

quent de fusées vers la fosse iliaque et se sont rapprochées de la paroi abdominale.

Les indications respectives de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale prêtent encore à des débats. La laparotomie est évidemment l'opération seule permise quand la lésion est unilatérale ou quand la bilatéralité des lésions reste incertaine. Elle est encore la seule indiquée lorsque le diagnostic comporte des obscurités. Elle nous paraît, au surplus, l'opération de choix, applicable à presque tous les cas surtout depuis que nous disposons du plan incliné et que nous faisons l'hystérectomie complémentaire de la castration annexielle double : en effet, limitée à l'ablation des annexes, l'opération abdominale donnait plus fréquemment que l'hystérectomie vaginale des guérisons incomplètes, avec douleurs persistantes, dues aux adhérences des viscères sur les moignons d'amputations annexielles. Avec l'hystérectomie totale, nous créons un plancher pelvien parfait, une surface régulièrement recouverte de séreuse.

L'hystérectomie vaginale, appliquée par PÉAN au traitement des suppurations pelviennes et vulgarisée par SEGOND, garde encore une supériorité évidente pour certains cas : suppurations pelviennes invétérées; pelvi-péritonites graves, où le petit bassin est occupé par des poches purulentes très adhérentes qu'il est impossible dans la laparotomie d'extirper sans déchirure. Dans ces cas, les collections purulentes ont pour centre l'utérus :

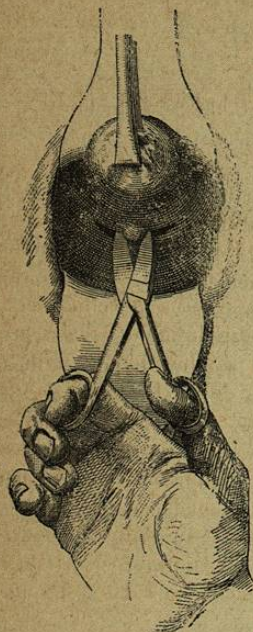


Fig. 287.
Colpotomie postérieure (FAURE).

lorsque cet organe est enlevé, on a retiré la « bonde » qui ferme toutes ces collections; elles se vident, et les poches tendent à revenir sur elles-mêmes.

ARTICLE II

KYSTES DE L'OVAIRE ET DU PAROVAIRE

I. — KYSTES DE L'OVAIRE

Division. — Trois espèces : *kystes mucoïdes*; *kystes dermoïdes*; *kystes mixtes*. — Parmi les kystes de l'ovaire, une distinction est essentielle. — Les uns ont une paroi dont la structure rappelle celle de la peau, paroi dermoïde, revêtue de cellules ectodermiques : leur contenu est formé ordinairement par des produits cutanés, matières sébacées ou épidermiques, poils et cheveux auxquels peuvent se combiner du cartilage, des os, des dents ou même des parties embryonnaires plus avancées en organisation. — Les autres ont des parois simplement fibreuses, dont l'épithélium interne est formé de cellules muqueuses : leur contenu est un liquide filant, sirupeux, dont la couleur varie du jaune ambré à la nuance café ou chocolat, qui doit cette consistance spéciale à une substance colloïde se rapprochant de la mucine. — De là, une division classique en : 1° *kystes dermoïdes*; 2° *kystes mucoïdes*.

Entre ces deux espèces, il faut faire place à une troisième, caractérisée par la présence sur une même tumeur de portions dermoïdes et de loges mucoïdes. Ces *kystes mixtes* seraient même plus fréquents que les kystes dermoïdes purs, car la paroi n'est presque jamais totalement dermoïde : c'est généralement une paroi muqueuse avec enclave dermoïde.

1° — KYSTES MUCOÏDES

Anatomie pathologique. — § 1. VOLUME; FORME; COULEUR. — Ces tumeurs, qui constituent la forme dominante, peuvent

acquérir un *volume* considérable, remplir tout l'abdomen, remonter aux hypocondres : les poids de 6 à 10 kilogs sont souvent dépassés ; néanmoins, en raison de la précocité des interventions, les gros kystes se font rares. — Leur *forme* est celle d'un ovoïde, à petit pôle inférieur, ovoïde déformé ordinairement par des bosselures plus ou moins saillantes. — Leur *coloration* est en général d'un blanc bleuté et c'est ainsi qu'après l'incision abdominale la poche se présente et se reconnaît : s'il existe des adhérences, elle montre des plaques rouges, ecchymotiques répondant aux zones adhérentes. Au niveau des bosselures très tendues, la paroi peut s'amincir et devenir bleuâtre ; elle est d'un blanc fibreux, au niveau de petites saillies dures, rénitentes, polykystiques.

