

dans les tumeurs papillomateuses de l'ovaire. Un caractère est spécial à cette ascite : elle contient une plus forte proportion de matières fixes que les autres liquides ascitiques. Une conclusion pratique en a été dégagée par QUÉNU : lorsque l'analyse chimique d'un liquide d'ascite révèle un poids de matières fixes supérieur à 75 grammes par litre, il est probable qu'on a affaire soit à une tumeur végétante, soit à une tumeur polykystique non végétante avec rupture de quelques aréoles ; dans les deux cas, l'ascite est due à l'épanchement de substance mucoïde dans le péritoine.

*Existe-t-il de l'inclusion intraligamentaire ?* — Cette position intraligamentaire est plus rarement observée dans les kystes mucoïdes que dans les dermoïdes. La mobilité de la tumeur, la liberté du cul-de-sac vaginal correspondant sont les signes auxquels on reconnaît les kystes pédiculés. Au contraire, le kyste inclus est fixe, ou, dans tous les cas, bien moins mobile. Son pôle inférieur fait saillie dans le cul-de-sac vaginal, repoussant fortement l'utérus en avant et du côté opposé. Le palper combiné permet souvent de limiter, entre les deux mains, la tumeur incluse qui occupe un des côtés du bassin.

*Existe-t-il des adhérences ?* — Les adhérences *viscérales* ne sont point faciles à reconnaître avant l'opération : les poussées de péritonite antérieure, les phénomènes douloureux gastriques ou intestinaux ne sont que des indices de présomption. Pour diagnostiquer les adhérences *pariétales*, il faut, suivant le conseil de SPENCER WELLS, rechercher si les changements de position de la malade ou les mouvements respiratoires entraînent la tumeur : si celle-ci est libre, elle descend pendant l'inspiration et s'élève pendant l'expiration.

**Complications.** — Ce sont : 1° *l'inflammation et la suppuration du kyste* ; 2° *la torsion du pédicule* ; 3° *la rupture de la poche*.

*L'inflammation et la suppuration* du kyste, consécutives presque toujours à une ponction ou à la torsion pédiculaire, se reconnaissent à la sensibilité du ventre, à la fièvre, aux frissons irréguliers.

La *torsion pédiculaire* a été signalée pour la première fois

par ROKITANSKY en 1860. Le pédicule du kyste fait en général deux ou trois tours sur lui-même ; cet accident est favorisé par les causes qui accroissent la mobilité de la tumeur : ascite, longueur et gracilité du pédicule, poids de la masse, ainsi que cela arrive pour les kystes dermoïdes. — Quand la torsion est complète, des signes de réaction péritonéale apparaissent, qui sont dus à l'étranglement du pédicule et aux troubles de circulation veineuse et artérielle qui s'observent dans le kyste. — Dans la forme brusque et complète de l'étranglement pédiculaire, les signes sont ceux d'une péritonite aiguë : douleur vive, pouls accéléré, facies grippé, nausées, vomissements. Dans l'étranglement incomplet, ce sont des poussées péritonitiques successives, survenant aux époques menstruelles ; des hémorragies se font dans le kyste, qui sont dues à la thrombose des veines, subissant avant les artères les effets de la compression ; sur la surface externe, des dépôts fibrineux se forment qui sont l'origine d'adhérences.

La *rupture* des grandes poches est traumatique (chute, coup, effort) ou spontanée (distension ou érosion de la poche par des végétations papillaires). La perforation peut se faire dans la cavité péritonéale et le liquide, surtout s'il s'agit de kyste séreux, se résorbe sans grande réaction. La rupture se fait parfois, à la faveur d'adhérences, dans l'intestin surtout, (rectum et colon) exceptionnellement dans l'estomac, le vagin ou la vessie.

