

ment épithélial et sécrétion de liquide; d'autre part, régression et simplification des parois. Suivant la prédominance de tel ou tel élément, le kyste sera uni ou multiloculaire, simple ou végétant.

b. *Kystes dermoïdes*. — On a renoncé, depuis longtemps, aux anciennes hypothèses de la *grossesse extra-utérine*, de la *diplogenèse par inclusion fœtale* de Is. Geoffroy Saint-Hilaire, qui cependant n'était pas très éloignée de la doctrine de la parthénogenèse, à celles des *cellules conjonctives indifférentes* de Virchow, ou des *globules blancs* de Cohnheim.

L'*hétérotopie plastique* de Lebert n'explique rien. La théorie plus récente, de Bard, est ingénieuse et encadrerait fort bien les diverses variétés de kystes, mais l'existence des *cellules nodales* sur laquelle elle est basée n'est rien moins que démontrée. Pour cet auteur, la cellule ovulaire est une cellule complexe de laquelle dérivent les cellules nodales spécifiques des trois feuilletts, donnant naissance, dans leur évolution normale, aux divers tissus. Or ces cellules seraient susceptibles d'échapper momentanément à la loi des dédoublements respectifs et successifs qu'elles doivent subir, puis elles reprendraient ultérieurement, au milieu des éléments constitutifs différents dans lesquels elles restent plongées, leur marche évolutive interrompue, d'où production et association des tissus les plus variés.

Plus solidement étayées sont les théories de l'*enclavement* et de la *parthénogenèse*. La première, énoncée par Verneuil, a été acceptée par Lannelongue et Achard, Pozzi, P. Segond. Les kystes dermoïdes dériveraient du tégument cutané de l'embryon dont une portion, pour ainsi dire, restée en arrière pendant le développement fœtal, se serait enclavée au sein des autres tissus et aurait, par son accroissement ultérieur, donné lieu à la formation du kyste. Cette théorie générale des formations dermoïdes est interprétée de la façon suivante par Lannelongue et Achard pour expliquer la localisation spéciale à l'ovaire :

« Un accident de développement détermine l'enclavement d'éléments du feuillet corné dans les rudiments du corps de Wolf, alors que ces derniers sont très voisins de l'ectoderme, c'est-à-dire dans les premiers temps de la vie embryonnaire... Ces éléments ainsi déplacés et qui, dans l'embryon normal, sont aptes à produire, par différenciations successives, des dents, des os, du cartilage, de la substance nerveuse, des glandes muqueuses, etc., ces éléments embryonnaires, encore indifférents pour ainsi dire, pourront, dans la production anormale, rencontrer les conditions particulières qui déterminent normalement ces différenciations. Ils évolueront en tissus variés... »

Pour expliquer la formation des *kystes fœtaux*, ces mêmes auteurs invoquent l'intervention d'un tératome. « La production des monstres

doubles se trouve associée à celle qui détermine la formation des kystes. La part de chacune varie suivant le cas. »

Il faut avouer que cette théorie, si satisfaisante tout d'abord, se montre plus hypothétique et plus faible dans l'interprétation de cette dernière variété de kystes.

Celle de la *parthénogenèse* formulée, avec quelques variantes, par Waldeyer, puis par Mathias Duval (1) et Répin (2), repose sur les propriétés spéciales des cellules épithéliales de l'ovaire, et sur cette idée que l'ovule a le pouvoir de se développer et de se segmenter en dehors de toute fécondation (*παρθενωσις*, vierge). En effet, cette segmentation a été constatée par Ællacher dans l'œuf de l'oiseau, par Mathias Duval chez un certain nombre d'animaux inférieurs et même chez la femme, dans un cas, par Morelle. Répin insiste, en outre, sur la concordance de l'emplacement dans le follicule de de Graaf de l'ovule et du bourgeonnement initial de certains kystes dermoïdes. Ces kystes résulteraient donc, d'après cette théorie, de la segmentation d'un ovule non fécondé : ce ne serait autre chose qu'un embryon dévié et monstrueux, un tératome.