§ 2. CLOISONS ET LOGES SECONDAIRES. — Si l'on ouvre un kyste

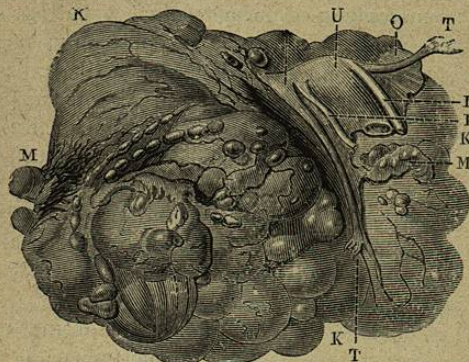


Fig. 288.

Kyste multiloculaire de l'ovaire (CRUVEILHIER).

de l'ovaire, on peut ne rencontrer qu'une grande poche, *kyste uniloculaire* ; ou bien, la cavité principale est voisine de loges secondaires en petit nombre, *kyste pauciloculaire* ; ou bien, des loges multiples séparées par des cloisons plus ou moins atrophiques communiquent avec la poche mère ou lui restent tangentes, *kyste multiloculaire* (fig. 288). Ou bien enfin, on

trouve, sur une étendue plus ou moins considérable de la paroi, une sorte de gâteau aréolaire, composé de masses polykystiques, assez tendues pour faire croire qu'il s'agit de portions solides, et qui, à la coupe, se révèlent comme une agglomération de kystes moyens et petits dont les aréoles rappellent l'aspect d'une ruche, d'où l'on voit s'écouler un liquide gélatineux variable

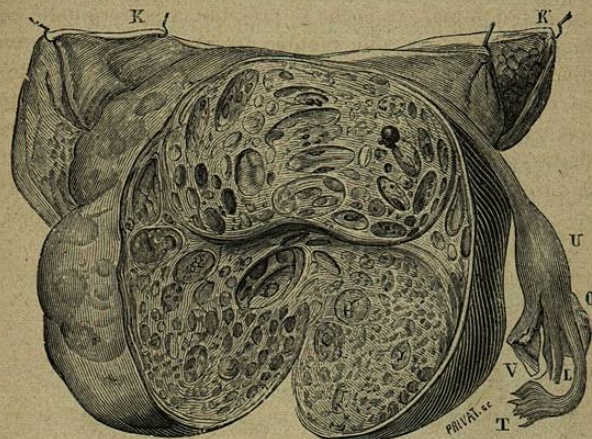


Fig. 289.

Kyste aréolaire de l'ovaire (CRUVEILHIER).

U, utérus. — O, ovaire gauche. — T, trompe gauche. — K, débris des parois du kyste principal.

suivant les cavités : c'est pour employer le terme de CRUVEILHIER, la « *dégénération aréolaire et gélatiniforme* » (fig. 289).

Or, il est possible de trouver toutes les transitions entre les kystes uni ou pauciloculaires et les multiloculaires complexes ou compliqués de dégénération aréolaire. — C'est par distension progressive des cavités kystiques, par amincissement des cloisons moyennes, par leur perforation et leur résorption graduelles, que se fait la fusion des tumeurs multiloculaires en une grande poche irrégulièrement cloisonnée. — La preuve en est fournie par les étapes mêmes de cette résorption des cloi-

sons que l'on peut suivre, à l'intérieur d'un kyste ouvert : ici, la cloison est percée en diaphragme; ailleurs, elle ne persiste que sous la forme de cercles amincis bordant l'orifice de communication; dans d'autres points, on ne retrouve plus que des éperons réduits ou des bandes irrégulières, marquant la fusion complète de deux loges voisines. — Au total, une grande poche, prépondérante; des kystes secondaires, plus ou moins nombreux, plus ou moins fusionnés; une masse aréolaire : voilà les trois éléments qui se combinent dans la plupart des kystes multiloculaires.

§ 3. VÉGÉTATIONS *extrakystiques* et *intrakystiques*. — Les végétations sont un fait anatomique important. Lorsqu'elles sont très développées, elles confèrent au kyste un pronostic de moindre bénignité.

Elles se développent : 1° à la surface extérieure du kyste;

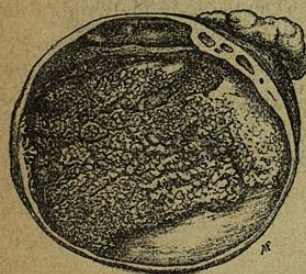


Fig. 290.

Kyste uniloculaire végétant (LABADIE-LAGRAVE et LEGUÉ).