**Pronostic.** — Histologiquement, le kyste ovarique pur confine aux affections malignes épithéliales ; et, cependant, dans la grande majorité des cas, il se comporte cliniquement comme une tumeur bénigne ; enlevé, il ne se reproduit pas et les malades restent guéries. — Il n'en est pas moins établi par les faits que cette loi de bénignité souffre des infractions et qu'il faut tenir compte, dans le pronostic, des conditions défavorables suivantes : la rapidité du développement ; l'amaigrissement ; l'existence d'un épanchement pleural ; la palpation abdominale de saillies bosselées ; la sensation de masses irrégulières dans le cul-de-sac recto-utérin ; la présence d'une ascite dont le liquide contient une proportion élevée de ma-

tières fixes, ou même d'une ascite hémorragique : autant de raisons qui feront craindre un kyste papillaire ou une tumeur végétante de l'ovaire.

**Traitement.** — La ponction ne peut être qu'un moyen de diagnostic; encore faut-il raréfier ses indications. — L'*ovariotomie abdominale*, faite pour la première fois en Amérique par MAC DOWELL en 1809, est devenue l'intervention de choix. Dans les cas simples de kystes pédiculés, elle comprend cinq temps : 1° *incision de la paroi abdominale*; 2° *ponction et évacuation de la tumeur* avec un gros trocart, ce qui permet de réduire son volume et de l'accoucher par une incision minima, ce qui avait autrefois plus d'importance que maintenant où l'asepsie nous permet les larges ouvertures; 3° *ligature du pédicule* à la soie et enfouissement du moignon dans la séreuse voisine surjetée au catgut; 4° *exploration de l'autre ovaire*; 5° *suture de la paroi*, par deux plans de catgut profonds adossant le péritoine et les muscles et par un étage cutané au crin. — Dans le cas de tumeur incluse, il faut procéder à la décortication de la tumeur qu'on dégage de sa loge intraligamentaire, après incision du ligament large. — Quand les adhérences font obstacle à la décortication, il faut suturer à la plaie pariétale la portion inextirpable du kyste et la drainer à la peau : c'est ce qu'on appelle la marsupialisation.

#### 2° KYSTES DERMOÏDES

Les kystes dermoïdes sont beaucoup plus rares que les kystes mucoïdes (3,5 p. 100 d'après la statistique d'Olshausen). Ils siègent plus souvent à droite qu'à gauche. Leur volume, généralement égal à celui d'une tête fœtale, n'atteint qu'exceptionnellement les amples dimensions des kystes mucoïdes. Caractère important : ils sont souvent inclus dans le ligament large.

La surface interne de ces kystes rappelle par points l'aspect d'une peau macérée; son caractère distinctif, nous le savons, est d'être tapissée de cellules ectodermiques : on peut reconnaître l'épiderme avec sa couche cornée, son corps de Malpighi et ses annexes (poils, glandes sébacées, glandes sudo-

ripares). Mais la paroi n'est jamais totalement dermoïde : les kystes mixtes, où la paroi muqueuse coïncide avec une enclave dermoïde, à papilles et à poils, sont la majorité.

Le contenu est constitué par du sébum : il forme une matière caséuse, analogue à un mastic ramolli, et pouvant s'agglomérer en boules flottantes qui donnent, comme dans un de nos



Fig. 298.

Kyste dermoïde (CRUVEILLIER).

cas, une sensation de ballotement. Les cheveux, implantés ou libres, sont longs, fauves, agglutinés par de la matière sébacée en petits chignons. On rencontre assez fréquemment : des *dents*, implantées dans des débris osseux ayant un aspect de faux maxillaire; des *os* plus ou moins recouverts par le derme; du *cartilage* en petites masses. — A côté de ces kystes dentifères, pilifères ou simplement épidermoïdaux qui constituent le vrai groupe des formations dermoïdes, il faut mentionner les tumeurs où se rencontrent des parties embryonnaires, des tissus variés, des organes (substance nerveuse, mamelles, ongles) ou même des embryons rudimentaires.

**Pathogénie.** — A ces derniers cas, d'ailleurs rares (3 faits seulement), convient peut-être la théorie de l'inclusion fœtale. Mais, en dehors de ces faits, deux théories seulement peuvent

être discutées : celle de l'enclavement et celle de la *parthénogénèse*.

