

Mais ces développements excessifs sont relativement rares; ordinairement ils ne dépassent pas beaucoup le volume d'une grosseur à terme.

Ils ont, le plus souvent, la forme d'un ovoïde à petite extrémité inférieure. Cependant, dans bien des cas, leur forme est irrégulière, et l'ovoïde est parsemé de bosselures plus ou moins développées, et qui semblent parfois des tumeurs secondaires ajoutées au néoplasme primitif.

Leur coloration est blanc bleuâtre d'ordinaire; mais peut varier beaucoup suivant l'épaisseur des parois et la couleur du liquide contenu.

Leur surface extérieure est lisse, polie et brillante. Quelquefois elle est parsemée de petites villosités, de véritables végétations plus ou moins développées, grisâtres, blanchâtres, presque transparentes, gélatineuses. D'autres fois elles sont foncées, rougeâtres et très vascularisées.

Tout kyste de l'ovaire paraît, d'après Quenu, constitué par trois éléments, un grand kyste, un nombre variable de kystes secondaires, une masse aréolaire plus ou moins développée. Ce sont les diverses proportions que présentent entre eux ces éléments qui donnent les variétés décrites plus haut: multiloculaires, pauciloculaires ou aréolaires. On peut trouver tous les intermédiaires entre les kystes presque véritablement uniloculaires, dans lesquels les poches secondaires sont réduites au minimum et la masse aréolaire fait complètement défaut, et les véritables kystes aréolaires de Cruveilhier où la tumeur entière paraît constituée par une masse solide creusée d'un nombre considérable de petites cavités kystiques secondaires, se multipliant, pour ainsi dire, à l'infini.

Cependant on ne trouve guère que dans certains kystes uniloculaires des cavités, parfois assez grandes, séparées par des cloisons incomplètes, perforées le plus souvent à leur centre, ou n'existant plus qu'à l'état de vestiges.

Il est démontré aujourd'hui que ces cloisons incomplètes sont les restes d'anciennes cloisons complètes en voie d'atrophie; elles servent à montrer la tendance qu'ont ces kystes à devenir uniloculaires, de multiloculaires qu'ils étaient à leur début. On a aussi démontré que certains kystes en voie de développement voient se développer dans leur paroi des kystes secondaires qui, par leur accroissement, tendent à créer des kystes multiloculaires.

La paroi interne de ces kystes est souvent lisse et unie comme la paroi externe: souvent aussi elle est parsemée de végétations secondaires en forme de papillomes, de choux-fleurs, analogues à celles que nous avons signalées sur la surface externe.

La structure des kystes est la suivante. Leur paroi est de nature fibreuse, sa surface extérieure, et surtout sa face interne, sont recou-

vertes d'épithéliums différents et très utiles à connaître. La paroi fibreuse elle-même se divise en deux couches: une couche interne et une externe. La couche externe est presque uniquement composée de fibres conjonctives et contient très peu de cellules. La couche interne est, au contraire, très riche en cellules, contient de nombreux vaisseaux et même des fibres élastiques. Dans les kystes multiloculaires, il existe souvent une couche moyenne conjonctive et très vasculaire. Les vaisseaux occupent ordinairement la partie moyenne de la paroi. Les artères affectent souvent la disposition hélicine des vaisseaux ovariens normaux. Elles donnent naissance à des artérioles qui se ramifient en un réseau capillaire, lequel se place sous l'épithélium cavitaire. Les veines sont toujours plus considérables que les artères et peuvent dans certains cas atteindre un très gros volume. On trouve souvent aussi un réseau veineux spécial dans la couche externe de la paroi. Enfin, Malassez et Sinety ont injecté un autre système vasculaire qu'ils pensent être formé par des lymphatiques.

L'épithélium qui tapisse la face externe des kystes est formé par une couche de cellules cubiques, différentes de l'épithélium pavimenteux péritonéal.