2° à sa surface interne. — Au lieu d'être lisse, polie, la surface *externe* peut donner implantation à des végétations, en choux-fleurs, d'un gris blanchâtre, parfois vésiculeuses et semblables à du frai de grenouille. Il est fréquent, en pareil cas, de trouver de l'ascite : quelquefois, dans ce liquide ascitique flotte une substance gélatineuse qui tapisse la face externe du kyste, la paroi abdominale, les viscères. — A l'intérieur du kyste,

les végétations sont plus fréquentes : tantôt elles y forment de petites rugosités miliaires et rougeâtres (fig. 290); tantôt elles font saillie en choux-fleurs, en masses mûriformes, parfois résistantes et d'un blanc grisâtre et jaunâtre, parfois rouges et charnues, isolées ou confluentes.

§ 4. STRUCTURE DE LA PAROI. — Une couche fibreuse et vasculaire, entre deux couches épithéliales, telle est la structure de

la paroi kystique. — L'épithélium qui revêt la surface *externe* est un épithélium cubique, différent de l'épithélium plat péritonéal. — Celui qui tapisse la surface *interne* est un épithélium cylindrique, donnant par la nitratisation une mosaïque régulière; mais, en général, des cellules d'espèces diverses le composent : à côté des éléments cylindriques on trouve des cellules caliciformes, à cils vibratils, des cellules métatypiques en masses bourgeonnantes, dont le polymorphisme a été étudié par MALASSEZ et de SINÉTY, et que l'on retrouve en suspension dans le contenu des kystes ovariens.

§ 5. CONTENU DES KYSTES. — Sa consistance, sa couleur, sa composition. — En règle générale, les contenus des kystes mucoïdes sont des liquides visqueux et donnant un fil à la façon d'une solution de gomme, de sirop, de blanc d'œuf lorsque le pouce et l'index, mouillés par eux et mis au contact, sont ensuite écartés. Ce sont, en un mot, des *mucosités*. — Parfois, la substance est semi-liquide, gluante, semblable à de la crème, à du miel, à de la gelée. — Au point de vue de la coloration, les petites masses kystiques incisées laissent parfois s'écouler un liquide transparent comme du sirop de gomme. Ailleurs le contenu est plus ou moins opaque : ce sont des sérosités louches ou lactescentes, des mucosités crémeuses ou puriformes, des matières comparables à du miel, des gelées opalescentes comme la colle de pâte. — Dans les grandes poches, surtout compliquées d'adhérences et de points ecchymotiques qui leur correspondent, le liquide, teinté de pigments sanguins, devient comparable à du marc de café, à du chocolat à l'eau mal cuit et granuleux.

L'origine de ce contenu s'explique bien par la structure des surfaces internes kystiques : cette structure, comme le disent MALASSEZ et de SINÉTY, se rapproche de celle des muqueuses normales, par la nature de son revêtement épithélial, comme par la présence d'orifices glandulaires, depuis le goulot des cellules caliciformes, véritables glandes unicellulaires, jusqu'aux conduits tubaires des formations adénoïdes; ces surfaces kystiques sécrètent et excrètent comme de véritables muqueuses.

A ces produits de déchets épithéliaux et de véritable excrétion,

s'ajoutent, dans certains cas, des hémorragies à l'intérieur des poches, et peut-être sans rupture vasculaire, des transsudations de sérum. D'après les analyses chimiques d'EICHWALD, on trouve, en dehors de la mucine sécrétée par l'épithélium, en dehors de l'albumine exhalée des vaisseaux, deux séries de peptones dérivant, l'une de la mucine et l'autre de l'albumine, et résultant, par conséquent, d'une sorte de digestion de ces deux substances à l'intérieur du kyste. Ce serait cette digestion intrakystique qui amènerait la fluidification progressive du contenu et permettrait de passer des viscosités épaisses des petits kystes aux liquides moins consistants des grandes poches.

§ 6. PÉDICULE; rapports avec le ligament large; inclusion intra-

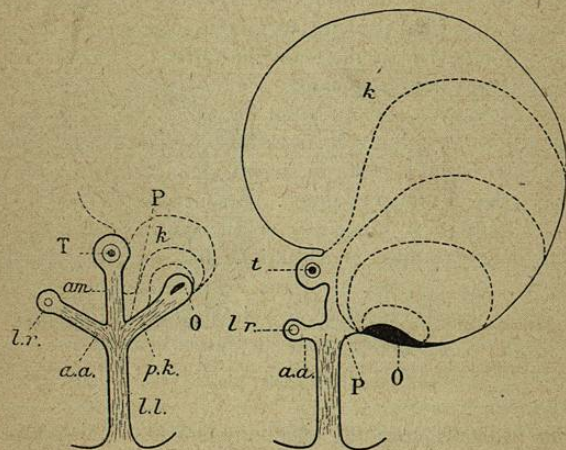


Fig. 291.

