

hémorragies qui se produisent dans la cavité kystique ; leur surface interne, lisse, est tapissée d'une couche unique de cellules polygonales.

Une forme de tumeur certainement beaucoup plus importante au point de vue clinique, ce sont les **kystes dermoïdes**. Ces tumeurs kystiques peuvent ne présenter que l'une ou l'autre des parties constituantes de la peau. Leur contenu mou, analogue à du beurre, est alors renfermé dans un sac dont la surface interne est tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié ; on y trouve des cheveux plus ou moins nombreux et plus ou moins longs, tandis que les follicules pileux et les glandes sébacées ont disparu par atrophie. Dans d'autres cas, les cheveux sont véritablement implantés dans la paroi du kyste, et l'on y trouve des glandes sébacées et sudoripares bien développées. Mais souvent ces tumeurs renferment non-seulement des formations épithéliales, mais encore des éléments correspondant au chorion et au tissu adipeux sous-cutané, ou bien des dents et des os, et même des nerfs et du tissu musculaire.

Les dents surtout sont fréquentes, et elles siègent tantôt dans de larges nodosités aplaties, tantôt dans la couche cutanée. Les os ne présentent aucune analogie bien marquée avec des parties du squelette normal.

Les divers tissus qui composent les kystes dermoïdes ne présentent ni la même forme, ni le même arrangement que dans un fœtus, et l'on ne peut admettre qu'ils reconnaissent comme cause le développement d'un germe fœtal. Il est probable que la formation de ces kystes est en relation avec le *cordon axile* qui, d'après HIS, marque le début du développement de l'embryon, et est constitué par un amas de cellules au niveau duquel les feuillets du blastoderme ne peuvent pas encore être différenciés, et sont représentés par une masse continue, premier vestige de l'embryon (WALDEYER). L'inclusion d'une portion de cet amas embryonnaire dans l'appareil génital explique de la façon la plus simple le développement ultérieur d'un kyste dermoïde.

Le plus souvent les kystes dermoïdes ne se développent un peu rapidement qu'au moment de la menstruation. Contrairement aux adénomes, ils sont caractérisés par l'apparition hâtive de symptômes d'irritation, et d'adhérences inflammatoires consécutives avec les différents organes et les parois de la cavité abdominale. Assez souvent ces phénomènes d'inflammation déterminent la suppuration et la perforation du kyste et l'écoulement de son contenu dans la cavité péritonéale, la vessie, l'intestin, le vagin, ou à travers les parois abdominales etc. Dans les cas favorables il en résulte alors une **fistule dermoïde**, tandis que dans les cas malheureux de perforation dans la cavité péritonéale ou vésicale, on voit survenir ultérieurement des symptômes de péritonite, de corps étrangers de la vessie, etc. Rappelons encore pour terminer, que l'on observe quelquefois entre les feuillets des ligaments larges des kystes provenant du parovaire et pouvant acquérir des dimensions assez grandes pour avoir une certaine importance au point de vue opératoire. Ces kystes ont aussi un contenu colloïde. (Dans un cas de SPIEGELBERG le liquide kystique contenait de la paralbumine.)

§ 42. — Les phénomènes que présentent les femmes affectées de tumeurs de l'ovaire sont de nature très différente. Quelquefois on observe des tumeurs très volumineuses s'accroissant lentement sans avoir jamais donné lieu jusque là à des symptômes subjectifs de quelque importance.