L'épithélium cavitaire est un épithélium cylindrique; il repose sur un endothélium sous-épithélial (Malassez et Sinety). D'ailleurs, dans un même kyste, on peut trouver les formes les plus variées de cellules épithéliales, soit normales, soit déformées, des cellules caliciformes en grand nombre et qui paraissent jouer un rôle important dans la production du liquide, enfin des cellules anormales dérivées des types normaux des cellules cylindriques ou des cellules glandulaires et qui, pour cette raison, ont été dénommées épithéliums métatypiques. Ces cellules métatypiques sont irrégulières, épaisses, de forme variable, ont un ou plusieurs noyaux et paraissent être des éléments en voie de prolifération aboutissant à un développement incomplet. Dans l'épaisseur des parois fibreuses, on trouve par place des formations tubulaires d'épithélium, qui s'enfoncent dans le tissu même de ces parois et peuvent, là, donner naissance à des cavités kystiques nouvelles; d'autres fois au contraire ces formations tubulaires pénètrent dans les végétations qui tapissent la face interne des kystes. On peut les comparer, comme forme, aux glandes de l'intestin. Dans les deux cas, il s'agit d'un élément en voie de prolifération.

A côté de ces formations tubulaires, on peut voir aussi, dans certains cas, se produire dans le stroma fibreux, des bourgeons épithéliaux pleins formés comme les précédents mais composés par des cellules métatypiques, qui donnent à la tumeur les caractères histologiques du carcinome.

Ces faits semblent constituer une différence marquée avec les cas ordinaires. Ce sont de véritables épithéliomas infectants, malins, qui

paraissent, cliniquement au moins, différer tout à fait des kystes de l'ovaire ordinaires. Ils ont été décrits en Allemagne sous le nom de dégénérescences cancéreuses ; ils se comportent comme des tumeurs malignes et sont susceptibles de généralisation.

Dans d'autres cas, au contraire, la prolifération, au lieu de porter sur l'élément épithélial, n'atteint que l'élément conjonctif. Il se forme alors une masse plus ou moins considérable de tissu conjonctif, embryonnaire ou adulte, qui produit de véritables végétations intra et même extra-kystiques dont nous avons déjà parlé. Ces végétations peuvent aller jusqu'à oblitérer plus ou moins complètement certaines cavités kystiques. D'autres fois, il se produit, sur un point quelconque de la tumeur, de véritables masses fibreuses plus ou moins volumineuses. Ces végétations sont susceptibles de subir la dégénérescence colloïde (Poupinel).

Le liquide contenu dans les kystes est très variable. Il provient de la sécrétion épithéliale, de la dégénérescence des épithéliums, de la transsudation du sérum et des hémorragies qui peuvent se faire dans les cavités kystiques (Segond). De couleur très variable, transparent jaunâtre, d'habitude, il peut aussi être tout à fait jaune verdâtre d'aspect purulent, ou bien plus ou moins foncé, brun, noirâtre, rougeâtre, suivant qu'il est plus ou moins mélangé de sang. Sa consistance est aussi très inégale. Tantôt séreux, aqueux, il peut être aussi huileux, gélatineux, colloïde même et offre tous les intermédiaires entre le sérum et la gélatine pure. Il n'est pas le même dans toutes les cavités d'un même kyste, tantôt il est clair et limpide sur un point, tantôt louche et très épais sur une autre partie de la même tumeur.

Son abondance est très variable, et ordinairement proportionnelle au volume de la tumeur. On a trouvé souvent 30, 40, 60 litres et même plus dans un kyste ovarique. En outre, ce liquide se reproduit avec la plus grande facilité, ainsi qu'on peut l'observer chez les malades traitées par des ponctions, et qui remplissent très vite, en quelques jours, la cavité qui a été évacuée.

Le microscope a permis de reconnaître dans ce liquide certains éléments figurés : des cellules épithéliales, plus ou moins bien conservées, ou en dégénérescence granulo-graisseuse, des leucocytes, des hématies, etc., ainsi que des cristaux de cholestérine et des granulations réfringentes. Malassez et Sinety y ont aussi observé des cellules géantes multinucléées à double contour et des corps hyalins. Enfin Drysdale, de Philadelphie, a décrit dans le liquide de certains kystes une cellule ronde spéciale, mince et transparente, sans noyaux. Cette cellule ne serait, d'après Garrigues, que le noyau d'une cellule épithéliale en dégénérescence grasseuse (Segond).