Schéma destiné à montrer la constitution du pédicule d'un kyste ovarique aux dépens du bord supérieur du ligament large (LEGUEU).
O, ovaire. — t, trompe. — lr, ligament rond. — a, a, aileron antérieur du ligament large. — am, aileron moyen. — P, péritoine. — k, kyste. — p.k. pédicule du kyste.

ligamentaire. — Étant donné un kyste en voie d'accroissement dans un ovaire, il peut évoluer, suivant le point initial de sa

formation, soit dans le sens de la surface péritonéale, surface libre, soit vers le hile de l'organe, vers son attache fixe.

Dans le premier cas (fig. 291), au fur et à mesure de son développement, il tend à se dégager vers le ventre et à ne se rattacher aux annexes que par un pédicule d'autant plus étiré et mince que l'ascension abdominale de la tumeur est plus haute, constitué par le ligament de l'ovaire et la trompe et alimenté par les vaisseaux utéro-ovariens.

Dans la seconde hypothèse, au contraire (fig. 292), il s'insinue dans le méso-ovarium, dans le méso-salpinx, ce qui lui consti-

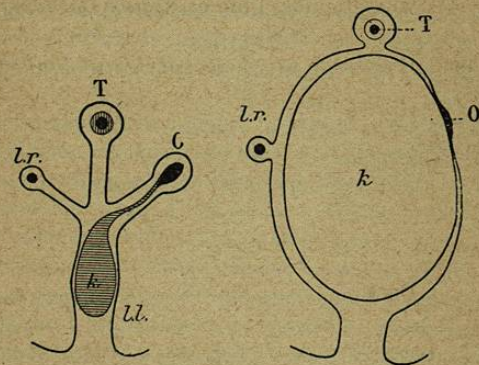


Fig. 292.

[Schéma destiné à montrer le mode d'enclavement de certains kystes dans le ligament large.

A gauche, coupe du ligament large avec ses trois ailerons, A droite, kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large (LEGUEU).

tue un pédicule large et court, répondant à l'insertion des ailerons postérieur et moyen des ligaments larges. Ou bien, descendant de plus en plus vers le petit bassin, il clive les deux feuillets du ligament large, les distend et développe sa masse dans leur épaisseur : ce qui est l'*inclusion intraligamentaire*. Il peut même, dépassant la base du ligament, décoller le péritoine en avant ou en arrière et se pousser, soit vers la paroi abdominale, soit vers la colonne vertébrale.

Pathogénie. — Trois noms résument ici les progrès successifs : CRUVEILHIER, WILSON FOX et WALDEYER.

CRUVEILHIER établit que, depuis les kystes uniloculaires ou pauciculaires séreux, jusqu'aux multiloculaires visqueux, et jusqu'aux masses kystiques complexes avec formation de tissu aréolaire et gélatiniforme, il est possible de trouver toutes les transitions anatomiques. — Donc, une loi commune d'origine et de développement est applicable à tous les kystes de l'ovaire.

Ce mode identique des formations kystiques, WILSON FOX, en 1864, le rapproche du processus embryogénique d'où émanent les tubes de PFLÜGER, et, par leur étranglement, les follicules de GRAAF : il se produit des tubes épithéliaux néoformés et les kystes se constituent par l'oblitération de leurs orifices ; il n'y faut voir que la répétition anormale d'un mode normal de l'évolution fœtale.

Un point restait à préciser : quelle est l'origine de ces néoformations épithéliales ? — En 1870, WALDEYER établit qu'elles précèdent du revêtement épithélial de l'ovaire, soit aux dépens de tubes embryonnaires analogues à ceux de PFLÜGER et remontant à la période fœtale — ce qui entraînerait comme corollaire le début du néoplasme dès les premières années, — soit par le développement tardif, post embryonnaire, de masses épithéliales émanées de l'épithélium superficiel de l'ovaire, ayant conservé ou acquis une anormale puissance de végétation.

À une époque reculée de la vie embryonnaire, l'épithélium germinatif qui revêt l'éminence sexuelle est remarquable par son active végétation. Il pousse, dans la masse mésodermique de l'éminence sexuelle, des bourgeons qui s'y ramifient en cordons cellulaires, dits *tubes de Pflüger* : ces tubes s'étranglent, s'égrènent en un chapelet dont chaque grain forme un ovisac.

À l'état normal, l'épithélium germinatif perd bientôt cette propriété de bourgeonnement et se transforme en épithélium cylindrique qui revêt la surface de l'ovaire. Toutefois, chez nombre de vertébrés, cet épithélium de revêtement ovarien garde, chez l'adulte, la propriété d'émettre, dans le stroma ovarien, des bourgeons cylindriques de cellules épithéliales

dont l'égrènement continue à produire de nouveaux follicules, et des observations récentes démontrent cette ovogenèse prolongée, qui peut être normale chez la femme elle-même.

