de Douglas est facile à distinguer de la forme arrondie du néoplasme ovarique. A l'occasion l'exsudat enveloppe ce dernier; des exsudats para et périmétriques se combinent avec de petites tumeurs ovariques : c'est alors surtout que les difficultés surgissent. Dans ces cas les commémoratifs, la marche antérieure de l'affection et le plus ou moins de sensibilité des viscères pelviens ont une importance majeure. Il ne s'agit plus que d'observer le cas pendant quelques temps pour assurer le diagnostic. Lorsque les exsudats disparaissent, aussi bien les exsudats extra qu'intrapéritonéaux, les tumeurs de l'ovaire recouvrent la netteté de leur forme et de leurs dimensions et sont, à partir de ce moment, facilement reconnaissables.

Il est incontestable qu'on peut confondre des ***tumeurs fécales*** avec des néoplasmes ovariques. Mais les matières stercorales se distinguent toujours à leur consistance pâteuse. L'erreur sera d'ailleurs facilement évitée si l'on prend l'habitude, avant de pratiquer l'exploration, de faire évacuer le tube intestinal.

Ce seront les commémoratifs et la palpation de l'utérus pendant le sommeil anesthésique qui permettront de différencier de la tumeur une ***matrice en rétroflexion*** ou un ***fibrome incarcéré*** dans le petit bassin.

On peut rencontrer de grands obstacles dans la distinction à établir entre de ***grosses tumeurs ovariques qui ont pénétré dans la cavité abdominale,*** et d'autres productions néoplasiques. Je n'insisterai pas ici sur les confusions auxquelles ont donné lieu des accumulations de gaz dans les intestins ou la surcharge graisseuse des parois abdominales. Quoi qu'il en soit, l'examen de ces cas-là devra toujours être fait pendant le sommeil chloroformique. Au reste les vieux moyens diagnostiques si éprouvés suffiront dans ces circonstances : la palpation et la percussion, au besoin l'auscultation, permettront d'établir si réellement ce sont des tumeurs qui distendent le ventre, si ces tumeurs sont constituées par du liquide libre ou par des masses enkystées, si enfin ces masses sont en connexion avec les organes génitaux.

L'important sera d'explorer pendant l'anesthésie les viscères pelviens, par l'intermédiaire de la main appliquée immédiatement au-dessus de la symphyse. On examinera la femme dans

les différentes positions du corps et, à travers le pli sus-pubien, on refoulera de bas en haut les soi-disant tumeurs. Lorsque l'on pratique les touchers vaginal et rectal, ou même le toucher vésical, l'auscultation, la percussion et la palpation externes compléteront les renseignements. Mais enfin il y aura toujours des cas où les difficultés se montreront en apparence insurmontables.

Je ne veux pas rappeler ici les cas où l'on a confondu la vessie à l'état de réplétion ou l'utérus gravide avec une tumeur de l'ovaire ; qu'il suffise de citer encore les erreurs possibles avec des ***exsudats enkystés,*** des ***kystes des viscères abdominaux et certaines tumeurs de l'utérus.***

C'est dans ce dernier cas qu'il importe d'attirer à soi l'utérus avec une pince à mors et de le séparer de la masse néoplasique, de façon à rendre possible au moins la distinction entre l'organe et la tumeur. Le procédé de *Schultze* aussi sera d'un grand secours, car très souvent on ne peut reconnaître ou du moins que très incomplètement ces grosses tumeurs à travers le vagin.

Une affection qui est importante encore au point de vue du diagnostic différentiel est l'***hydropisie enkystée du péritoine.*** Elle est rare dans les péritonites simples et se rencontre principalement dans la tuberculose et dans le carcinome du péritoine et des organes génitaux. J'ai pratiqué la laparatomie dans huit cas d'hydropisie enkystée du péritoine ; trois fois je supposais trouver des tumeurs de l'ovaire ; dans les cinq autres cas le diagnostic posé était exact. Et ce diagnostic ne reposait que sur des soupçons ; ni les commémoratifs, ni l'état général, ni des affections d'autres organes, ni l'élévation de la température, ni la sensibilité ne donnaient de points d'appui certains. Les éléments généralement indiqués pour cette différenciation : limites peu nettes, existence de noyaux cancéreux, ascite abondante, ne se présentent pas toujours d'une façon très caractéristique. Dans des cas observés plus tard et examinés pendant le sommeil narcotique, je fus frappé de la mollesse de l'abdomen qui, auparavant saillant et arrondi, s'aplatit en augmentant de largeur. Par la percussion je délimitai fort bien la masse enkystée, tout autour de laquelle le son était tympanique, quelle que fût la position prise par la malade. On a conseillé de faire, dans ces cas, la

ponction exploratrice. Quant à moi j'ai trouvé qu'on arrivait plutôt encore au but par l'***incision exploratrice***. Avec la ponction on risque de blesser, par exemple, des néo-productions cancéreuses et d'occasionner des hémorragies profuses, qui peuvent mettre la vie de la femme en danger. Au contraire l'incision qui ne présente pas cet inconvénient, offre encore l'avantage de pouvoir être associée immédiatement à une thérapeutique appropriée.