Au point de vue chimique, les liquides des kystes de l'ovaire contiennent des substances protéiques, des sels, de la graisse en quantité

variable, exceptionnellement du sucre et de l'urée. De plus, ils renferment de la paralbumine que l'on a considérée comme un élément pathogénomique et qui, d'après de Sinety, peut aussi se rencontrer ailleurs.

La pathogénie des kystes épithéliaux de l'ovaire n'est pas encore complètement connue. Cependant, depuis les travaux de Malassez et de Sinety, nous savons qu'ils sont dus à une involution épithéliale. L'élément de cette involution serait pour les uns (Waldeyer) l'épithélium du follicule de Graaf, pour d'autres (Malassez et de Sinety) l'épithélium germinatif. D'un autre côté, Quénu ayant fait remarquer que l'épithélium des follicules de Graaf dérivant de l'épithélium germinatif, l'origine de ces kystes peut être ramenée à un même élément. Cet épithélium, quoi qu'il en soit, donne naissance à une formation tubulaire qui pénètre et s'invagine dans le stroma ovarien. On admet alors, sans savoir au juste pour quelle raison, que ce tube épithélial s'oblitére à son orifice, soit par un bouchon gélatineux, soit grâce à des débris épithéliaux, et que la sécrétion continuant, le liquide ainsi retenu s'enkyste, et le kyste primitif est formé.

Le kyste primitif ainsi constitué, les kystes secondaires se produisent de la même façon, par involution épithéliale, dans l'épaisseur de leur paroi, ou dans l'épaisseur des végétations qui peuvent se former sur leur face interne. Ce mode de formation permet de comprendre l'aspect si varié des cysto-épithéliomes, la production si multipliée des poches secondaires, etc. Comme le dit Quénu, toutes ces formations solides, aréolaires, kystiques, « se trouvent ramenées à un travail extrêmement simple d'involution épithéliale. »

Mais à côté de cette prolifération, la tumeur ovarienne s'accroît aussi par distension. L'épithélium, non seulement prolifère, mais sécrète du liquide et cela en quantité considérable. A mesure que les cavités s'emplissent et se distendent, les cloisons s'amoindrissent, s'atrophient, disparaissent, les cavités les plus voisines se réunissent, se fusionnent, les kystes, d'abord très multipliés, se simplifient et deviennent peu à peu pauciloculaires et même uniloculaires. Des hasards de ces formations et de ces fusions dérivent toutes les variétés si multipliées.

Enfin, les cysto-épithéliomes une fois constitués sont susceptibles de subir certaines altérations, telles que l'incrustation calcaire et la dégénérescence grasseuse de leurs parois.

B. *Hydropisies folliculaires*. — On désigne sous ce nom de petites formations kystiques, qui ne dépassent guère le volume d'une noix, et qui sont dues, ainsi que leur nom l'indique, à l'hydropisie du follicule de Graaf. Pouvant exister chez le nouveau-né, se trouvant aussi sur les femmes adultes, ils gardent toujours leur petit volume et sont ordinairement méconnus pendant la vie. Leur contenu ressemble au sérum du sang et on trouve toujours dans leur intérieur un ovule, dont la pré-

sence sert à les caractériser. C'est peut-être là une des dégénérescences kystiques de l'ovaire qui se rencontrent si souvent dans le cours des salpingites.

C. *Kystes hématiques*. — Les kystes hématiques sont le résultat d'épanchements de sang qui se produisent, soit dans un follicule de Graaf, soit dans le stroma ovarien. Ils sont analogues aux petits kystes qui proviennent soit du corps jaune, soit du ramollissement du stroma ovarien. Ils n'ont qu'un intérêt anatomique, et, pas plus que les hydropisies folliculaires, ils ne peuvent donner naissance aux grands kystes de l'ovaire comme l'avaient cru autrefois Cruveilhier, Rindfleisch, etc. Le fait est aujourd'hui démontré.

D. *Kystes hydatiques*. — Quelques observations démontrent aussi, d'une façon absolue, qu'il peut se former dans l'ovaire, comme dans d'autres organes, de véritables kystes hydatiques. Quand ils existent, ils ont ici, comme ailleurs, leurs caractères ordinaires; mais ces faits sont si rares que nous nous bornerons à enregistrer leur existence sans les décrire plus amplement.