À l'état pathologique, deux hypothèses sont admissibles. Ou bien l'épithélium de tubes de PFLÜGER résiduels, préexistants, datant de la période embryonnaire, prolifère tardivement et pousse des invaginations dans le stroma environnant. Ou bien l'épithélium de la surface ovarienne, — dont les cellules prismatiques sont bien différentes de l'endothélium péritonéal — revient partiellement à l'état d'activité propre à l'épithélium germinatif dont il est issu et donne lieu à un bourgeonnement de tubes épithéliaux, comparables aux tubes de VALENTIN-PFLÜGER, qui s'enfoncent de la surface de l'organe dans son stroma. Cette dernière hypothèse paraît plus vraisemblable ; la première supposerait, en effet, le début très précoce, congénital, de l'affection kystique, et l'on comprendrait mal qu'elle demeure, parfois, si lente à se développer, latente jusqu'à un âge avancé.

Au total, l'origine des kystes ovariens se trouve ramenée à des néoformations épithéliales ; et toute leur histoire anatomopathologique en découle : 1° formation des loges primaires et secondaires ; 2° augmentation du volume des poches et leur fusion ; 3° végétations extra et intrakystiques ; 4° production de néoplasies épithéliales solides et évolution possible vers les tumeurs malignes.

I. Formation des loges primaires et secondaires. — Comment ces tubes épithéliaux, nés de la surface de l'organe, se transforment-ils en cavités kystiques ? — À leur intérieur, les cellules épithéliales de revêtement, surtout celles du type caliciforme, donnent lieu à des sécrétions, auxquelles s'adjoignent des transsudations vasculaires ; leur orifice s'oblitérant, il se forme une cavité close, que distendent progressivement ces produits retenus.

Comment se développent les loges secondaires ? — Par suite de la prolifération de leurs cellules épithéliales terminales, les tubes s'accroissent et s'enfoncent dans le tissu ovarien « à la façon des racines dans la terre » : ainsi s'explique l'envahissement progressif de la glande en profondeur. — D'autre part,

l'épithélium interne de la surface kystique devient, de la même façon que l'épithélium externe de la surface ovarienne, le point de départ d'invaginations cellulaires secondes, et les kystes de deuxième génération qui en naissent sont capables d'être l'origine de formations tubulaires tertiaires, susceptibles, à

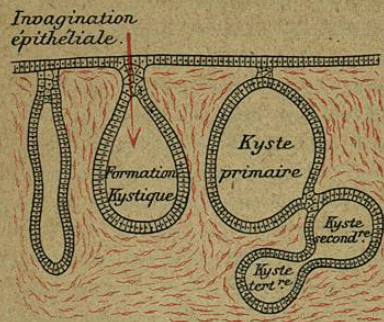


Fig. 293.

Schéma montrant la formation des loges primaires et secondaires.

leur tour, de transformations kystiques : WILSON FOX, KLEBS, WALDEYER ont établi cette continuité du processus par générations successives (fig. 293).

II. *Augmentation du volume des poches et leur fusion.* — Par suite de la rétention des sécrétions épithéliales de la poche et des transsudations qui augmentent leur masse liquide, les poches se distendent et croissent en volume. L'augmentation de cavités voisines les porte au contact : les cloisons mitoyennes, qui les séparent, s'amincissent, se perforent, se réduisent à de simples saillies circulaires, à des éperons graduellement effacés. Cette fusion de loges multiples aboutissant à la poche uniloculaire a été indiquée par CRUVEILHIER et LEBERT, confirmée par MALASSEZ et SINÉTY (fig. 294).

III. *Végétations extra et intrakystiques.* — Qu'elles se produisent à la surface péritonéale des kystes ou à leur surface interne, toutes deux tapissées d'épithélium, leur formation s'explique d'égale façon. — On voit, à l'examen, qu'elles con-

sistent en une charpente de tissu fibreux émané du stroma ovarien, dont les nombreuses branches, parfois si ramifiées qu'on leur donne le nom de *végétations dendritiques*, sont recouvertes d'épithélium sur leurs deux faces. — On comprend, et ce schéma le figure (fig. 295), qu'elles représentent les restes de follicules kystiques qui se sont rompus, et que les branches qui forment la charpente ont retenu l'épithélium des kystes correspondants.

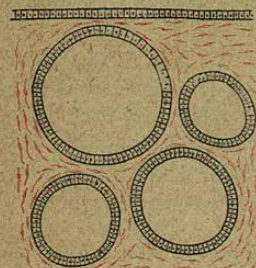


Fig. 294.

Schéma montrant la fusion des poches.

