

La rupture dans l'intestin a généralement lieu dans le rectum ou le côlon; dans les cas de suppuration du kyste, un grand soulagement en résulte d'abord, mais il est rare qu'il aille jusqu'à la guérison; au contraire, les matières intestinales peuvent venir infecter la cavité du kyste et provoquer l'hecticité.

L'estomac ou le petit intestin ont été le siège de l'évacuation dans des cas peu nombreux. Des vomissements abondants signalèrent le premier fait dans une observation de Portal. Dans les cas de rupture dans l'intestin, c'est une abondante diarrhée qui apparaît subitement.

La rupture à l'extérieur par une éraillure de la paroi abdominale au-dessous ou au niveau du nombril a été observée; elle est assez favorable.

La rupture par le vagin ou la vessie¹ est exceptionnelle. L'évacuation du liquide par ces différentes voies est caractéristique.

On pourrait, enfin, ranger parmi les ruptures de kystes leur évacuation par les trompes, après formation de kystes tubo-ovariens profuents, ainsi que je l'ai indiqué plus haut; l'évacuation est alors parfois intermittente.

Étranglement interne.

L'étranglement interne peut survenir durant l'évolution des kystes de l'ovaire, soit par pression excessive sur l'intestin, soit par enroulement autour du pédicule souvent tordu lui-même, soit enfin par l'effet d'une bride ou adhérence péritonéale s'attachant à la tumeur; la diminution de volume du kyste par l'effet d'une ponction peut, dans ce dernier cas, avoir de funestes effets.

Complications pleurales.

Les complications pleurales ont été signalées avec assez d'insistance pour qu'il ne soit pas superflu de les noter ici. Selon Terrier², ces complications précèdent ou suivent l'intervention chirurgicale et ne sont pas exceptionnelles. Demons³ les a notées neuf fois sur cinquante cas, et il met en garde contre l'opinion généralement admise que les épanchements pleuraux sont symptomatiques de la malignité du néoplasme. Comme pathogénie, il invoque la gêne de la circulation lymphatique de l'abdomen ayant son contre-coup sur la plèvre, au delà et à travers le diaphragme.

Pronostic.

Pronostic. — « Quand les tumeurs de l'ovaire, écrit Spencer Wells⁴, ont acquis un volume tel que la santé générale en est affectée, la durée probable de la vie réservée à la patiente n'excède certainement pas deux années, et ces deux années sont le plus souvent une suite

¹ P. COURRENT. *Kyste de l'ovaire droit: ouverture accidentelle dans la vessie* (Gaz. hebdomadaire des Soc. med. de Montpellier, 1888, t. X, p. 160).

² TERRIER. *Revue de chir.*, 1886, p. 469.

³ A. DEMONS (de Bordeaux). *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 21 déc. 1887, p. 771.

⁴ SPENCER WELLS. *loc. cit.*, p. 515.

de maux, parfois même de tortures et de désespoir. Les cas où l'expectation ou les ponctions successives ont pu prolonger la vie pendant plusieurs années constituent une exception très rare à la règle précédente. » Il est juste cependant de reconnaître que dans certains cas exceptionnels la marche de la maladie peut être excessivement lente. T. P. Frank parle d'une femme qui portait un kyste depuis l'âge de treize ans et qui avait quatre-vingt-huit ans. Il s'agit alors, généralement, d'un kyste dermoïde ou parovarien. Olshausen a observé un kyste, probablement de ce dernier genre, chez une femme de quarante-huit ans qui portait la tumeur depuis dix-neuf ans. Les kystes parovariens hyalins ou kystes uniloculaires du ligament large peuvent se rompre dans le péritoine plusieurs fois de suite, et à chaque rupture succède un répit assez long; par contre, les kystes prolifères affectent parfois une marche tout à fait galopante, après être restés plus ou moins longtemps stationnaires. Les kystes parovariens hyalins du ligament large grossissent très rapidement¹. Les kystes papillaires peuvent subir un temps d'arrêt très long après leur première manifestation; mais quand apparaît l'ascite, montrant que les végétations ont perforé la poche, la terminaison fatale est prochaine.

Marche.

La guérison spontanée, absolue ou relative, n'est pas impossible. La rupture intra-péritonéale amène parfois la guérison des kystes parovariens; la torsion lente du pédicule provoque très exceptionnellement l'atrophie de kystes prolifères, par affaissement de leurs parois et par leur calcification.

Guérison spontanée.

