

Dans une deuxième période toute récente, les documents sont étudiés au point de vue de leur comparaison avec ceux que fournit l'histoire des kystes ovariens à pédicule tordu, telle qu'elle ressort des travaux récents et en particulier de la thèse de Moulis (3), et l'étude anatomique de la tumeur est plus spécialement poussée, c'est dans les *Bulletins de la Société anatomique* que l'on trouve la plupart des observations.

L'*anatomie pathologique* de ces tumeurs doit d'abord éliminer la torsion sur son axe de l'utérus fibromateux, pour ne garder que les fibromes à pédicule plus ou moins grêle implanté sur l'utérus.

Le premier groupe forme en effet une variété dont l'histoire n'est pas encore faite, qui, à cause de la coudure de la cavité utérine, présente des symptômes spéciaux ; et il serait contraire à la méthode analytique de réunir, du moins jusqu'à présent, les deux ordres de faits. Ce sont naturellement les fibromes supérieurs, ceux du tissu utérin qui ont tendance à s'élever dans l'abdomen et à attirer en haut l'utérus, qui se pédiculisent le plus et sont le plus exposés à la torsion. Celle-ci se fait sous des influences variables : ce peut-être la grossesse (Caffice) ou un kyste de l'ovaire concomitant (Delaunay) qui déplace le fibrome. D'autres fois on ne trouve rien de précis. Elle paraît se faire, d'après la loi que Lawson-Tait a posée pour les kystes de l'ovaire, dans le sens des aiguilles d'une montre. Le degré est variable ; on rencontre dans les observations des trois quarts de tour de spire à deux tours et demi, avec tous les intermédiaires ; enfin elle se fait soit brusquement soit lentement et il résulte naturellement deux formes cliniques différentes que nous allons étudier en clinique.

Le pédicule étant tordu, il en résulte des modifications immédiates dans le fibrome. Les veines du hile sont com-

(3) MOULIS, *Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*, thèse Paris, 1890.