Dans les formes les plus simples, la poche a les caractères dominants du feuillet ectodermique du blastoderme, les autres s'étant atrophiés. Les formes fœtales, les plus compliquées, s'expliquent par le caprice et le désordre qui président au développement parthénogénétique, ce que Mathias Duval appelle l'*individualisation* ou l'*apolarité* du blastoderme.

Cette théorie englobe tous les cas et semble, à ce point de vue, la plus satisfaisante; on ne peut cependant considérer comme définitivement résolue la question de la pathogénie des kystes dermoïdes.

**Symptômes.** — Le début des kystes de l'ovaire est presque toujours insidieux et, tant qu'ils demeurent pelviens, ils peuvent ne donner lieu qu'à des troubles réflexes vagues et généralement légers dus, en majeure partie, à la compression de l'intestin et de la vessie (Gallard). L'ascension de la tumeur au-dessus des limites du bassin marque parfois un amendement momentané dans ces troubles, puis la tumeur, continuant à grossir, va donner lieu à des symptômes qui sont, à peu près tous, des phénomènes de compressions nerveuses, vasculaires ou viscérales.

**Douleurs.** — Nulles chez certaines malades, elles revêtent chez d'autres des caractères différents. Tantôt ce sont des douleurs névralgiformes suivant le trajet des nerfs abdomino-génitaux, cruraux, obturateurs; tantôt c'est la tumeur elle-même qui en est le siège, et elles sont imputables alors à une surdistension de sa cavité; elles peuvent alors affecter l'allure de crises de *péritonisme* (Le Dentu),

(1) Mathias DUVAL, *Bull. de la Soc. de biologie*, 1884, p. 585, et *Ann. de gynéc.*, 1895.

(2) RÉPIN, thèse de Paris, 1891.

surtout chez des hystériques ; elles s'accompagnent de hoquets, de nausées, de vomissements, mais restent apyrétiques et disparaissent au bout de quelques jours. Tantôt, enfin, elles sont le reflet de poussées de péritonite légère aboutissant à la formation d'adhérences pariétales ou viscérales. Mais, par contre, l'absence de signes antérieurs de péritonite n'implique pas l'absence d'adhérences (Terrier).

*Compressions vasculaires.* — Elles se traduisent par l'apparition d'hémorroïdes, de varices, d'œdèmes des membres inférieurs, de la vulve et même de la paroi abdominale, si la tumeur est très volumineuse, et, dans ce cas, l'œdème peut se compliquer de varices lymphatiques (Terrier).

*Compressions viscérales.* — Elles se manifestent particulièrement sur les organes pelviens ; du côté de la *vessie*, par de la rétention, de l'incontinence, de la dysurie et de l'oligurie due peut-être à la compression des uretères, parfois aussi à des lésions secondaires des reins ; le sucre et l'albumine y sont rares cependant, mais d'un pronostic fâcheux ; du côté de l'*intestin*, du *rectum* en particulier, par de la parésie, de la constipation rebelle, parfois par des accidents d'occlusion. L'*estomac* exprime sa gêne par de la dyspepsie, de la gastralgie, des vomissements, et la nutrition générale ne tarde pas à se ressentir de cette perturbation. Le *diaphragme* est refoulé ; il en résulte de la dyspnée, de la cyanose. Terrier, Demons ont signalé des *accidents pleurétiques*.

Les troubles *cardio-vasculaires*, bien étudiés par Hofmeier, P. Sebilleau, portent principalement sur le cœur gauche et supposent une pathogénie complexe : compression des gros vaisseaux, excès de pression dans la circulation générale, augmentation du champ circulatoire, spasmes des capillaires, lésions rénales, altération du sang. Ils se traduisent par des bruits de souffle, de l'arythmie, et peuvent produire l'asystolie.