La mort est le résultat ordinaire du développement des kystes lorsque la chirurgie n'intervient pas. Le marasme, la péritonite, l'embolie, telles sont les trois causes principales de la mort. La suppuration du kyste, à la suite de ponctions répétées ou de traitements intempestifs, était assez fréquente autrefois.

Causes de la mort.

Quelle est la valeur de l'ascite, au point de vue du pronostic? Assurément c'est une circonstance fâcheuse, car elle se rencontre surtout soit dans les kystes papillaires où les végétations ont dépassé les limites de la poche, soit dans les kystes glandulaires, dans les cas de rupture ou de torsion du pédicule. Cependant, des observations très nombreuses prouvent que cette complication n'est pas absolument grave, et L. Championnière² qui n'a jamais vu guérir de tumeur ovarique accompagnée d'ascite, a manifestement eu affaire à une mauvaise série.

Ascite.

Une question qui est encore pleine d'obscurité est celle de la béli-

¹ L. TAIT (*Edinb. med. journ.*, août 1889, t. XXXV, p. 40) signale un kyste parovarien très volumineux opéré par lui, qui s'était développé en six semaines.

² L. CHAMPIONNIÈRE. *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1885, p. 727.

Kystes papillaires
malins.

gnité ou de la malignité des kystes papillaires. Il y a de nombreuses guérisons durables après ablation; j'ai, moi-même, opéré, il y a onze ans¹, d'un double papillome des ovaires avec ascite énorme une jeune fille qui est encore aujourd'hui parfaitement guérie. J'ai cité, en parlant des métastases, des cas analogues. D'autre part, de très nombreux faits de métastase ou même de généralisation de kystes papillaires sous des formes anatomiques malignes doivent rendre le pronostic très réservé. Il y a là, on peut le dire, un élément qui dépasse les ressources actuelles du microscope. Il semble que l'extrême instabilité histologique de ces néoplasmes, la transformation facile de leur épithélium cylindrique en épithélium métatypique ou atypique, place ces kystes, pour ainsi dire, en état perpétuel d'*immminence maligne*. Cohn², sur cinquante cas de kystes papillaires dont l'observation a été suivie après l'ovariotomie, en a trouvé vingt qui lui ont paru sûrement malins, *anatomiquement*, et il faut remarquer que le microscope ne peut jamais permettre d'affirmer que de pareilles productions sont *cliniquement* bénignes. Il vaut mieux toujours mettre les choses au pire et craindre dans tous les cas une généralisation. Poupinel³ a formulé des réserves très analogues.

Dégénérescence
cancéreuse des
kystes
glandulaires.

Les kystes glandulaires peuvent présenter une *dégénérescence cancéreuse*. Hofmeier⁴ et Cohn⁵ ont indiqué l'apparence racémeuse des masses kystiques, comme annonçant parfois cette transformation maligne. Les caractères cliniques ne laissent aucun doute en pareil cas : développement rapide et brusque d'une tumeur existant déjà depuis longtemps, amaigrissement et cachexie rapides, adhérences multiples surtout dans le petit bassin, œdème des membres inférieurs et des parois abdominales hors de proportion avec le volume de la tumeur et la quantité de l'épanchement ascitique, apparition de pleurésie, etc.

Le pronostic des opérations pour les tumeurs malignes, caractérisées par ces symptômes, est très défavorable. Cependant comme on a sûrement observé des succès durables dans des cas réputés désespérés, il me paraît indiqué d'opérer toutes les fois que l'on est en droit d'espérer mener l'opération à bien. Leopold⁶, dans la crainte

¹ S. POZZI. *Quatre ovariectomies, etc.* (Gaz. méd. de Paris, mars 1879, p. 150).

² ERNEST COHN. *Die bösartigen Geschwülste der Eierstöcke* (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1886, Bd. XII, Heft 1, p. 14).

³ POUPINEL. *De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1886. — A. HADJES. *Contribution à l'étude de la généralisation des épithéliomas mucoïdes kystiques de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1889.

⁴ HOFMEIER. *Soc. obst et gyn. de Berlin*, 28 janv. 1887 (Centr. f. Gyn., 1887, p. 179).

⁵ COHN. *Ibid.*

⁶ LEOPOLD. *Ueber die Häufigkeit der malignen Tumoren und ihre operative Behandlung* (Deutsche med. Woch., 1887, n° 4, p. 61).

de cette dégénérescence, a donné comme règle d'enlever toujours, dès son apparition, une tumeur de l'ovaire, surtout si elle est bilatérale.