E. *Kystes dermoïdes*. — Les kystes dermoïdes paraissent moins fréquents que les cysto-épithéliomes. Ils siègent plus souvent à droite qu'à gauche.

Leur volume est très variable. Ils sont d'ordinaire moins volumineux que les kystes épithéliaux : cependant ils peuvent devenir aussi très considérables, on en a vu qui contenaient jusqu'à 20 litres de liquide. D'habitude uniloculaires, ils peuvent aussi présenter plusieurs loges, et celles-ci peuvent avoir une structure différente.

Leur surface interne a souvent l'aspect d'une muqueuse, quelquefois même celui de la peau. Lisse dans certains cas, tomenteuse dans d'autres, elle peut aussi être plissée et chagrinée comme la peau macérée. La paroi n'a pas toujours une épaisseur égale : elle est épaissie par places, parfois même calcaire. C'est surtout au niveau des parties épaisses que l'on rencontre des glandes, des papilles, des poils, etc.

Ils contiennent une substance demi-liquide, tantôt homogène, tantôt granuleuse, de nature sébacée, presque caséuse. On l'a comparée, suivant les cas, à du miel, du beurre, de la cire, de la graisse, quelquefois même à de l'huile. On y trouve aussi des poils, des dents, des fragments osseux. Les poils libres ou implantés sur la paroi sont souvent lisses, flexibles, soyeux, enroulés sous forme de boucles, ou enchevêtrés, de manière à former des boules d'un feutrage épais. On y a exceptionnellement rencontré des ongles. Les dents, tantôt libres, tantôt fixées à la paroi, sont implantées sur des fragments osseux, informes et rudimentaires. Elles sont plus ou moins rudimentaires elles-mêmes, conoïdes et irrégulières, de structure normale.

La structure des parois des kystes dermoïdes rappelle celles de la peau. Elles sont formées par un derme fibreux pouvant contenir des

fibres élastiques et des fibres musculaires lisses, des vaisseaux et même des tubes nerveux. On y voit souvent des papilles, des glandes sudoripares, exceptionnellement des glandes sébacées.

L'épithélium ressemble souvent à l'épiderme, mais on y rencontre aussi de l'épithélium vibratile. On trouve souvent, dans l'épaisseur de la paroi, des pièces osseuses, irrégulières et informes, parfois même des noyaux cartilagineux. Les fibres musculaires lisses y sont fréquentes, mais les fibres striées rares.

La pathogénie de ces productions dermoïdes est aujourd'hui assez bien connue. Leur origine congénitale est parfaitement démontrée. La théorie ancienne de la diplogénèse par inclusion (Geoffroy Saint-Hilaire), et celle de l'hétérotopie plastique (Lebert), sont aujourd'hui complètement abandonnées. Tout le monde se rattache à la théorie de l'enclavement, émise pour la première fois par Verneuil, et si bien étudiée par Lannelongue. Ce dernier auteur, pour expliquer la composition si complexe des kystes dermoïdes ovariens, a cru devoir ajouter, à l'inclusion des éléments du feuillet corné dans les éléments du corps de Wolf, l'entraînement de certaines autres parties de l'embryon. Mais c'est là une hypothèse plausible pour certains cas. Enfin, dans les faits les plus compliqués, il est difficile de repousser complètement l'idée de l'inclusion fœtale. D'un autre côté, il ne semble plus aujourd'hui que l'opinion de Waldeyer, accordant à l'épithélium germinatif la possibilité de créer entièrement les kystes dermoïdes, puisse être conservée, car si elle était uniquement vraie pour l'ovaire, on ne comprendrait pas qu'il puisse exister sur d'autres régions, au sourcil par exemple, de véritables kystes dermoïdes.

Quelle que soit la nature des diverses productions kystiques de l'ovaire, nous devons étudier leurs connexions et leurs rapports avec les autres organes de la région, ainsi que les accidents qu'ils peuvent subir.