Les tumeurs de l'ovaire ont été confondues souvent avec de l'***hydronéphrose*** et des ***kystes hydatiques***. Les poches hydronéphrotiques n'empêchent aucunement de sentir sous la main des anses intestinales, tandis que les kystes de l'ovaire refoulent celles-ci sur les côtés et en haut; malheureusement, ainsi que nous l'apprend l'étude des observations, ce moyen ne fournit pas toujours des données certaines. Il sera très important, dans ces cas, de rechercher si l'urine contient ou non du pus, de l'albumine et du sang, au besoin même de pratiquer le cathétérisme des uretères pour se rendre compte de la situation. La ponction exploratrice n'a pas toujours donné des renseignements suffisants.

Quant aux kystes hydatiques le frémissement perçu à la palpation assurerait le diagnostic. Dans un cas que j'ai observé (1), le bassin était occupé par de grosses poches hydatiques auxquelles il fallut assigner une origine ovarique ; il en fut de même pour celles qui remplissaient la cavité abdominale supérieure.

Les ***tumeurs solides*** des viscères abdominaux se portent toujours immédiatement derrière les parois, lorsqu'elles atteignent un certain développement. On les distingue facilement des néoplasmes ovariques par le fait même qu'elles siègent dans le segment supérieur de l'abdomen, et qu'il est à peine possible de les toucher par la voie pelvienne. En même temps on sent les ovaires qui occupent leur position et possèdent leur configuration normales.

Les ***augmentations de volume de l'utérus*** lui-même, par le fait de tumeurs ou de grossesse, ont été confondues fréquemment, je le répète, avec des tumeurs de l'ovaire. L'erreur est facilement

(1) Publié par Duvelius, *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin*, mars 1886.

BIBLIOTECA

commise pour la grossesse, grâce à des indications anamnestiques maladroites ; cependant on devrait en être préservé par la constatation d'un ramollissement considérable de la portion vaginale, et, le cas échéant, des bruits du cœur et des mouvements de l'enfant. Si malgré tout le doute persiste, on n'aura qu'à soumettre à l'observation l'accroissement ultérieur de la tumeur.

La palpation des ***tumeurs utérines*** devra toujours avoir pour point de départ l'utérus; celui-ci une fois délimité, on passera à l'exploration du néoplasme. Le diagnostic trouvera un concours précieux dans le cathétérisme. Les tumeurs sous-péritonéales paraissent souvent pédiculées et mobiles par rapport à la matrice. Dans ces cas le palper des ovaires non altérés et la constatation du pédicule éviteront toute confusion. Mais le pédicule peut parfois être situé de façon à échapper aux investigations et à rendre ainsi presque impossible le diagnostic différentiel.

Quoiqu'il en soit, comme les myômes, les fibromes et les autres néoplasmes de l'utérus exigent également la laparatomie, une erreur dans ce sens ne peut, à mon avis, causer un très grand préjudice.

L'intégrité des organes génitaux, la présence dans le bassin d'ovaires normaux, faits pour la constatation desquels on recourra au besoin au chloroforme, empêcheront la confusion avec les ***tumeurs du foie***, de ***la rate*** et des autres organes abdominaux. La distinction est moins facile pour les ***néoplasmes du mésentère***, du ***péritoine*** et même des ***parois abdominales***. Dans ces derniers cas il peut exister une certaine mobilité de la tumeur ; la peau du ventre peut rester intacte et glisser alors librement à la surface de la tumeur. En outre ces néoplasmes peuvent présenter tous les autres symptômes des tumeurs de l'ovaire. Là aussi il s'agit de déterminer l'existence dans le petit bassin d'ovaires à peu près normaux et de montrer ainsi que ces tumeurs ne sont pas d'origine ovarique.