Diagnostic. A. Tumeur pelvienne. — Au début du développement des kystes de l'ovaire, il est très difficile de les distinguer de toute autre tumeur, née sur les côtés de l'utérus. Un kyste sessile, du ligament large, au début, pourra être simulé par un *noyau inflammatoire* de péri-méthro-salpingite. Les anamnestiques, la marche de la maladie, la coexistence d'une inflammation des trompes et de l'utérus seront des garanties contre l'erreur. Ces tumeurs sont, du reste, moins bien limitées, plus sensibles à la pression, et sujettes à des variations rapides de volume. Une *hématocele pelvienne*, de petit volume, est fluctuante au début, mais ne donne pas au toucher l'impression d'une tumeur encapsulée, surtout sur les côtés où elle est toujours un peu diffuse. La tumeur devient dure par la suite; enfin, son mode d'apparition, la réaction péritonéale intense du début sont très caractéristiques. La *variété extra-péritonéale* peut être très difficile à distinguer autrement que par la marche, qui conduit à sa résorption graduelle, d'avec un kyste du ligament large commençant. Les *tumeurs des trompes*, surtout l'hydro-salpinx, peuvent donner lieu à une hésitation considérable. La bilatéralité de la lésion devrait faire pencher en leur faveur : il est des cas où le diagnostic ne pourra réellement être fait qu'après la laparotomie, indiquée dans l'un et l'autre cas. La *grossesse extra-utérine*¹, au début, n'offre que peu de signes distinctifs, quoiqu'elle entraîne ordinairement l'aménorrhée, l'état congestif de la muqueuse génitale; plus tard, elle présente des caractères spéciaux qui seront étudiés dans un autre chapitre. La *rétroflexion de l'utérus gravide*, au troisième et quatrième mois, devra être seulement soupçonnée, s'il y a des signes de grossesse commençante, et si la tumeur siège dans le cul-de-sac postérieur et provoque des phénomènes aigus de compression (rétention d'urine, constipation), enfin, si elle a une consistance solide, et se continue avec le col de l'utérus très fortement porté en avant; les tentatives de réduction achèveront de dissiper le doute. On doit, du reste, toujours rechercher avec soin la position exacte de l'utérus avant de conclure à une tumeur indépendante de cet organe. Je ne parle que pour mémoire des *tumeurs stercorales*.

B. Tumeur devenue abdominale. — La *grossesse*² doit être placée en

¹ F. VULLIET (Arch. f. Gyn., 1884, Bd. XXII, p. 427 et suiv.) a relaté une observation curieuse de grossesse extra-utérine, paraissant s'être développée dans l'intérieur d'un kyste tubo-ovarien préexistant : le tissu ovarien étalé sur la paroi du kyste aurait été encore capable de donner lieu à des follicules dont l'un aurait été fécondé.

² METZLAR, de Leyde (Anal. in Centr. f. Gyn., 1889, n° 40, p. 712) a cité un cas de tumeur imaginaire due à une lordose, pour laquelle on fut sur le point de pratiquer la laparotomie.

Diagnostic des
tumeurs
pelviennes.

Noyau inflamma-
toire périmé-
trique.

Hématocele pel-
vienne.

Tumeurs des
trompes.

Grossesse extra-
utérine.

Rétroflexion de
l'utérus gravide.

Diagnostic d'un
kyste devenu
abdominal : gros-
sesse.

première ligne, car c'est de toutes les erreurs celle qui serait la plus funeste. C'est surtout quand il y a complication d'hydramnios qu'on peut être disposé à la commettre, car alors on ne peut ni palper le fœtus ni entendre les bruits du cœur¹. Pour ne pas commettre l'erreur inverse et prendre un kyste pour un utérus gravide,

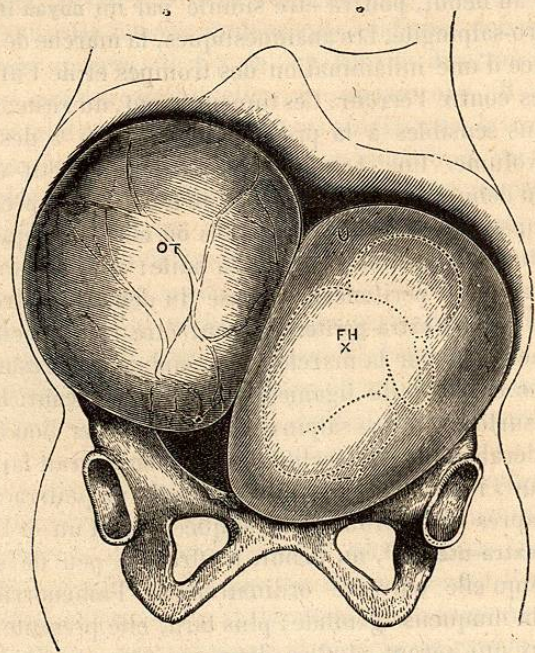


Fig. 537. — Kyste de l'ovaire compliqué de grossesse.