Les kystes de l'ovaire sont reliés au reste de l'appareil génital par un pédicule, tantôt grêle et mince, tantôt, au contraire, épais, charnu et très vasculaire. Dans ce dernier cas, le pédicule est court et réduit à quelques centimètres, tandis que lorsqu'il est mince il est en général assez allongé. Le pédicule est formé aux dépens du ligament utéro-ovarien, de la trompe et du ligament large. Il contient des vaisseaux artériels et veineux qui sont l'origine de tout l'appareil vasculaire du kyste. Les artères ne sont ordinairement pas très volumineuses, mais les veines peuvent être très considérables. La trompe qui s'applique sur la tumeur est le plus souvent allongée et hypertrophiée. Les franges du pavillon peuvent s'hypertrophier ou s'agglutiner, et dans ce dernier cas, souvent, un kyste tubaire accompagne le kyste ovarique. C'est au voisinage de ce pédicule que l'on rencontre les vestiges de l'ovaire, quand ils existent encore.

Dans un certain nombre de faits, les kystes, en se développant, s'in-

introduisent entre les deux lames du ligament large, dans lequel ils restent inclus. Ils n'ont plus alors de pédicule isolable. Souvent alors, la portion enclavée des kystes contracte, ainsi que l'a démontré Terrillon qui les a bien étudiés, des adhérences vasculaires avec les tissus voisins qui peuvent former un véritable pédicule. De plus, le kyste ainsi enclavé peut refouler la vessie et l'utérus, ou bien, alors qu'il se développe vers l'abdomen, les entraîner à sa suite s'ils lui sont devenus adhérents. Fréquemment aussi, dans ce cas, l'uretère peut être adhérent à la paroi kystique, et facilement blessé dans l'ovariotomie.

Le kyste de l'ovaire, qui prend naissance dans la cavité pelvienne, arrive rapidement à envahir la cavité abdominale, dont il occupe une étendue plus ou moins grande suivant son volume. Il est ordinairement en rapport immédiat avec la paroi abdominale antérieure, dont il n'est séparé que par l'épiploon, qui souvent même est refoulé en haut.

Au début du développement du kyste ovarique, la tumeur vient d'ordinaire se placer sur les côtés et en arrière de l'utérus, qui peut être entraîné et rétrofléchi. Puis, à mesure qu'en se développant elle sort du bassin, l'utérus est entraîné en haut, et le col est plus ou moins attiré au voisinage du pubis. Le corps utérin, souvent dévié un peu latéralement, vient se mettre en rapport avec la paroi abdominale. Quelquefois, en outre de ces déplacements, les kystes ovariques occasionnent un allongement hypertrophique de l'utérus.

Dans certains cas, en dehors des kystes enclavés dans le ligament large, la vessie peut être refoulée, ou bien au contraire allongée, attirée par des adhérences. Quant à l'intestin, il est ordinairement repoussé en haut et en arrière par le kyste, qui reste en contact avec la paroi abdominale. Cependant, exceptionnellement, on a pu voir une anse intestinale passer au devant du kyste. Ainsi, dans l'observation de Bitourel citée par Quénu, le côlon transverse était entre le kyste et la paroi (Segond). D'autres fois, les kystes ont pu occasionner des accidents d'obstruction intestinale, soit par compression directe, soit par l'intermédiaire de brides et d'adhérences étranglant le tube intestinal.

A côté de ces rapports, les kystes peuvent entraîner la formation d'adhérences inflammatoires, ou même donner lieu à la production d'ascite. Enfin, ils éprouvent certains accidents (inflammation, hémorragie et rupture du kyste, torsion et rupture du pédicule), qui comportent des lésions anatomiques spéciales.

Les adhérences par péritonite adhésive sont très fréquentes dans les kystes de l'ovaire. Elles ne peuvent se produire que lorsque, sous l'influence d'inflammation ou de frottements répétés, l'épithélium cubique qui revêt leur surface extérieure est détruit. Elles sont, par ordre de fréquence, pariétales, épiploïques, intestinales (Segond). Les adhérences pariétales, ordinairement molles et peu vasculaires, sont parfois très intimes. Les adhérences intestinales offrent les mêmes variétés, mais

elles sont très vasculaires, et parfois il sera préférable, dans l'ovariotomie, de réséquer et d'abandonner la portion de la paroi adhérente à l'intestin, que de poursuivre jusqu'au bout une dissection trop dangereuse. Les adhérences pelviennes peuvent quelquefois être un obstacle à l'opération.