La théorie de l'enclavement appartient à VERNEUIL : au cours du développement embryonnaire, et à la faveur soit d'un pincement, soit d'une adhérence, s'est faite une invagination de l'ectoderme. Dans ce pli cutané, emprisonné plus ou moins profondément, vont s'accumuler les produits épidermiques et cutanés, sébum, poils, sueur, déchets cornés. Pour les dermoïdes simples, à contenu sébacé et pileux, l'hypothèse est admissible; elle cesse de l'être pour les kystes dentigères et surtout pour les tumeurs à tissus complexes.

La théorie de la parthénogénèse, formulée par MATHIAS DUVAL et bien exposée par RÉPIN, est d'une plus large application. Un œuf peut subir, en dehors de toute fécondation sexuelle, un commencement de segmentation qui, chez les animaux élevés dans la série, avorte et s'arrête à la production de feuilletts blastodermiques, mais qui, chez certaines espèces, aboutit à la constitution d'un nouvel individu, ce qui est la parthénogénèse. Exemple : les pucerons, chez qui les femelles peuvent, dans le cours de l'été, en dehors de toute fécondation (puisque les mâles ont péri pendant l'hiver), engendrer, par viviparité, jusqu'à dix générations successives de femelles aptes à se multiplier sans le concours du mâle.

Le kyste dermoïde serait un résultat de ce pouvoir de segmentation de l'œuf non fécondé : un ovule, dans l'ovaire du porteur, se segmente et arrive à la formation d'une ou deux assises blastodermique; suivant le degré de ce développement, le dermoïde ovarien est constitué soit par le feuillet cutané seul ou prépondérant, ce qui est la grande majorité, soit en même temps par des éléments issus du feuillet moyen (cartilages, os, muscles) ou, ce qui est rare, du feuillet interne (intestin). On s'explique encore que ces kystes soient généralement mixtes, muco-dermoïdes : à la dégénérescence de l'ovule s'associe une prolifération consécutive de l'épithélium du follicule de GRAAF.

**Symptomatologie et diagnostic.** — Le kyste dermoïde s'observe surtout à la période de pleine activité sexuelle,

vingt à trente-cinq ans. Mais en dehors de la ponction, leur diagnostic ne se fonde sur aucun indice décisif; ni la propriété qu'aurait la poche de garder l'impression du doigt (LÉOPOLD), ni la situation anté-utérine de la tumeur (signe de KÜSTER), ni sa sensibilité douloureuse (signe de LAWSON-TAIT) ne sont des caractères décisifs. Le ballotement de masses sébacées nous a permis, dans un cas, de soupçonner la nature dermoïde du kyste.

**Traitement.** — C'est la laparotomie abdominale, avec cette considération que fréquemment le dermoïde est inclus dans le ligament large et qu'il faut en réaliser soit la décortication, soit la marsupialisation, si l'ablation totale est rendue impossible par les adhérences.

## II. — KYSTES PAROVARIENS

**Pathogénie.** — Aux dépens de débris du corps de Wolff, — parovaire de Waldeyer, organe de Rosenmüller et canaux de Gartner — se développent des kystes bien différenciés par leur anatomie pathologique, leur pathogénie, et leurs caractères cliniques, *kystes Wolfiens* (fig. 299).

Vers le hile de l'ovaire on voit persister de petites trainées cellulaires jaunâtres : c'est le *parovaire*. — Dans l'aïlaron de la trompe, on aperçoit par transparence un système d'une vingtaine de tubes verticaux, flexueux, à épithélium vibratile, dirigés du hile de l'ovaire vers la trompe, dont l'extrémité aveugle, souvent dilatée, est tournée vers l'ovaire, et dont l'autre extrémité vient s'ouvrir dans un canal horizontal, *vestige de l'extrémité supérieure* : c'est l'*organe de Rosenmüller*. — Le parovaire représente les vestiges de la portion inférieure du corps de Wolff; les tubes verticaux de l'organe de Rosenmüller correspondent à ceux de la portion supérieure de ce corps et son tronc collecteur horizontal répond à l'extrémité supérieure du canal de Wolff. La portion inférieure du canal de Wolff peut se retrouver sous l'aspect de deux longs conduits longeant les parois latérales du vagin et le flanc de l'utérus entre les lames

des ligaments larges, pour aboutir à l'organe de Rosenmüller : ce sont les *canaux de Gärtner*, reste du corps de Wolff.