OT. Kyste repoussé hors du bassin par l'utérus U qui est refoulé sur la paroi pelvienne.
FH. Centre d'auscultation des bruits du cœur.

il ne faut jamais s'en tenir aux signes de probabilité, mais rechercher les signes de certitude; on doit se souvenir que l'aménorrhée, le gonflement des seins, et même une fausse sensation subjective de mouvements fœtaux (produite par des borborygmes) peuvent exister dans les tumeurs de l'ovaire. La perception de ces mouvements et l'audition des bruits du cœur, la détermination non douteuse des parties fœtales, la sensation des contractions de l'utérus gravide

¹ A. IVERSEN (in *Howitz Gyn. og obst. Meddel.*, 1888, Bd. VII, p. 65) a publié à ce sujet un fait instructif: femme de 39 ans, ayant eu 10 enfants; fluctuation manifeste et grande mobilité de la tumeur. On croit à un kyste et la laparotomie montre qu'il s'agit d'une grossesse de 5 mois avec elongation de la portion sus-vaginale du col et hydramnios; mort par péritonite. — J'ai moi-même observé un cas analogue et fait une petite incision exploratrice qui m'a permis d'assurer le diagnostic, resté douteux après une observation attentive. La grossesse n'a pas été troublée et s'est poursuivie normalement. La malade, qui désirait probablement se faire avorter, accusait de vives douleurs de compression, ce qui m'avait engagé à ne pas temporiser plus longtemps.

(Braxton Hicks), le ballotement, et, vers la fin de la grossesse, l'engagement dans le bassin d'une portion fœtale, trancheront seuls le diagnostic¹. L'emploi de la sonde utérine est dangereuse et inutile. Il faut se souvenir qu'il peut y avoir à la fois grossesse et kyste, ce qui complique beaucoup la tâche du clinicien; on devra s'attacher alors à la recherche exacte des parties fluctuantes et à l'étude de la position du fœtus, à l'aide de l'auscultation et de la palpation. Il est, du

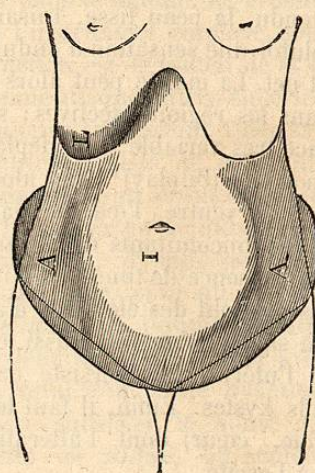


Fig. 538. — Topographie de la matité dans l'ascite.
I. Sonorité intestinale. — L. Matité hépatique.
AA. Matité des flancs.

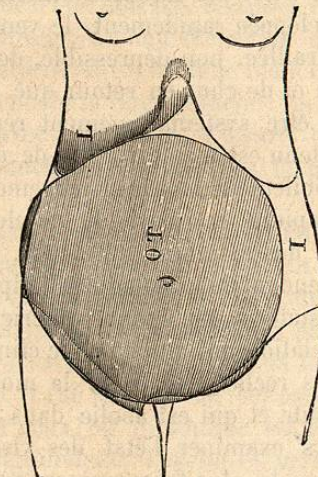


Fig. 539. — Topographie de la matité dans un cas de kyste ovarique.
I. Sonorité intestinale. — L. Matité hépatique.
OT. Matité au niveau du kyste.

reste, infiniment plus grave de croire à un kyste quand il s'agit de grossesse, que de faire l'erreur inverse²; et l'on devra dans le doute toujours temporiser. Inutile de dire que la ponction exploratrice est alors incomparablement plus grave qu'une incision exploratrice³.

L'ascite peut seulement simuler un kyste très volumineux, remplissant l'abdomen et à limites indistinctes. Je rappellerai les signes distinctifs de l'épanchement du liquide dans le péritoine: le ventre est

Ascite.

¹ PINARD. Art. GROSSESSE du *Dict. encycl. des Sciences méd.*, Paris, 4^e s., t. XI.

² Cette erreur a été faite d'une manière funeste pour la mère et l'enfant à l'hôpital de Jassy, dans un cas qui a eu un grand retentissement. *Grossesse de sept mois prise pour un kyste* (*France méd.*, 27 mars 1886).