*Troubles variés.* — La *menstruation* est plus ou moins modifiée, généralement diminuée ou supprimée dans un cinquième des cas (Gallard), augmentée dans un huitième ; après la ménopause, les kystes produisent parfois un retour irrégulier de l'écoulement sanguin (Terrier). La suppression des règles, jointe au développement abdominal et parfois au gonflement des seins qui accompagne l'évolution de ces tumeurs, explique comment on a pu croire plus d'une fois à un début de grossesse. La *stérilité* est loin d'être une conséquence fatale de ces tumeurs et la grossesse peut même évoluer sans accidents à leur voisinage. Bouilly a signalé des quintes de toux nerveuse en rapport avec des tumeurs de l'ovaire et, parfois, des élévations de température qu'on pourrait rattacher à la *fièvre des néoplasmes* signalée par Verneuil.

A la longue, la cachexie progresse et les malades prennent cet aspect spécial que Spencer Wells a appelé le *faciès ovarien*, caracté-

risé par l'exagération des saillies musculaires et osseuses, des rides frontales ; les yeux sont excavés, les narines dilatées et effilées, les lèvres pincées, les commissures labiales déprimées, etc. Mais ce sont là des signes de dénutrition ou d'intoxication et qui n'ont rien de spécial aux kystes de l'ovaire.

*Signes physiques.* — Ils sont fournis par les divers moyens d'exploration directe et fournissent les éléments indispensables du diagnostic. La *vue* permet d'apprécier le développement du ventre, quelquefois les bosselures de la tumeur et même son siège latéral.

Par la *palpation*, qui doit toujours être pratiquée doucement, car elle a causé parfois la rupture de la poche, on se rend compte des caractères extérieurs de la tumeur, de sa consistance liquide, de la plus ou moins grande régularité du sphéroïde. On peut, par la palpation alternative des deux mains, percevoir nettement la sensation de flot. La netteté de ces signes dépend de l'unilocularité et du degré de la fluidité du liquide. Quelquefois on peut percevoir un *frottement*, une sensation de *neige écrasée* dus au dépoli de la séreuse (Pozzi) ou au déplacement de la matière colloïde (Ohshausen).

La *percussion* révèle, suivant toute la surface de la tumeur, une matité qui se limite, en haut, suivant une ligne courbe à convexité supérieure, alors que la partie déclive des flancs reste sonore. Les changements de position de la malade ne modifient en rien la direction des lignes de la matité. Ce triple caractère permet de distinguer le kyste de l'ascite.

L'*auscultation* permet quelquefois d'entendre des frottements péritonéaux et des souffles dus à la dilatation ou à la compression des vaisseaux et qu'il ne faudrait pas interpréter dans le sens d'une grossesse.

Le *toucher vaginal* et le *toucher rectal* peuvent être négatifs s'ils sont employés seuls et si la tumeur est élevée. Combinés au palper, ils donnent les renseignements les plus précis sur l'existence, la situation latérale, les limites, les irrégularités de forme et de consistance du kyste, sur sa nature même dans la plupart des cas ; enfin, ils permettent généralement d'établir les rapports et l'indépendance de l'utérus. Mais, pour préciser ce dernier détail, il est nécessaire, dans les cas difficiles, de recourir à l'hystérométrie associée ou non au palper. Il est indispensable d'évacuer la vessie préalablement à cet examen.

*Marche.* — La marche clinique des kystes de l'ovaire peut se diviser en trois périodes : une première, de *troubles réflexes*, alors que la tumeur, peu volumineuse, est encore pelvienne ; une deuxième, de *décompression*, lorsqu'elle envahit la cavité abdominale et acquiert un grand volume ; enfin, la période de *cachexie*. La durée de cette évolution est extrêmement variable et, pour certains kystes simples, peut atteindre dix, quinze, trente ans. D'autres, après être restés

longtemps stationnaires, prennent tout d'un coup une allure rapide; d'autres enfin, à marche galopante, tuent en moins de deux ans (Quénu, Spencer Wells). Les kystes dermoïdes ont une évolution plus lente, plus bénigne et sont tolérés plus longtemps.