L'ascite n'est pas une complication très fréquente des kystes de l'ovaire. Lorsqu'elle est légère, elle est négligeable; quand elle est considérable, ce qui est moins fréquent, elle indique un kyste multiloculaire végétant, ou une tumeur maligne. D'ordinaire, cette ascite symptomatique a des caractères particuliers. Le liquide est plus visqueux, et renferme une proportion considérable de matériaux fixes. Cette particularité n'aurait, pour certains auteurs, qu'une valeur relative (Sebileau). Le liquide peut être d'autres fois sanguinolent, ou encore véritablement colloïde: dans ce dernier cas cette consistance serait due, d'après Quénu, « à l'épanchement continu, dans le péritoine, de la substance colloïde produite par les végétations, ou peut être produite, dans certains kystes sans végétation, par une surface externe riche en productions tubulaires. Cette substance colloïde provoquerait des phénomènes d'osmose du côté du péritoine; de là un épanchement liquide péritonéal s'accroissant sans cesse ». Pour Sebileau le liquide proviendrait de la rupture du kyste, ou de la sécrétion des végétations externes.

Enfin on a décrit, dans ces ascites, certains éléments figurés. On y a trouvé l'élément cellulaire que nous avons déjà décrit sous le nom de cellule de Drysdale, et des cellules grandes, pyriformes, rondes ou ovales, à contenu graisseux, avec plusieurs noyaux ou nucléoles clairs et transparents. Ces cellules, trouvées par Thornton et Foulis d'Édimbourg, étaient regardées par eux comme pathognomoniques de la présence du kyste ovarique. Jusqu'à présent, ces éléments n'ont pas encore une valeur beaucoup mieux établie que celle de la cellule de Drysdale. Quelquefois aussi, l'ascite peut être simple, franchement inflammatoire, et sans caractères spéciaux.

L'inflammation des kystes de l'ovaire, tantôt spontanée, tantôt consécutive à un traumatisme, parfois même à une simple ponction exploratrice, peut quelquefois se borner à produire quelques adhérences. D'autres fois, elle cause la suppuration du kyste. Dans ce cas, des flocons purulents se mélangent au liquide kystique, et leur résorption peut donner lieu à une septicémie. L'hémorragie intra-kystique, quand elle est lente et peu abondante, passe quelquefois inaperçue. Mais quand elle est très abondante, elle peut entraîner des accidents graves, et même devenir mortelle. Souvent alors, elle est consécutive à la torsion du pédicule.

La rupture du kyste peut être occasionnée par des chutes, des traumatismes ou même des efforts, pendant l'accouchement, par exemple. Dans les cas de parois très minces, on l'a vu se produire durant un

simple examen chirurgical. La perforation s'accompagne de l'épanchement du liquide dans le péritoine, ou dans un viscère adhérent au kyste, intestin, vessie, vagin, etc. Parfois même, dans les cas de déchirure au niveau d'une adhérence pariétale, la paroi abdominale cède, et le liquide s'écoule au dehors.

La torsion et la rupture du pédicule constituent les accidents des plus graves des kystes de l'ovaire. [La [première est caractérisée par la rotation du pédicule autour de son axe, qui peut offrir tous les degrés de torsion, depuis un demi jusqu'à cinq et six tours (Segond). Elle s'observe surtout sur les kystes peu volumineux, très pesants, et à pédicule long et mince.

Les causes en paraissent multiples : d'abord des mouvements brusques accidentels, des tractions exercées pendant les mouvements par des adhérences solides. Le développement irrégulier de la tumeur peut aussi déplacer son centre de gravité, et la faire tourner sur son axe. Enfin, la torsion est aussi due à la propulsion exercée par une autre tumeur se développant à côté du kyste (tumeur de l'autre ovaire, grossesse, etc.).