³ TAVIGNOT (*Mémoire sur l'hydropisie des ovaires* in *Journal l'Expérience*, 1840, p. 55) rapporte un cas de mort chez une femme ainsi ponctionnée par erreur. Beaucoup d'autres n'ont sûrement pas été publiés. — OLSHAUSEN (*loc. cit.*), ayant fait une laparotomie qui lui permit de reconnaître sa faute, referma le ventre, mais fit l'accouchement provoqué, par ponction des membranes. Guérison.

plus étalé, moins acuminé que dans les kystes, la matité occupe les parties déclives et elle est limitée par une ligne concave en haut (fig. 358 et 359). Dans le décubitus latéral, c'est dans le flanc et les fosses iliaques qu'elle se porte, tandis que la sonorité apparaît du côté opposé où elle n'existait pas auparavant : ce déplacement est tout à fait caractéristique, lorsqu'on peut bien le constater; il en est de même de la sensation de flot, transmise d'un côté du ventre à l'autre. Mais il est des cas plus difficiles : ce sont ceux où, l'ascite s'étant développée rapidement, le ventre est tendu, la peau lisse, luisante et éraillée, non dépressible, donnant plutôt une sensation d'ondulation et de choc en retour que d'un flot net. La matité peut alors ne pas être systématiquement répartie dans les régions déclives; son contenu est même parfois de consistance très variable et se déplace difficilement dans les changements de position (Duplay)¹. Mais alors, la rapidité excessive du développement du ventre, l'œdème habituel des membres inférieurs, les troubles concomitants de la santé dépendant de la maladie principale, enfin l'absence de tumeur limitée constatée à une époque antérieure, constitueront des éléments d'appréciation qui guideront le clinicien. Un signe qu'on doit aussi toujours rechercher, c'est la mobilité de l'utérus, qui persiste dans l'ascite et qui est abolie dans les grands kystes. Enfin, il faut toujours examiner l'état des viscères (foie, cœur) dont l'altération donne le plus fréquemment naissance à l'ascite.

Péritonite tuberculeuse
ou cancéreuse.

C'est surtout dans l'ascite symptomatique de péritonite tuberculeuse ou cancéreuse que les difficultés peuvent être extrêmes. Car l'hydropisie du péritoine peut alors être enkystée par des adhérences. Dans le premier cas, les signes concomitants de tuberculose intestinale et pulmonaire, l'irrégularité du ventre, due au météorisme gêné par des adhérences, le *cri intestinal* (Guéneau de Mussy) provoqué par la palpation; dans le cas de cancer, la présence de masses irrégulières ou gâteaux ligneux, dépendant de l'épiploon, leur fusion aux parties voisines, la cachexie rapide, tels sont les principaux éléments du diagnostic.

Ponction.

La ponction peut rendre de très grands services dans ces cas-là, pour permettre d'examiner le liquide, et pour rendre aussi plus facile la palpation de l'abdomen auquel elle rend sa flaccidité. Toutefois, on s'en abstient le plus souvent aujourd'hui, car on en a reconnu les nombreux inconvénients. Si l'on s'y décide, on devra prendre de grandes précautions : nettoyage exact du trocart flambé avec la canule, aspiration avec des instruments de petit calibre, occlusion exacte de la plaie, immobilisation du ventre. La ponction suivie

VOIR GUNDELACH. De l'ascite symptom. des tumeurs ovariennes. Thèse de Paris, 1887, p. 44.

d'évacuation complète est infiniment moins grave dans une grosse tumeur que dans une petite, car le retrait considérable de la poche vidée s'oppose alors à l'effusion du liquide dans le péritoine. Il y a tout intérêt à vider lentement, mais complètement une poche ponctionnée avec l'appareil de Potain. On peut, pour achever l'évacuation, remplacer le vide par l'action d'un simple siphon obtenu en adaptant un long tube de caoutchouc à la canule, et en le faisant plonger dans le liquide. La grosseur du trocart ne doit pas dépasser celle de l'instrument employé pour l'hydrocèle. Le lieu d'élection de la ponction est le milieu de la ligne comprise entre la ligne blanche et l'épine iliaque antéro-supérieure, ou encore la ligne blanche : on doit toujours auparavant vider la vessie avec le cathéter, s'assurer de la matité complète du point qu'on va ponctionner et nettoyer la paroi abdominale au savon et au sublimé.