La mort survient par cachexie progressive, par troubles cardiovasculaires, respiratoires ou urinaires, par l'exagération de certains phénomènes de compression ou par l'une des complications que nous allons passer en revue.

**Complications.** — L'ascite, lorsqu'elle est abondante, est fâcheuse pour des raisons multiples: elle exagère les troubles respiratoires en contribuant à la gêne d'expansion du diaphragme; elle dissémine les cellules et favorise les métastases; elle complique le diagnostic et donne le droit de craindre une tumeur végétante. Elle n'aggrave cependant guère le pronostic opératoire.

La rupture se fait dans la cavité péritonéale ou en dehors d'elle. La rupture *intrapéritonéale* s'accompagne souvent d'impressions subjectives diverses, telles que sensation de craquement, d'épanchement, de déchirure; elle est suivie d'un affaissement de la paroi abdominale qui prend la forme ascitique et elle peut déterminer la syncope. Les conséquences de cet accident sont très dissemblables et subordonnées sans doute à la qualité du liquide épanché. Nulles quelquefois (Boursier), ou limitées à une réaction péritonéale légère et éphémère, s'il s'agit d'un kyste uniloculaire à contenu fluide, elles se manifestent plus souvent par une péritonite réelle, bénigne ou mortelle. Nepveu, qui en a réuni 127 cas, a compté 63 morts, 21 guérisons temporaires et 43 définitives. Si la mort ne s'ensuit pas, le liquide se résorbe ou s'élimine et on a pu observer alors de la polyurie, de la diarrhée, de la peptonurie, de la diaphorèse, de la salivation, etc. Ultérieurement, la poche s'atrophie ou s'emplit de nouveau: parfois, la rupture s'accompagne d'hémorragie interne; elle peut être en outre la cause éloignée d'adhérences étendues.

La rupture *extrapéritonéale*, moins grave immédiatement, se fait le plus souvent dans le *tube digestif*, à une hauteur quelconque, et s'accompagne de l'émission, mélangé aux selles, d'un liquide séro-albumineux coloré par du sang altéré et de gaz fétides (Terrier), ou de vomissements de même nature si l'ouverture est voisine de l'estomac. L'ouverture peut aussi se faire à la paroi, exceptionnellement dans la vessie, le vagin, l'utérus, la trompe.

**Torsion du pédicule.** — Les phénomènes de début de cette complication sont: une douleur, variable d'intensité, presque nulle ou plus souvent violente, syncopale; des vomissements muqueux, puis verdâtres, une élévation de température qui peut n'être qu'éphémère, mais que Finaz (1) a toujours constatée au début et qui atteint 38°

(1) FINAZ, *Sem. gynéc.*, 1898, p. 146.

ou 39°, avec un pouls filiforme et une respiration à type costo-supérieur. Mouis a signalé aussi, comme phénomène de début, une ondulation en masse de la tumeur, synchrone au pouls, et un souffle systolique au niveau du pédicule.

L'évolution diffère alors suivant le degré de torsion réalisé.

a. *Si la circulation est complètement interrompue, ou si la rupture est complète*, le kyste se sphacèle et pourra se rompre secondairement si des adhérences n'assurent sa vitalité. La fièvre monte alors à 40°, 41°, le pouls à 120, 140; le ventre est tendu, ballonné, sonore, impossible à explorer, tellement il est douloureux. Cette péritonite n'est cependant pas fatale, surtout si on intervient, car elle est aseptique, ainsi que l'ont constaté Schröder, Hartmann et Morax, Jayle. Elle est due à la résorption par la séreuse de produits irritants et la fièvre qui l'accompagne est comparable à la fièvre aseptique des grands traumatismes.

b. *Si la circulation est arrêtée dans les veines seulement*, il se produit une hémorragie pariétale ou intrakystique se révélant par les signes de l'hémorragie interne et qui peut tuer par son abondance ou se borner à produire un état consécutif d'anémie plus ou moins profonde.