Dans d'autres cas, par contre, on voit survenir déjà de bonne heure des signes de compression des organes du bassin, de la vessie, du rectum, de l'utérus et des nerfs qui passent par la cavité pelvienne. Les troubles de la menstruation sont loin d'être constants, et la conception a même été possible dans un grand nombre de cas. Il n'est pas rare de voir une femme accoucher d'un enfant viable alors qu'elle est affectée d'une tumeur volumineuse de l'ovaire, et l'on peut même être appelé à intervenir par une opération dans le cours de la grossesse, dans le but d'assurer la continuation de cette dernière. Pendant un certain temps tous les symptômes de compression peuvent disparaître complètement lorsque la tumeur augmentant de volume, sort du bassin et s'élève dans la cavité abdominale, mais dans la suite la malade accuse une sensation pénible de pesanteur dans le ventre, et présente des phénomènes de compression de l'intestin et de la vessie. Dans les cas de tumeurs volumineuses on voit surtout se produire avec une certaine régularité des troubles fonctionnels du côté du tube gastro-intestinal ; la digestion est entravée et les évacuations alvines ne se font qu'avec d'extrêmes difficultés. D'autre part, l'augmentation rapide du contenu des tumeurs kystiques enlève à la nutrition des quantités très notables de substances azotées. Un amaigrissement considérable de la malade et des symptômes d'anémie ou de chlorose en sont la conséquence inévitable à une période avancée. Divers auteurs ont admis que la chlorose était antérieure à la tumeur et jouait un rôle étiologique dans la production de cette dernière, mais ce n'est encore qu'une hypothèse. Le plus souvent, grâce à l'augmentation considérable de la pression exercée sur les reins, on observe une diminution de la sécrétion urinaire ; les malades ne rendent plus que de 300 à 400 centim. cubes d'une urine très concentrée. Une pression exercée sur les deux uretères peut déterminer une rétention complète d'urine.

A cette période on voit survenir également des phénomènes de compression des poumons et des vaisseaux. La respiration devient de plus en plus difficile, le liquide de l'ascite prend place dans la cavité péritonéale à côté de la tumeur de l'ovaire, tandis que l'ectasie des veines de la paroi abdominale et l'œdème des extrémités inférieures annoncent une gêne de la circulation veineuse. La malade peut succomber à la suite des troubles de nutrition et de circulation et de l'obstacle apporté à l'échange des gaz dans les poumons, et la mort survient alors le plus souvent au milieu des symptômes de l'œdème pulmonaire.

Une série d'accidents peut venir interrompre cette marche en quelque sorte typique des kystes de l'ovaire. Nous voulons insister sur quelques uns d'entre-eux, que nous avons, du reste, déjà signalés dans nos remarques anatomo-pathologiques.

Tout d'abord le kyste peut devenir le siège de **processus inflammatoires** qui éclatent, le plus souvent, à la suite d'une ponction. Le sac se remplit d'un liquide purulent ou putride, et la malade est emportée

par la fièvre de résorption qui en est la conséquence; cependant on a réussi plusieurs fois à mettre fin à cette fièvre par l'extirpation de la tumeur (FREUND entre autres). Mais le plus souvent l'inflammation du kyste est suivie d'une péritonite diffuse qui entraîne une terminaison fatale. L'évolution de la tumeur peut se trouver subitement modifiée par la rupture de ses parois qui survient quelquefois spontanément ou à la suite d'un traumatisme. Lorsque la perforation se fait dans la cavité péritonéale, elle peut-être suivie d'une péritonite aiguë mortelle. Cependant ce mode de terminaison n'est point la conséquence nécessaire de la rupture du kyste, car parfois la guérison s'opère à la suite de la résorption de son contenu. Dans d'autres cas l'ouverture du kyste se referme et le liquide épanché se résorbe, mais une nouvelle rupture se produit plus tard. Enfin il peut s'établir une fistule kysto-péritonéale de longue durée; cependant cet état ne peut généralement persister longtemps sans avoir des conséquences graves, sans provoquer des processus inflammatoires dans la cavité abdominale (BRISTOWNE).

Toutes les perforations signalées plus haut, qui se produisent dans l'intestin, la vessie, le vagin ou à l'extérieur à travers les parois abdominales, peuvent se refermer après l'évacuation du kyste. Plus souvent elles sont suivies de la transformation en pus de la partie non évacuée du contenu de la tumeur, ou d'une fièvre septique mortelle due à la décomposition putride du liquide etc.

Un accident extrêmement rare dans l'évolution des kystes de l'ovaire, c'est l'hémorragie intra-kystique. Une anémie subite survenant chez une femme affectée d'un kyste ovarique doit-être considérée comme un symptôme de cet accident, et dans plusieurs cas le diagnostic a pu être posé d'une façon certaine (SPENCER WELLS); l'extirpation immédiate du kyste dans ces conditions sauva même une fois l'existence de la malade (WETTSHIRE).