L'examen du liquide extrait permet le plus souvent de faire le diagnostic; il suffit qu'il soit visqueux et coloré en brun, en vert ou en noir, pour qu'on reconnaisse à ces caractères un contenu kystique; un liquide parfaitement clair et non coagulable par la chaleur serait celui d'un kyste parovarien hyalin du ligament large, ou celui d'un kyste hydatique. Mais il est des cas où cet examen laisse subsister le doute : ce sont ceux où le liquide est ténu, citrin ou ambré, ou seulement sanguinolent; l'ascite et certains kystes en présentent de semblables. J'ai dit plus haut les espérances qu'avait fait naître la recherche de la paralbumine, et qui ont été déçues¹.

La palpation de l'abdomen pratiquée après la ponction, avec de grands ménagements, donne des renseignements très précieux : elle fait reconnaître la tumeur ovarique, et permet aussi de déterminer les autres altérations des viscères que masquait l'accumulation du liquide.

On ne doit pas oublier que l'ascite peut compliquer un kyste, soit rompu, soit papillaire avec végétations extérieures; on en est averti par les signes combinés des deux lésions. On peut avoir alors la

¹ Toutefois, on peut ajouter à cette détermination la valeur d'un renseignement : s'il existe de la paralbumine, il y a, en somme, quelque chance pour qu'il s'agisse d'un kyste. De même (quoique cela ne soit pas pathognomonique non plus) si le liquide est spontanément coagulable, c'est le plus souvent un liquide ascitique. KLOB, MARTIN, WESTPHALEX, SCANZONI, OLSHAUSEN (*loc. cit.*) ont vu pourtant la coagulation spontanée survenir dans le liquide ovarique. Un chiffre de résidu fixe, supérieur à 100 grammes par litre, est favorable à l'idée de kyste (MÉRU, QUÉNU). L'examen microscopique, auquel SPIEGELBERG et WALDEYER ajoutent une grande importance, montre dans le liquide ascitique des cellules amiboïdes, un épithélium pavimenteux, des corpuscules sanguins, mais jamais d'épithélium cylindrique, qui se rencontre, au contraire, dans les kystes glandulaires; quant aux kystes papillaires, les éléments anatomiques contenus dans leur liquide sont généralement tout à fait défigurés.

sensation spéciale de ballotement due à ce que le kyste flotte dans l'ascite, à la manière d'un glaçon à la surface de l'eau.

La ponction d'un kyste n'est nullement une opération inoffensive, même faite avec les plus grandes précautions. Une évacuation incomplète peut être suivie de l'écoulement du liquide dans le ventre, et de péritonite mortelle¹; la négligence des précautions antiseptiques, ou une circonstance inconnue, peut amener la suppuration du kyste. Le fait a été signalé, en particulier, pour les tumeurs dermoïdes; j'en ai observé un exemple suivi de guérison par l'ovariotomie. On a vu survenir des hémorrhagies graves par blessure de gros vaisseaux des parois de l'abdomen ou de la tumeur. Enfin l'affaiblissement de la paroi kystique qui résulte de la piqûre peut favoriser l'issue de végétations papillaires et l'infection péritonéale².

Corps fibreux de l'utérus.

Les corps fibreux de l'utérus ont été souvent simulés par des tumeurs oligocystiques, à contenu gélatineux dont la consistance élastique est analogue; cette erreur a surtout été commise, quand l'absence de pédicule rendait les tumeurs solidaires des mouvements imprimés à l'utérus. L'anesthésie permet souvent de déceler une fluctuation qui aurait échappé sans elle. On doit, alors, s'ingénier à la rechercher par la palpation bi-manuelle, et exactement déterminer les connexions avec la matrice. Enfin, une augmentation très notable de la cavité utérine, reconnue par la sonde, est en faveur du fibrome; toutefois, une élongation de deux ou trois centimètres peut être produite par l'ascension et la traction de la tumeur ovarienne. Les tumeurs fibro-kystiques de l'utérus sont surtout sujettes à entraîner l'erreur. Les premiers cas d'hystérectomie abdominale ont été faits, il ne faut pas l'oublier, avec la croyance qu'on allait accomplir une ovariectomie³.

Hématométrie.

Distension vésicale.

L'hématométrie se distingue par son siège et ses causes spéciales. La distension vésicale a été la source de nombreuses erreurs qu'on évitera toujours, en sondant *soi-même* la malade avant tout examen. J'ai vu, dans un cas, la vessie distendue remonter jusqu'à l'épigastre: on m'avait appelé pour faire la ponction de ce prétendu kyste, chez une femme atteinte de paralysie générale. Spencer Wells, Atlee, Emmet en ont cité des observations remarquables⁴.

¹ MARY PUTNAM JACOBI (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1885, p. 1160) a relaté deux cas de mort par épanchement du contenu de kystes dermoïdes dans le péritoine, après ponction aspiratrice.