**Anatomie pathologique.** — Quatre caractères différencient ces kystes parovariens : 1° la fréquence de leur inclusion intraligamentaire ; 2° leur unilocularité habituelle ; 3° la minceur de leurs parois ; 4° la fluidité et la transparence de leur contenu.

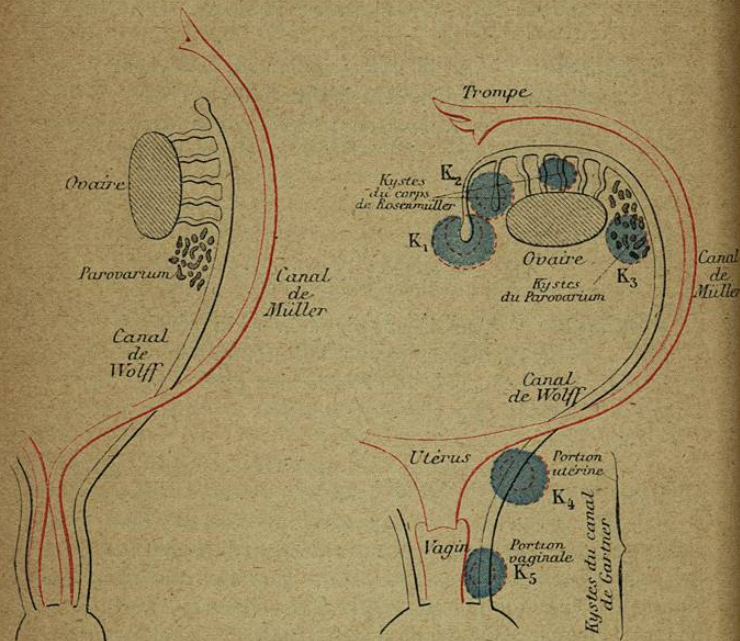


Fig. 299.

Schéma montrant les diverses variétés de kystes wolffiens.

1° *Inclusion intraligamentaire.* — Quand le canal de Müller, devenant trompe de Fallope, perd sa situation verticale pour devenir horizontal, l'ovaire, le parovaire et les organes de Rosenmüller se déplacent de même façon : ces vestiges wolffiens se trouvent ainsi logés dans le tissu cellulaire qui sépare

les deux lames du méso-salpinx, entre le bord supérieur de l'ovaire et la trompe. D'où ce fait anatomique important : c'est que les kystes formés par la distension de ces tubes wolffiens auront toute tendance à dédoubler le mésosalpinx et, par les

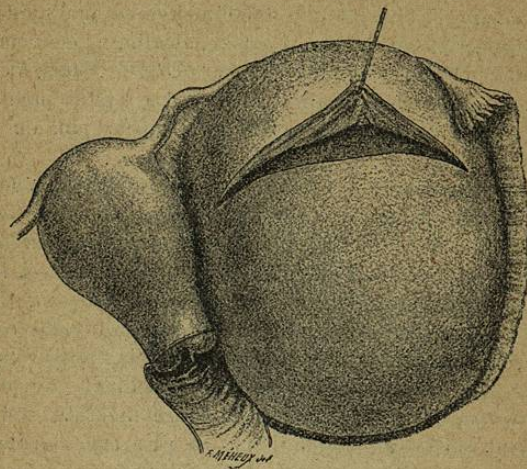


Fig. 300.