L'hémorragie peut se produire à la suite d'une torsion du pédicule autour de son axe. Cet accident sur lequel ROKITANSKY attira le premier l'attention, peut cependant aussi provoquer des symptômes d'inflammation aiguë et de suppuration; d'autre part, une partie des cas de guérison spontanée s'expliquent par le défaut de nutrition dû à la torsion du pédicule et l'atrophie de la tumeur qui en est la conséquence; la compression des vaisseaux qui se produit au niveau du pédicule, entraîne dans le kyste des troubles de nutrition qui se terminent par la dégénérescence graisseuse et la calcification de ses parois, ainsi que par l'épaississement de son contenu<sup>1</sup>.

Ce sont précisément ces derniers processus qui, dans quelques rares cas, ont comme conséquence la guérison spontanée de la tumeur.

1. Voir au sujet de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire l'excellent travail publié par le Dr TERRILLON dans la *Revue de chirurgie* (avril 1887).

(Note du traducteur).

Les kystes de l'ovaire sont sans doute, en partie du moins, déjà préformés dans le germe, et, par conséquent, d'origine congénitale; aussi voit-on ces tumeurs se développer quelquefois chez des individus très jeunes, bien que le plus grand nombre d'entre elles surviennent dans le cours de la vie sexuelle de la femme. Par contre le *carcinome* appartient plutôt à la seconde moitié de la vie, et il est caractérisé cliniquement par sa marche rapide et par des symptômes d'anémie et de cachexie qui se montrent plutôt que dans les kystes. De plus, on observe alors de bonne heure des œdèmes et une tuméfaction des ganglions lymphatiques dans les régions lombaire et hypogastrique. Le carcinome offre, en outre, comme particularité une tendance aux métastases et aux récidives locales, tendance que présente également, mais à un degré moindre, l'adéno-sarcome de l'ovaire.

Nous avons déjà signalé plus haut la marche particulière du *papillome* de l'ovaire dans les cas où cette tumeur perfore la paroi d'un kyste et envoie des masses papillaires qui prolifèrent librement dans la cavité abdominale. Le diagnostic de ces tumeurs est souvent assez difficile, alors même que la cavité péritonéale n'est pas remplie de liquide. Dans le petit bassin se forment des tumeurs dures, bosselées, s'accroissant lentement, recouvrant les ovaires, l'utérus et la vessie, organes avec lesquels elles se soudent intimement; l'utérus devient immobile et, le plus souvent, l'intestin lui-même est enveloppé et fixé par le néoplasme. En règle générale, l'accroissement de ces papillomes n'est pas très rapide, mais la cavité abdominale ne tarde pas à se remplir de liquide, et souvent ce n'est que par des ponctions répétées que l'on parvient à prolonger l'existence de la malade. Des troubles fonctionnels du côté de la vessie et du rectum accompagnent assez fréquemment le développement du papillome.

Les kystes parovariques sont, en général, remplis d'un liquide clair, aqueux, d'un poids spécifique peu élevé. Parfois aussi le contenu en est brunâtre ou sanguinolent. Le plus souvent, la paroi du kyste est très mince. Tantôt la tumeur est plus ou moins pédiculée, et le pédicule s'insère alors sur l'ovaire ou à côté de cet organe, tantôt elle est située sous le péritoine, d'où l'on est obligé de l'énucléer; il reste alors un sac vide après l'opération. Lorsque le kyste est dépourvu de pédicule, ce qui est la règle, il occupe très nettement un côté de l'abdomen, et suivant que dans le ligament large il se développe surtout dans la direction de l'os iliaque ou de la paroi antérieure de l'abdomen, il peut être pris soit pour une tumeur du bassin complètement immobile et fluctuante, soit pour une tumeur des parois abdominales. Le kyste a la tendance à refouler l'utérus soit latéralement, soit en arrière ou en avant, soit enfin de bas en haut. Dans l'espace de Douglas on ne constate pas de tumeur, mais latéralement on sent une masse peu résistante, élastique. La trompe forme une sorte de pédicule s'insérant tantôt à la face postéro-inférieure, tantôt à la face supérieure de la tumeur.