² WESTPHALEN. *Beiträge zur Lehre von der Probestichung* (*Arch. f. Gyn.*, 1875, Bd. VIII, p. 72).

³ W. L. ATLEE. *General and differential diagnosis of ovarian tumours*. Philadelphie, 1875.

⁴ T. A. EMMET (*New-York med. Journ.*, 1884, t. XXXIX, p. 155) a rapporté une observation où l'erreur de diagnostic avait été commise et où le chirurgien avait laissé échapper le cathéter dans la vessie énormément distendue.

Les tumeurs rénales, hydronéphroses, kystes hydatiques, etc., ont donné lieu à des erreurs. On devra rechercher la fixation de la tumeur dans l'hypochondre, son isolement inférieur qui permet de passer la main, au-dessous d'elle, bien au-dessus du pubis; l'interposition des intestins et, en particulier, du côlon entre la tumeur et la paroi abdominale. Quand la tumeur remplit tout l'abdomen, ces signes différentiels font défaut: même alors, cependant, la situation antérieure du côlon conserve son importance (Nélaton). On a recommandé pour bien mettre ce signe en évidence de vider d'abord partiellement la tumeur par la ponction, puis de donner des lavements effervescents capables de distendre de gaz le gros intestin (Simon). Pawlik¹ attache une très grande valeur à la persistance de la forme caractéristique du rein, constatée après la ponction. Le développement de la tumeur datant de l'enfance est en faveur de l'hydronéphrose et du cancer du rein. La présence de pus, de sang, dans l'urine, sera recherchée. L'exploration de la région du rein, à l'aide de la main introduite tout entière dans le rectum, a donné d'utiles renseignements (Fraenkel), mais expose à des accidents si le chirurgien n'est pas doué d'une main spécialement fine et souple. Enfin, l'examen du liquide extrait par la ponction lève souvent tous les doutes, mais au contraire les augmente dans les cas où le liquide n'est pas caractéristique. L'urée peut manquer dans les hydronéphroses et se trouver dans les kystes ovariens; il en est de même de l'acide urique. Pourtant, la forte proportion de ces produits serait décidément en faveur d'une altération rénale. Enfin, le cathétérisme de l'uretère, par les procédés de Pawlik ou de Simon, ne devrait pas être négligé, en dernier ressort.

Je mentionne seulement les tumeurs du foie et de la rate (kyste, hypertrophie) à cause de leur rareté: le diagnostic, quand il est difficile, ne pourra être fait que par la recherche attentive des connexions, parfois par l'incision exploratrice. Les tumeurs du mésentère² et de l'épiploon (kystes, lipomes), les échinocoques de la cavité abdominale³ ne sont le plus souvent reconnus que par la ponction ou l'incision exploratrice: cette dernière est préférable.

Les tumeurs de la paroi abdominale ont pu causer des erreurs, que l'examen pratiqué sous l'anesthésie me paraît toujours devoir faire éviter⁴.

¹ PAWLK. *Ueber die Differentialdiagnose zwischen Nieren und Eierstocksgeschwülsten und ein neues diagnostisches Merkmal* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 55, p. 560).

² COPPENS. *Bull. méd.*, 11 janv. 1888, p. 55.

³ WITZEL (*Beiträge zur Chirurgie der Bauchorgane in Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1885, Bd. XXI, p. 159) fait remarquer que la confusion avec les kystes de l'ovaire est, alors, presque impossible à éviter, avant la laparotomie.

⁴ ROB. F. WEIR. *Med. Record.*, 5 déc. 1887, t. XXXII, p. 705.

Tumeurs des reins.

T. du foie.
T. de la rate.

T. du mésentère
et de l'épiploon.
Échinocoques.

Tumeurs de la
paroi
abdominale.

Pseudo-kystes
ou tumeurs fan-
tômes.

Pseudo-kystes, tumeurs-fantômes. — Le tympanisme associé à la contraction partielle des muscles abdominaux et à la surcharge graisseuse localisée, donne lieu, surtout chez les femmes hystériques, aux erreurs les plus bizarres et les plus invraisemblables. On a plusieurs fois ouvert le ventre dans ces conditions-là, plus souvent encore on a failli l'ouvrir¹. Dans un cas de Krukenberg², c'était une lordose qui avait causé l'erreur. Un fait exceptionnel est celui de Reeves Jackson³ où l'on fit d'abord une ponction, puis la laparotomie, croyant avoir affaire à un kyste, dans un cas d'énorme dilatation de l'estomac : on poussa l'erreur jusqu'à inciser ce viscère. La malade mourut.