Les points de repère diagnostiques que nous venons d'énumérer ont une haute et incontestable valeur. Malheureusement leur importance diminue considérablement en pratique, à cause des nombreuses complications qui se greffent sur les tumeurs de l'ovaire. Et tout d'abord nous voyons celles-ci, alors même qu'elles

sont de nature bénigne, se compliquer d'***épanchements libres dans la cavité abdominale.*** Ensuite la présence de kystes ovariques n'exclut aucunement la gravidité ni le développement de myômes de la matrice. Mais les complications les plus fâcheuses sont celles qui sont créées par les altérations de la surface du néoplasme lui-même. Celle-ci devient le siège d'adhérences intimes avec le voisinage, adhérences dans lesquelles il peut se produire un tel développement de vaisseaux que ce sont elles plutôt que le pédicule qui nourrissent la tumeur. Cette dernière peut se souder à l'intestin et aux autres viscères abdominaux, sans qu'il soit possible de diagnostiquer d'avance l'existence de ces soudures. Il n'est pas toujours possible d'affirmer avec certitude ***à quel côté appartient l'ovaire malade.*** Quant à la question de savoir si le kyste est uni ou multiloculaire, la réponse sera fournie, lorsque la palpation est facile, par la fluctuation restreinte ou les ondulations accentuées du contenu kystique. En général les kystes uniloculaires ont une forme arrondie; au contraire les kystes multiloculaires présentent à leur surface des races de cloisonnement.

Je me suis déjà élevé contre la ponction exploratrice; j'insiste à nouveau sur ce point en répétant que je la rejette parce qu'on risque avec elle de provoquer des hémorragies ou une décomposition intra-kystique qui compromettent gravement le traitement.

Je n'ai nullement l'intention de nier la possibilité, grâce à la ponction, de l'examen chimique ou microscopique du liquide évacué. Mais parmi les signes différentiels énumérés plus haut, n'en est-il pas de suffisants pour distinguer nettement le contenu d'un kyste de celui d'une hydronéphrose ou du liquide ascitique, ou encore une poche hydatique d'un fibrome kystique ou d'un kyste du ligament large? Autant de fois j'ai fait l'examen chimique de ces liquides, autant de fois j'ai dû renoncer à avoir des renseignements précis sur la nature de la tumeur et sur la possibilité ou l'impossibilité de son ablation. Ce ne sont pas les résultats de l'examen chimique qui nous apprendront l'origine et le mode de développement de la masse néoplasique.

Pour le diagnostic différentiel des divers liquides obtenus par la ponction dans les tumeurs abdominales, il faut tenir grand compte des particularités suivantes :

Le contenu des ***kystes*** est visqueux, le plus souvent de couleur foncée; il a un poids spécifique élevé et renferme beaucoup d'albumine; la présence de la fameuse paralbumine n'y est pas toujours bien nette. Le dépôt de ce liquide est constitué par des cellules épithéliales cylindriques, la plupart du temps altérées et en voie de dégénérescence graisseuse et de destruction.

Le ***liquide ascitique*** a une densité peu considérable et contient moins d'albumine; laissé pendant douze à dix-huit heures à l'air libre, il laisse déposer un caillot gélatineux qu'on ne trouve dans le liquide kystique que si celui-ci a été mélangé à du sang. Au microscope, l'on ne voit que très peu d'épithélium cylindrique; les quelques cellules qu'on y rencontre ont été enlevées mécaniquement par le fait même de la ponction; en revanche il renferme des globules blancs.

En cas d'***hydronéphrose*** on constate les éléments constituants de l'urine qui, d'après certaines observations, manquent cependant quelquefois.

Le contenu des ***kystes hydatiques*** est caractérisé essentiellement par les ***crochets*** ou les ***couronnes de crochets***, parfois par des portions de kyste qu'on y voit flotter.

Les ***kystes du ligament large*** renferment un liquide extrêmement transparent dont la densité est peu élevée (1004-1009); le microscope y démontre la présence de quelques cellules épithéliales isolées.

Le contenu des ***cystofibromes*** se comporte comme le sang; il se coagule à l'air, mais n'offre aucun signe distinctif caractéristique.

Il est quatre sortes d'altérations des kystes qui peuvent opposer des difficultés au diagnostic. Ce sont les ***adhérences avec les organes voisins,*** la ***rupture de la poche,*** la ***torsion du pédicule*** et la ***dégénérescence maligne.***

La formation d'adhérences entre les tumeurs de l'ovaire et les organes voisins suit ordinairement une marche très insidieuse, sans déterminer de symptômes nettement perceptibles par les malades. Dans la plupart des cas, les organes voisins conservent un peu de jeu pour leurs mouvements. Le processus patho-