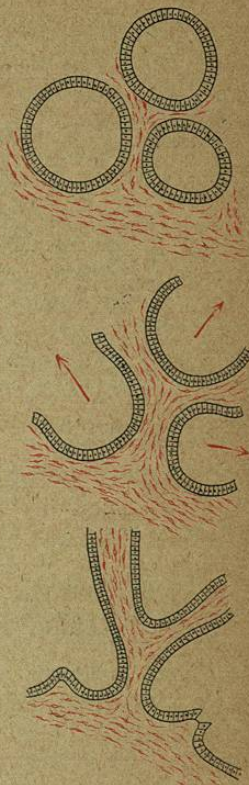


Fig. 295.

Schéma faisant comprendre le mode de formation des végétations kystiques.

IV. *Production de néoplasies épithéliales solides.* — Les kystes de l'ovaire sont, au point de vue histologique, des néoplasmes

de nature épithéliale, des épithéliomas *mucoides ou kystiques* (MALASSEZ), des *cysto-épithéliomes* (QUÉNU).

Et, cependant, la guérison rapide et stable par l'ovariotomie est une éventualité si commune que la clinique contredit ici le laboratoire. Mais, d'abord, il faut considérer, avec MATHEWS DUNCAN, que l'ovaire est l'organe le plus isolé du corps et que l'ablation radicale du néoplasme y trouve des conditions anatomiques spécialement favorables. D'un autre côté, il faut distinguer les formes. Si les grands kystes, les kystes uni- ou pauciloculaires répondent à un processus moins actif, les tumeurs polykystiques ou alvéolaires et les « kystes proliférants papillaires », suivant le terme de WALDEYER, sont, au contraire, l'indice de formations épithéliales végétantes. Celles-ci trouvent leur plus maligne expression dans les masses épithéliales pleines, sans cavités, qui évoluent à la façon de véritables carcinomes, et dans ces dégénérescences colloïdes et gélatiniformes, qui peuvent se propager à tout le péritoine, aux viscères, à la plèvre, aboutir à l'infection et à la généralisation.

Symptomatologie. — Les kystes de l'ovaire s'observent surtout dans la période d'activité sexuelle de la femme ; mais ils peuvent se rencontrer dès l'enfance et se développer à un âge assez avancé. L'ovaire droit paraît plus souvent atteint. Dans 7 à 8 p. 100 des cas, l'affection est bilatérale.

1° SIGNES SUBJECTIFS. — Un kyste peut acquérir un certain développement sans déterminer de symptômes notables ; mais, après cette latence du début, l'évolution est rapide. — Chez beaucoup de femmes, ce développement se fait sans douleurs vraies : c'est une sensation de pesanteur, parfois du ténésme rectal ou vésical, de la rétention d'urine, des troubles de menstruation. Chez d'autres, au contraire, la douleur s'éveille, due à l'accroissement rapide de la tumeur et surtout à des poussées de péritonite qui engendrent des adhérences, causes elles-mêmes de nouvelles douleurs. — L'augmentation de volume n'est généralement pas continue : on observe souvent un accroissement intermittent avec poussées correspondant aux époques menstruelles. — L'état de la menstruation est variable :

ordinairement, on observe de la dysménorrhée, des irrégularités ou même la cessation définitive des mois.

L'altération de la santé générale dépend du type clinique. D'une façon générale, et à volume égal, les kystes, plus libres et moins massifs que les fibromes, mettent plus de temps à déterminer des accidents de compression. — L'accroissement rapide de la tumeur, la complexité histologique de ses masses, son enlèvement partiel dans le pelvis sont des conditions propres à aggraver, en dehors des complications (rupture, inflammation, torsion), la situation de la malade : la respiration est gênée ; la compression de l'estomac engendre des troubles dyspeptiques ; la circulation est troublée dans les vaisseaux des membres inférieurs et le cœur peut subir le contre-coup de cette pression anormale, montrer des contractions accélérées, irrégulières, affaiblies. Sous l'influence de ces altérations, on voit, on voyait surtout autrefois, quand on laissait la distension kystique arriver à son maximum, une émaciation extrême se produire, le visage s'étirer, le nez s'effiler, l'œil s'enfoncer dans l'orbite, la physionomie prendre le masque d'une sénilité anticipée (*facies ovarien* de Spencer Wells).

2° SIGNES OBJECTIFS. — I. *Kystes intrapelviens*. — Dans le début, quand le kyste est encore renfermé dans la cavité pelvienne, il faut combiner la palpation abdominale avec le toucher vaginal et rectal : on constate ainsi la présence d'une tumeur indolente, arrondie, rénitente (c'est-à-dire ayant une dépressibilité élastique), mobile, refoulant l'utérus en avant ou d'un côté.