La meilleure manière d'éviter l'erreur dans les cas douteux, c'est d'abord d'endormir la malade, puis de pratiquer avec grand soin la palpation et la percussion.

Incision explora-
trice.

Incision exploratrice. — Quand enfin tous les autres moyens de diagnostic sont insuffisants, est-on autorisé à ouvrir le ventre, afin de s'assurer de la nature de la tumeur et de l'opérer, si possible, du même coup? Sur ce point, Lawson Tait⁴ est catégorique : il substitue toujours l'incision à la ponction exploratrice; sur 94 incisions exploratrices, il n'a constaté que 2 morts : il les fait très petites, suffisantes seulement pour introduire deux ou trois doigts : de là, sans doute, cette bénignité exceptionnelle de sa pratique. Terrillon⁵, dans le relevé plus étendu qu'il a publié des cas de diverses provenances, a trouvé 21 morts sur 100 cas, chiffre qui me paraît être devenu trop fort, si l'on tient compte des progrès actuels de la technique. Il faut se souvenir, en effet, que sous ce mot d'*incision exploratrice*, employé par euphémisme, on a publié nombre d'opérations, demeurées incomplètes. Or, comme à une époque qui n'est pas encore reculée, l'incision seule du ventre était réputée très grave, quand on l'avait faite, on ne se résignait guère à refermer l'abdomen, avant d'avoir tenté l'extirpation de la tumeur, même dans des conditions devant lesquelles on reculerait aujourd'hui : les statistiques se trouvaient ainsi très assombries. Je suis, pour ma part, partisan résolu de l'incision exploratrice, quand elle paraît seule pouvoir assurer le diagnostic.

Diagnostic
de la variété du
kyste.

Diagnostic de la variété du kyste. — Les développements qui précèdent peuvent déjà servir à résoudre cette question : je résumerai seulement ici les points principaux.

¹ ATLEE, SPENCER, WELLS OLSHAUSEN, *loc. cit.*

² G. KRUKENBERG. *Arch. f. Gyn.*, 1884, t. XXIII, p. 159.

³ A. REEVES JACKSON. *Detroit Lancet*, janv. 1880 (anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1880, n° 15, p. 368.)

⁴ LAWSON TAIT. *Brit. med. journ.*, 1885, t. I, p. 218.

⁵ O. TERRILLON. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 168.

Une tumeur très volumineuse et très bosselée, avec inégalité de consistance des bosselures, est un kyste glandulaire. La présence de l'ascite (en l'absence de symptômes de rupture), la sensation de masses irrégulières et papillaires dans le cul-de-sac de Douglas, la bilatéralité, feront croire à un kyste papillaire. La fluctuation très facilement perceptible et superficielle dans toute l'étendue de la tumeur, la marche lente, la conservation presque parfaite de l'état général malgré le volume considérable de la tumeur, les connexions assez étroites de celle-ci avec l'utérus, soit que le kyste paraisse inclus dans le ligament large ou retenu par un court pédicule, sont des caractères de kyste parovarien hyalin. La possibilité de sentir l'ovaire et la trompe, à côté de la tumeur, a été signalée, en pareil cas, comme pathognomonique. Pour les kystes dermoïdes¹, on a indiqué la possibilité de faire des impressions dans la tumeur remplie de mastic graisseux, ou même de percevoir le froissement des cheveux qui y sont contenus².

Diagnostic des adhérences. — Pour reconnaître les *adhérences pariétales*, Spencer Wells recherche si les changements de position de la malade ou les mouvements respiratoires entraînent le néoplasme. En déplaçant les parois abdominales devant la tumeur, on voit si l'ombilic glisse sur elle facilement, et on perçoit des frottements, ou un bruit de *cuir neuf*, qui indiquent un certain travail de péritonite adhésive.

Diagnostic
adhérences.

Une tumeur qui, depuis longtemps, présente un très grand volume, offre de grandes chances d'adhérences à la paroi antérieure ou à l'épiploon, à moins qu'il n'y ait, en même temps un certain degré d'ascite. Les adhérences aux viscères ne peuvent qu'être soupçonnées, s'il y a eu des signes extérieurs d'inflammation péritonéale vive à la suite de ponctions, de torsion du pédicule, ou de rupture.

¹ LEOPOLD. *Soc. obst. et gyn. de Dresde*, 5 nov. 1885 (*Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 50).

² KOCHER. *Ein pathognomisches Zeichen zur Diagnose der Dermoïde* (*Centr. f. Chir.*, 1887, p. 44).