La torsion s'observerait plus souvent à droite qu'à gauche, et surtout de dedans en dehors. La trompe, l'utérus, l'intestin peuvent être entraînés dans ce mouvement. Les désordres sont consécutifs aux troubles circulatoires causés par l'enroulement des vaisseaux du pédicule. Les veines sont d'abord comprimées, d'où par suppression de la circulation de retour, congestion intense et hémorrhagies souvent mortelles. Si la torsion continue, les artères peuvent s'oblitérer à leur tour, et entraîner un sphacèle des parois kystiques, ou bien même une rupture du pédicule. Dans les cas de torsion brusque, les phénomènes sont toujours très graves ; si, au contraire, l'accident se produit lentement, les accidents qui peuvent quelquefois aussi être graves se bornent le plus souvent à de l'inflammation avec production d'adhérences, dont les vaisseaux pourrissent, plus tard, fournir au kyste un aliment de nutrition suffisant. Enfin, la rupture du pédicule peut aussi se produire par traction, soit à la suite d'un tiraillement par des adhérences, ou d'un changement brusque dans la position de la tumeur. Le kyste ainsi séparé de son pédicule se sphacèle ou s'atrophie ; quelquefois, il continue à évoluer, si sa nutrition est assurée par des adhérences suffisamment vasculaires.

Les causes des kystes de l'ovaire nous sont encore complètement inconnues. Ils sont plus fréquents dans la période d'activité sexuelle de la femme, entre vingt et quarante ans (Terrier), entre trente et quarante-cinq ans (Bouilly). On peut même en observer après la ménopause.

Les kystes dermoïdes qui sont d'origine congénitale se montrent surtout dans l'enfance et dans la jeunesse.

Les kystes de l'ovaire s'observent aussi bien chez les vierges que chez les femmes, chez celles qui ont eu des enfants comme chez les stériles.

L'importance de l'anémie préexistante (Scanzoni), des excitations génésiques anormales (Boinet), des affections utérines antérieures, est tout à fait hypothétique.

Pendant leur première période, c'est-à-dire tant qu'ils sont renfermés dans la cavité pelvienne, les kystes de l'ovaire sont ordinairement méconnus. Ils donnent naissance à certaines douleurs vagues dans le bas-ventre et les membres inférieurs, à quelques troubles menstruels, à de la constipation, à des troubles urinaires, résultats de compression viscérale. Tous ces phénomènes vagues et irréguliers n'ont rien de bien caractéristique. C'est par hasard que l'examen direct peut faire reconnaître une tumeur lisse, arrondie, située sur les côtés de l'utérus qu'elle repousse, tumeur peu résistante, rénitente et mobile. Souvent même, la constatation de ces signes ne permet qu'un diagnostic de présomption en faveur du kyste ovarique.

A mesure que le kyste se développe et qu'il envahit l'abdomen, son passage du bassin dans le ventre peut apporter une atténuation momentanée aux douleurs et aux troubles de compression.

Lorsque la tumeur grandit et occupe une plus grande étendue de l'abdomen, elle revêt ses caractères propres qui sont de deux ordres : des symptômes fonctionnels, qui sont surtout le résultat de compressions nerveuses, vasculaires et viscérales, et des signes physiques plus importants encore. Tous ces signes sont du reste très variables, suivant les cas particuliers.

Les douleurs sont souvent presque nulles ; parfois, au contraire, très pénibles à toutes les périodes de la maladie. Tantôt elles sont dues à la compression de nerfs importants, et s'irradient suivant des trajets connus ; d'autres fois, elles se localisent dans les lombes et dans l'abdomen, au voisinage de la tumeur. Elles peuvent être liées, dans certains cas très rares, à de véritables accès de péritonisme. Les douleurs peuvent tenir aussi à la surdistension des kystes, et trop souvent à des poussées de péritonite localisée qui annoncent, dans certains cas, la formation des adhérences.

Les compressions vasculaires s'accusent par certains symptômes, tels que les hémorrhoides, l'œdème des membres inférieurs, des grandes lèvres, de la paroi abdominale. Ces signes sont en rapport avec le volume et le siège des tumeurs dans la cavité abdominale.

Les compressions viscérales portent surtout sur l'intestin et la vessie. Du côté de la vessie, on observe des douleurs en urinant, un peu de cystite, des rétentions plus ou moins complètes, de l'incontinence même. Ces troubles sont plus rares que les troubles intestinaux. Au premier rang de ceux-ci, il faut placer une constipation très fréquente, et dans quelques cas, très opiniâtre, des entéralgies, parfois même, mais rarement, des signes d'obstruction intestinale. Enfin, dans certains cas, les urines sont moins abondantes, et même légèrement albumineuses ;