Kyste parovarien inclus dans le ligament large (LABADIE-LAGRAVE et LROUË).

progrès de leur accroissement, à évoluer vers le pelvis en clivant les ligaments larges ; l'inclusion intraligamentaire est donc une conséquence anatomique de leur lieu d'origine.

La trompe, très allongée, et l'ovaire, le plus souvent intact, surmontent en haut la tumeur incluse : ceci résulte encore du siège de formation de ces kystes. Toutefois, et nous en avons opéré trois beaux exemples, ces kystes parovariens ne sont pas constamment inclus : ils peuvent se dégager du pelvis, évoluer vers l'abdomen, et, en attirant le ligament large, se constituer, aux dépens de ce dernier, un pédicule qui demeure toujours plus étalé, plus sessile que celui des kystes ovariens.

2° *Unilocularité.* — Ce sont ordinairement des poches unilo-

culaires, demeurant moins volumineuses que les kystes mucoïdes;

3° *Minceur de leurs parois.* — La paroi est mince, comprenant une couche externe conjonctive et un épithélium interne, ordinairement cylindrique, parfois à cils vibratiles;

4° *Contenu.* — Le contenu est habituellement un liquide clair, transparent comme de l'eau de roche, alcalin, ne contenant pas d'albumine et ne précipitant pas par la chaleur. Mais, à côté de ces kystes parovariens hyalins, il y a des kystes papillaires, végétants, qui contiennent un liquide visqueux plus ou moins hématique.

**Symptomatologie.** — Les kystes parovariens à évolution pelvienne sont la majorité. Aussi leur symptomatologie ordinaire est-elle celle des kystes intra-pelviens : au toucher vaginal, on trouve l'utérus dévié du côté de la tumeur, celle-ci faisant saillie rénitente et indolente dans un des culs-de-sac; avec le palper combiné, on se rend compte que la tumeur est peu mobile, indépendante de l'utérus. — Quand le kyste évolue vers l'abdomen, il est presque impossible de le diagnostiquer d'un kyste ovarien ordinaire : seule sa moindre mobilité, son développement unilatéral prédominant, sa plus superficielle fluctuation, la limpidité aqueuse du liquide aspiré par la ponction sont des caractères à consulter.

**Traitement.** — La ponction a pu guérir ces kystes. Mais le traitement de choix est l'ovariotomie abdominale et la décortication des tumeurs incluses.

## CHAPITRE V

### HÉMORRAGIES INTRAPÉRITONÉALES

#### ET HÉMATOCÈLES PELVIENNES

**Définition.** — Il est deux types cliniques d'hémorragies internes qui se rattachent à l'évolution anormale d'une grossesse ectopique : 1° une forme diffuse, où le sang s'épanche dans la cavité péritonéale libre; 2° une forme enkystée, où l'épanchement sanguin, presque toujours amassé en caillots noirs, est enkysté, par des néomembranes, dans le péritoine pelvien, presque toujours dans le cul-de-sac de Douglas.

Les hémorragies du premier type, par leur abondance, par leur non-limitation, par leur brusque gravité, ont une terminaison promptement mortelle : c'est l'*hématocele cataclysmique de BARNES*, terme impropre, puisqu'il n'y a pas formation de tumeur vraie.

La seconde forme prend, par son enkystement, une symptomatologie spéciale : le sang collecté et les adhérences qui le cloisonnent constituent une véritable tumeur, occupant habituellement le Douglas; c'est l'*hématocele pelvienne*, hématocele rétro-utérine de NÉLATON, dénomination qui correspond à son siège de prédilection, mais qui n'est point constamment valable puisqu'il y a des hématoceles anté-utérines.

**Étiologie et pathogénie.** — Un fait étiologique commun rapproche ces deux formes de l'hémorragie, malgré leur apparente dissemblance : toutes deux sont des accidents de la grossesse ectopique; toutes deux résultent ordinairement d'une rupture de la trompe gravide ou d'un avortement tubaire. Voilà une notion simple et nette : GAILLARD l'avait pressentie, mais c'est surtout LAWSON-TAIT qui, dans une série de commu-