II. *Kystes abdominaux*. — *Inspection*. — Lorsque le kyste a dépassé le détroit supérieur, qu'il est devenu intra-abdominal, cessant d'être intrapelvien, il se manifeste par la tuméfaction du ventre. Cette tuméfaction, d'abord latérale, tend à devenir médiane : le ventre « pointe » en avant, en saillie globuleuse. Les kystes volumineux distendent les téguments, y produisent des vergetures, y dessinent des lignes bleues dues à la réplétion des veines sous-cutanées, étalent l'ombilic.

Palpation et percussion. — La palpation fait reconnaître le volume et les limites d'une tumeur arrondie, lisse ou bosselée,

en général rénitente, le plus souvent indolente. — Elle permet d'apprécier aussi, par la différence de consistance, la présence simultanée de poches liquides et de masses solides. — A la percussion, on trouve de la matité dans toute l'étendue de la tumeur, de la résonance tympanique dans les parties déclives ou postérieures, dans les flancs, vers les lombes, aux hypochondres. Caractère important : cette matité ne change pas sensiblement d'étendue et de siège, par les diverses positions qu'on fait prendre à la malade.

Imprimez une percussion très rapide, une chiquenaude sur un point de la tumeur, pendant que l'autre main est appliquée sur un point diamétralement opposé : quand le kyste est volumineux, séreux, pauciloculaire vous percevrez bien nettement un flot, allant d'un pôle à l'autre, un « choc par contre-coup », comme disait CRUVEILHIER, par ébranlement moléculaire du liquide. Lorsque la matière contenue est visqueuse, lorsque les loges sont multiples, on ne sent point cette fluctuation nette mais plutôt un déplacement en masse du contenu ; ou bien le choc par contre-coup n'est senti qu'à courte distance, la fluctuation n'est évidente que par points, absente en d'autres : ce qui témoigne du cloisonnement multiloculaire de la tumeur et de sa composition complexe, kystique et alvéolaire.

Le toucher vaginal permet de constater : les déviations de l'utérus incliné du côté opposé à celui où s'est développé le kyste ; l'ascension du col utérin entraîné et remonté par les tumeurs à développement abdominal ; la fixité du pôle inférieur de la tumeur et sa saillie dans un des culs-de-sac vaginaux, lorsqu'il y a inclusion dans le ligament large. — Combiné à la palpation abdominale, il montre que les mouvements communiqués à la tumeur ne se communiquent pas à l'utérus et que ces deux parties sont indépendantes : cette indépendance réciproque et le degré de mobilité de l'utérus sont d'autant plus nets que le pédicule est moins large et nous renseignent sur ce point.

Diagnostic différentiel. — Selon que la tumeur est *pelvienne* ou *abdominale*, les conditions du diagnostic et les erreurs auxquelles il peut donner lieu sont différentes.

1° *La tumeur est pelvienne*, bien appréciable par le palper combiné, tendue régulière, indolente. — Établissez d'abord qu'elle est indépendante de l'utérus, pour la différencier d'un fibrome, d'une rétroversion ou de la rétroflexion d'un utérus gravide au deuxième ou troisième mois. Si la tumeur est hors de l'utérus, c'est qu'elle siège dans les annexes. S'agit-il d'une inflammation de la trompe ? Mais alors la douleur, la moindre mobilité, la zone d'empatement sont caractères distinctifs. Avec un hydrosalpinx l'erreur est possible, bien que la bilatéralité fréquente, l'irrégularité et les bosselures, le volume moins considérable de l'hydrosalpinx puissent aider à cette distinction.

2° *La tumeur est abdominale*. Il faut savoir d'abord que, chez les hystériques surtout, des cliniciens de la valeur de SPENCER WELLS, de NÉLATON ont pu être trompés par de fausses tumeurs du ventre, — *tumeurs fantômes* — disparues à l'ouverture du ventre et simulées grâce au tympanisme et à des contractions irrégulières de la paroi.

La tumeur est venue *d'en bas*, elle a monté de la cavité pelvienne dans son développement progressif : voilà une indication qui diminue les erreurs possibles et permet généralement d'éliminer les tumeurs venues *d'en haut*, tumeurs kystiques du foie, du rein, de la rate ; la position en plan incliné de TRENDLENBURG augmente encore l'évidence de cette indication.

Ceci posé — et en dehors de la distension vésicale par l'urine à laquelle il faut bien songer — quatre hypothèses surtout sont à discuter : celles d'une *péritonite tuberculeuse*, d'une *grossesse*, d'un *fibrome utérin kystique*, d'une *ascite*.