c. *Si la circulation est simplement gênée*, il se forme, avec une congestion plus ou moins intense de la tumeur, une exsudation séreuse dans sa cavité et dans ses parois, suivie d'un processus de péritonite adhésive. Celle-ci se caractérise par des douleurs sourdes, exagérées par tous les mouvements, par des troubles digestifs, de l'amaigrissement, une cachexie plus rapide qui peut faire songer à une transformation maligne. On voit donc que l'issue de cet accident est différente suivant le degré de constriction du pédicule. La mort peut survenir par péritonite aiguë ou chronique, avec sa cachexie secondaire, par hémorragie, embolie, occlusion intestinale, etc. Parfois aussi, les phénomènes dramatiques du début se calment et se reproduisent ou non. La *détorsion* peut se faire (Schröder), ou bien il se forme des adhérences vasculaires qui assurent la nutrition du kyste; on a même cité quelques cas, exceptionnels, de régression de la tumeur à la suite de cet accident (Breisky, Olshausen, Werth, Bonnet, Freund, Finaz). Mais on ne peut compter sur cette heureuse éventualité et la torsion du pédicule est une indication opératoire de plus lorsque ses signes sont légers, d'urgence lorsqu'ils sont graves.

**Péritonite.** — Adhésive et partielle, elle succède souvent aux ponctions ou survient sans causes bien précises: elle est fâcheuse par les adhérences qu'elle produit. Généralisée, elle constitue une *complication de complications*, telles que la torsion du pédicule, la rupture ou l'infection de la poche.

La *suppuration* du kyste reconnaît des causes différentes. Une tumeur voisine, la grossesse, la torsion du pédicule, les traumatismes, les ponctions, la nature dermoïde ou hématique du contenu, y prédis-

posent. L'infection survient alors soit à l'occasion de l'accouchement, et c'est là une des causes les plus fréquentes, soit par l'intermédiaire d'une salpingite suppurée ou d'adhérences intestinales; ce dernier mode pathogénique a été mis en évidence par Olshausen et admis par Mangold, P. Delbet, Bouilly, Wallen, Williams, Greene, Custom et tous les classiques. A ce point de vue, les adhérences appendiculaires peuvent jouer un rôle important (1). Le colibacille est, en effet, le microorganisme qu'on y rencontre le plus souvent, soit en culture pure (Martin, Löhlein, Menge, Gottschalk), soit associé au streptocoque ou à des anaérobies comme il s'en rencontre souvent dans l'appendicite (Terrier) (19 fois sur 22 cas, Vullon et Zuber).

Au moment de l'opération, le pus est cependant stérile dans un grand nombre de cas (Kelly, Condamin), ce qui tient soit à ce que la cavité est close, soit à ce que le liquide épais, gélatineux, est moins nutritif que le liquide séreux, soit à ce que les anaérobies sont devenus prédominants et ne se révèlent pas sur cultures ordinaires. Il peut aussi contenir des gaz (Gottschalk).

La *symptomatologie* de cette complication est variable. La fièvre, qui serait constante pour Martin, peut manquer cependant (G. Michel); il peut même y avoir de l'hypothermie (35°,5, Mangold). Elle s'élève généralement à 38°, 39°, 40°, parfois avec rémissions très marquées (Bouilly). Les hautes températures sont plutôt en rapport avec le streptocoque et le staphylocoque.

Les douleurs se présentent sous forme de crises, s'amendent au bout de quelques jours pour reparaître de nouveau avec le même caractère d'acuité progressive, et sont suivies parfois de l'apparition brusque de phénomènes de péritonite. Elles coïncident assez souvent avec un accroissement sensible du volume de la tumeur (Bouilly, Martin, Condamin). Dans quelques cas, au contraire, l'évolution de cet accident est torpide, insidieuse et ne se caractérise que par une cachexie plus ou moins rapide et toujours grave.

