métastatiques dermoïdes* peuvent présenter la même complexité que la tumeur originelle. Dans d'autres cas, ils ont la structure du cancer (Dor et Bérard, de Lyon) ; enfin la tumeur elle-même, bien que rarement, peut subir la transformation maligne. Pilliet (1) a pu la surprendre au début, sous forme de masses nodulaires partant des glandes sébacées et s'enfonçant dans le tissu adipeux de la paroi pour y former des lobules d'adénomes. Enfin Spencer Wells et Olshausen ont démontré que des tubercules peuvent se développer dans les kystes de l'ovaire.

Parmi les *kystes mucoïdes*, ce sont surtout ceux qui présentent des végétations qui exposent aux métastases et à la dégénérescence can-

(1) PILLIET, *Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 290.

céreuse. Les tumeurs dites glandulaires ne se greffent, d'après les observations de Baumgarten, Schlegteudal, Rünge, Pozzi, que consécutivement à la rupture du kyste. Les noyaux secondaires siègent sur le péritoine, l'intestin, l'épiploon, et peuvent gagner la plèvre. La dégénérescence débute par une dissémination, dans le tissu conjonctif, de bourgeons épithéliaux pleins, différant des tubes réguliers; la dissémination et la généralisation se font ensuite par la voie lymphatique.

Étiologie et pathogénie. — a. *Kystes mucoïdes.* — Les kystes de l'ovaire se développent surtout dans la période d'activité sexuelle, particulièrement de vingt à quarante ans, diminuent de fréquence de quarante à cinquante et deviennent rares au delà de cinquante-deux ans (Terrier). On les rencontre cependant à tout âge, depuis quelques mois jusqu'à soixante-dix ans et plus. Leurs causes sont entièrement inconnues. Quant à leur pathogénie, si le mécanisme du développement des kystes dermoïdes prête encore à discussion, celui des kystes mucoïdes est désormais bien élucidé, grâce aux travaux de Klebs, de Waldeyer et surtout de Malassez et de Sinéty. Si quelque obscurité entoure encore le début de leur évolution, on n'en est pas moins fixé sur la marche ultérieure de celle-ci. Ils résultent d'une inclusion de l'épithélium germinatif ou de l'épithélium du follicule. Vers le cinquième mois de la vie intra-utérine, l'épithélium germinatif bourgeonne et s'inclut dans le stroma ovarien sous forme de cordons creux connus sous le nom de tubes de Pflüger : c'est dans une de ces invaginations épithéliales que, d'après W. Fox, Waldeyer, etc., prendrait naissance le kyste dont le début serait ainsi congénital. Malassez et de Sinéty admettent également que c'est de l'épithélium germinatif que naissent le plus fréquemment, sinon exclusivement, les cysto-épithéliomes. On peut accepter cependant, avec Quénu, que l'épithélium du follicule, qui produit lui-même de l'épithélium germinatif, peut proliférer comme celui-ci et donner lieu à des kystes. Telle en est l'origine pour Steffk, et Pozzi et Bausseu (1) ont observé des faits en rapport avec cette opinion.

Bard (2) considère tous les kystes comme des tumeurs à tissus multiples et puisant leur origine dans la cellule ovulaire. Quoi qu'il en soit, l'épithélium s'invagine sous forme d'un tube identique à ceux que nous avons décrits dans le kyste adulte. L'orifice de ce tube venant à s'occlure, il se trouve transformé en cavité close dans laquelle sécrète l'épithélium qui a conservé son activité : tel est le processus initial du kyste. Bientôt, et par le même mécanisme, se produisent, sur les parois de la petite tumeur primitive, des néoformations secondaires, tertiaires, etc., et ainsi se trouvent créées de nouvelles loges dont le nombre est relatif de l'activité cellulaire (fig. 232).

(1) POZZI ET BAUSSEU, *Revue de gynéc. et de chir. abdom.*, 1897, n° 2.

(2) BARD, *Arch. de physiologie*, 1890, et TRÉVOUX, thèse de Lyon, 1887-1888.

En même temps, une de ces cavités se développe plus que les autres, les parois des loges voisines s'accolent, se fusionnent, se

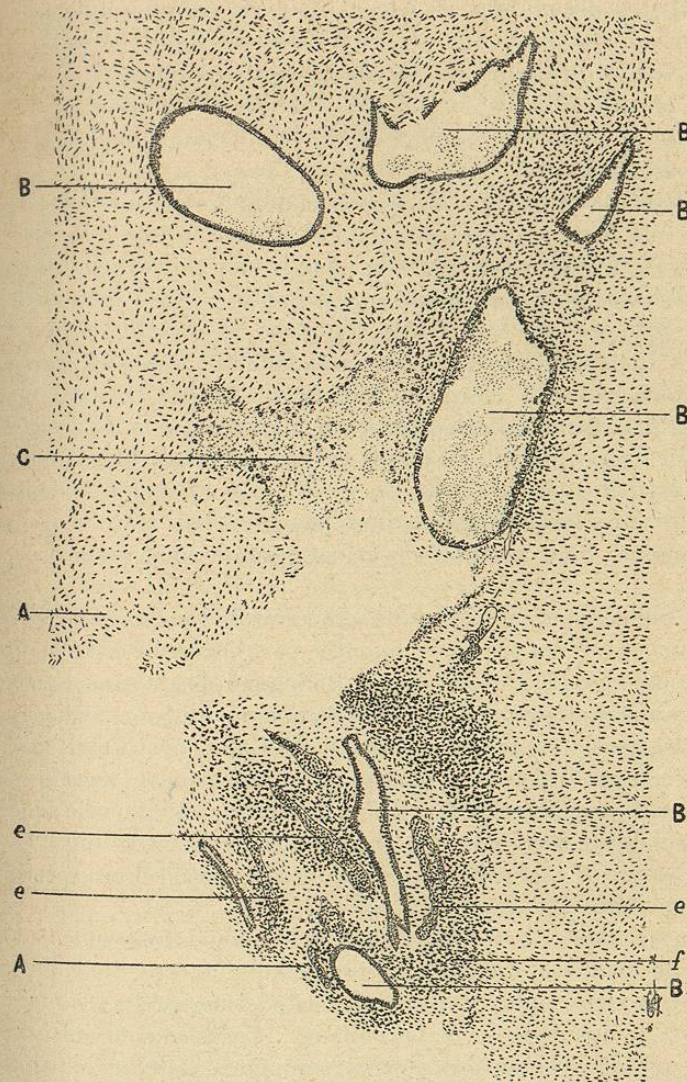


Fig. 232. — Début de kyste prolifère en un point limité d'un ovaire normal par ailleurs (grossissement de 40 diamètres) (d'après S. Bonnet et Paul Petit). — A, surface de l'ovaire; BB, coupes de tubes tapissés d'épithélium cylindrique ou métatypique; C, cavité incomplètement tapissée d'épithélium folliculaire; ee, capillaires dilatés; ff, hémorragies interstitielles.

résorbent en totalité ou en partie et, de *multiloculaire* à l'origine, le kyste peut devenir *pauciloculaire* ou *uniloculaire*. Il y a donc un double processus parallèle : d'une part, prolifération, bourgeonne-