Est-ce une péritonite tuberculeuse ? — Nous avons tous pris des poches enkystées de péritonite tuberculeuse pour un kyste de l'ovaire : on y peut trouver la même distribution des zones de matité et de résonance, une forme globuleuse du ventre, un flot net de liquide en poche et parfois des zones empâtées simulant une portion solide ; mais, la courbe de matité n'a point la même fixité dans les diverses positions, la douleur à la pression profonde existe plus que dans le kyste et l'état général est ordinairement plus altéré, sans que ces signes distinctifs soient absolus.

Est-ce une grossesse? — Si le palper trouve le fond de l'utérus et si l'on est sûr, par le toucher combiné, que la tumeur est indépendante de l'organe, la question est tranchée par la négative. Mais, souvent, l'erreur est possible et le jeune praticien y doit toujours songer; surtout lorsqu'il y a hydramnios, tumeur volumineuse où les parties fœtales sont difficilement senties, tumeur à fluctuation évidente, on peut être trompé et croire à un kyste. Les signes de certitude, l'audition du bruit du cœur fœtal surtout, doivent être recherchés avec insistance; au surplus, la sagesse consiste à savoir attendre.

Est-ce un fibrome? — Les premières hystérectomies abdominales ont été faites pour des tumeurs qu'on croyait ovariennes: c'est dire que les tumeurs fibreuses créent parfois des difficultés réelles de diagnostic. Cela se produit surtout quand il s'agit de tumeurs fibro-kystiques, quand les hémorragies sont absentes. Mais même avec des tumeurs fibreuses pleines, l'illusion est possible. Sans doute, la constatation, grâce au palper combiné, de la dépendance de la tumeur et de l'utérus et de leurs mouvements associés permet d'affirmer le diagnostic de fibrome. Mais ici deux erreurs peuvent se produire: d'une part, il est des fibromes sous-péritonéaux à pédicule limité, et d'autres qui, grâce à leurs séreuses de glissement, ont pris une telle mobilité qu'ils ne communiquent au col qu'un faible mouvement; d'autre part, il y a des kystes de l'ovaire à pédicule trapu qui entraînent dans leur déplacement le col utérin.

Est-ce une ascite? — Reste le diagnostic d'ascite, surtout à débattre quand il s'agit d'un gros kyste emplissant l'abdomen. Il se fonde sur les signes suivants: 1° la forme du ventre; 2° la répartition des zones de matité et de sonorité; 3° le type de la fluctuation; 4° les symptômes associés.

Dans l'ascite, le ventre est étalé en ventre de grenouille, vers les flancs, au lieu de pointer en saillie globuleuse comme dans les kystes. — La matité de l'ascite occupe, la malade étant couchée sur le dos, les parties déclives, les flancs où le liquide s'accumule par la pesanteur, et la zone de sonorité, due aux intestins surnageant dans la partie haute, siège dans les régions ombilicale et sus-ombilicale (fig. 297). Donc, une zone

centrale et haute sonore, avec une zone périphérique et basse mate; et, signe important, ces deux zones se déplacent régulièrement avec les changements de position de la malade, puisque le niveau du liquide suit ces changements. — Dans le kyste, au contraire (fig. 296), la matité est absolue dans les zones

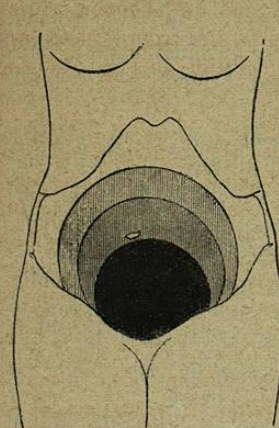


Fig. 296.

Matité du kyste ovarien (GREIG SMITH).

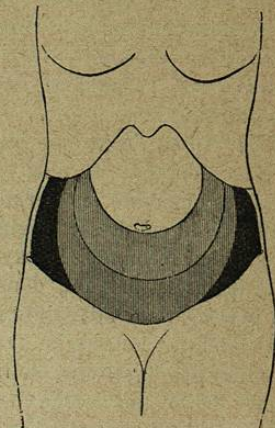


Fig. 297.

Matité de l'ascite (GREIG SMITH).

péri et sous-ombilicale où la tumeur s'accôle à la paroi; les flancs sont sonores parce que l'intestin, refoulé autour du kyste, les occupe; et le changement de position ne modifie pas sensiblement ces deux zones. — Dans l'ascite, la sensation de flot est plus nette et plus superficielle que dans le kyste. — Enfin, dans l'ascite, on observe ordinairement de l'œdème des membres inférieurs, un développement de la circulation veineuse collatérale sur l'abdomen, par les causes mêmes de l'épanchement liquide, maladies du cœur, du foie ou des reins.

L'ascite coïncide parfois avec un kyste ovarique. Elle peut s'observer dans les kystes multiloculaires, surtout dans ceux dont la surface est recouverte de végétations; elle est la règle

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-