Parmi les autres complications, il faut signaler encore la *phlébite*, la *pyélonéphrite*, certaines inflammations *pleurales* et *pulmonaires*. Enfin il nous reste à parler de l'influence réciproque du kyste sur la grossesse et de la grossesse sur le kyste.

a. *Influence du kyste sur la grossesse.* — Une tumeur de petit volume, et même plus développée, peut n'apporter aucune entrave à la grossesse, ni même à l'accouchement. Pinard a cité une malade ayant accouché cinq fois dans ces conditions. Cependant, en raison de la fréquence des avortements, des accidents de dystocie et des complications puerpérales dont ces tumeurs sont la cause, on doit les considérer comme une complication grave de la grossesse. Dans une statistique de 257 cas, Remy compte 75 avortements et la mortalité a

(1) Voy. CHOIGNON, thèse de Lyon, 1893-1894; G. MICHEL, *Bull. médical*, 1900, n° 84, et *Sem. gynéc.*, 1900, n° 47.

été de 27 p. 100 pour les mères et de 30 p. 100 pour les enfants. Porochine évalue à 12,5 p. 100 la proportion des avortements et Haberg, sur 276 cas où l'on n'est pas intervenu, a relevé 1/4 de mortalité pour la mère et 2/3 pour l'enfant.

b. *Influence de la grossesse sur le kyste.* — Si, dans quelques cas, la grossesse a pu ralentir l'évolution de la tumeur, elle exerce bien plus souvent sur elle une influence contraire et en favorise la dégénérescence (Wernich).

Elle exagère à l'extrême les phénomènes de compression et de distension, favorise la production des œdèmes, de l'ascite, des embolies, de la péritonite, des hémorragies, la rupture, la torsion du pédicule, la suppuration, même indépendamment d'une infection puerpérale grave. C'est surtout au moment et à l'occasion de l'accouchement que surviennent ces complications.

*Pronostic.* — La bénignité actuelle de l'ovariotomie et, d'autre part, l'intervention précoce ont modifié singulièrement le pronostic des kystes de l'ovaire. Les kystes mucoïdes et les kystes dermoïdes sont des tumeurs bénignes qui, enlevées à temps, ne récidivent généralement pas. Cependant, il y a des distinctions à faire relativement à leur contenu : nous avons vu quelles réserves comporte, au point de vue des métastases et de la dégénérescence possibles, la présence des végétations et de l'ascite. Les kystes dermoïdes eux-mêmes, bien que moins exposés peut-être aux dégénérescences, doivent cependant être opérés de bonne heure; en effet, s'ils restent parfois indolents et de petit volume pendant de longues années, ils peuvent aussi se réveiller et augmenter à une date lointaine, soit que la tumeur soit mixte, soit qu'elle subisse une dégénérescence tardive, soit par accroissement pur et simple (Lejars). Cohn, sur 658 cas de Schröder, a trouvé 100 fois la dégénérescence maligne. Léopold, Schülze, Poupinel évaluent la fréquence de cette dégénérescence de 22 à 27 p. 100 des cas. Enfin, un certain nombre des complications que nous avons étudiées peuvent être assez soudaines et rapidement mortelles pour ne pas laisser la faculté d'intervenir utilement.

*Diagnostic.* — Le diagnostic comporte plusieurs questions à résoudre : celle de l'existence de la tumeur, de son siège ovarien, de sa nature, de ses complications, et, pour y parvenir, il est souvent indispensable d'user de tous les moyens d'investigation que nous avons énumérés. En effet, l'importance des caractères physiques de la tumeur l'emporte, ici, de beaucoup sur celle des troubles fonctionnels. Le premier point à établir, c'est la réalité même d'une tumeur.

L'*adiposité* excessive qui envahit parfois les parois abdominales et les troubles menstruels qui s'observent au moment de la ménopause ont pu en imposer pour un néoplasme.

Dans quelques cas, le *tympanisme*, joint à la contracture des muscles pariétaux, simule le kyste de l'ovaire, y compris sa matité