

QUARANTE-UNIÈME LEÇON

Kyste du parovaire.

Observation d'une malade récemment admise. — Tumeur liquide uniloculaire saillante du côté de l'excavation. — Caractères cliniques qu'elle présentait. — Pas de troubles de la santé générale.

Diagnostic : tumeur liquide. — Nombreuses tumeurs liquides qu'on peut rencontrer dans la région abdominale inférieure, nées dans cette région ou venues des régions voisines. — Les diverses tumeurs éliminées, il ne reste plus que l'ovaire.

Diagnostic différentiel entre les kystes de l'ovaire et les kystes du parovaire.

Examen chimique et histologique du liquide retiré par la ponction. — Il est de peu de ressource pour confirmer le diagnostic.

Pronostic et traitement. — Utilité de la ponction simple. — Ponction et injection iodée. — Ovariectomie.

MESSIEURS,

L'histoire des kystes de l'ovaire est depuis longtemps à l'ordre du jour et l'immense progrès réalisé dans leur traitement est une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne.

Cependant, il reste encore quelque chose à faire, et avec d'autres chirurgiens, je me demande si, dans

bien des circonstances, nous n'avons pas à laisser de côté les opérations sanglantes, pour recourir à des moyens plus simples que semblent réclamer des cas spéciaux.

Je suis amené à ces considérations par un heureux hasard, qui a conduit dans ma salle 8 une femme atteinte d'un kyste de la région ovarienne, assez volumineux, mais dont les caractères physiques sont tels, qu'il paraît plutôt développé dans le tissu para-ovarien.

Cette malade a quarante-trois ans environ, elle est mariée, mais sans enfants, et jamais elle n'a fait de fausses couches.

Jusqu'à ces derniers temps, sa santé n'a pas été troublée par le moindre incident. Bien réglée jusqu'à ces dernières années, elle n'a pas eu de douleurs dans le ventre : le premier signe du mal qui nous l'amène, a été un gonflement progressif de l'abdomen, un sentiment de plénitude, dont elle fait remonter les débuts à huit ou dix mois environ.

Quand nous l'avons examinée, nous avons en effet été de suite frappés par le volume du ventre : globuleux, sans saillies irrégulières, il représente assez bien une grossesse de cinq mois. S'il existe quelques dilatations veineuses sous la peau, les téguments ne sont pas très distendus et n'offrent en aucune de leurs parties d'altérations de surface indiquant, soit une tension extrême, soit un développement trop rapide de la tumeur profondément placée.

L'examen local nous a donné des renseignements très précis sur la nature de cette tumeur et son siège. A travers les parois abdominales, encore assez souples, j'ai pu sentir un globe arrondi, situé sur la ligne médiane, mais incliné un peu vers le côté droit où il semblerait s'être développé, pour envahir ensuite la ligne médiane et venir peu à peu prendre domicile à gauche. Ce globe est fluctuant : aucun doute à cet égard.

Pour bien préciser de suite la situation, ou plutôt le siège de la tumeur, j'ai cherché à isoler la masse de la fosse iliaque droite et j'ai pu insinuer la main entre les deux parties. Pendant cette manœuvre, il m'a été facile de constater que le kyste s'engageait profondément du côté de l'excavation pelvienne, mais je ne pouvais en dedans et en dehors apprécier exactement ses limites, à mesure qu'il fuyait sous mes doigts du côté du bassin.

Je vous ai dit que la tumeur est fluctuante ; bien plus, en percutant légèrement sa surface, on sent un mouvement d'ondulation analogue à celui qu'on retrouve toujours dans l'ascite, ce qui tendrait à prouver que la collection liquide n'est pas encore arrivée à ce haut degré de tension qui, dans certains kystes, permet à peine de constater de la fluctuation.

En pareil cas, le toucher vaginal ne manque guère de donner de précieux renseignements. Le doigt rencontre ici un col un peu abaissé, dévié en avant vers

la symphyse, par conséquent moins accessible qu'à l'état normal, mais dont l'orifice se retrouve encore très bien, quoique un peu étalé, effacé pour ainsi dire.

On peut immédiatement se rendre compte des causes qui ont amené la déviation du col. Il est, en effet, en même temps du reste que tout l'utérus, fixé, immobilisé dans la situation qu'il occupe, par une saillie très évidente, développée dans les culs-de-sac du vagin.

Qu'on explore attentivement ces culs-de-sac en avant, en arrière, à droite : partout, on retrouve une saillie rénitente, fluctuante, qui rappelle la sensation déjà éprouvée pendant la première exploration sur l'abdomen, et qui démontre jusqu'à l'évidence que le kyste plonge dans l'excavation pelvienne. Quand on a soin de maintenir l'autre main fixée sur les parois abdominales, la fluctuation se transmet nettement de la main placée sur la tumeur au doigt fixé contre les culs-de-sac.

L'empiètement de la tumeur du côté de l'excavation, autour du col utérin qu'elle fixe de telle façon qu'on ne peut lui imprimer de mouvement, est encore prouvé par l'exploration du rectum.

De ce côté, on sent en effet le col immobilisé et entouré, surtout à droite, d'une saillie fluctuante qui l'a dévié en avant, au point de rendre sa recherche un peu difficile.

Le toucher rectal ne donne pas d'autres renseignements sur la situation de l'utérus et ses rapports avec la tumeur. Si haut que le doigt soit porté, si attentive que soit l'exploration, jamais on ne peut saisir autre chose que la juxtaposition de ces deux éléments, l'induration appartenant au col et la rénitence affirmant un kyste. Plus haut, on n'a plus de sensation nette ; on ne sait où est le corps utérin. La seule chose certaine dont on ait la preuve en dernier lieu, est qu'à gauche il n'y a rien : l'enceinte pelvienne et le col utérin sont là contigus : la tumeur ne s'est pas avancée de ce côté.

J'ai pu facilement introduire l'hystéromètre, et j'ai compté 8 centimètres et demi : peu de chose, par conséquent. L'utérus est un peu agrandi, tirailé, et certainement il n'a encore subi aucune altération capable de modifier beaucoup les dimensions de sa cavité.

En examinant les autres organes, je n'ai plus rien trouvé : les digestions sont bonnes, la circulation se fait sans entraves, la respiration est des plus normales. En aucun point, l'exploration, la pression ne révèlent un rythme anormal, une douleur fixe et persistante. Il semble dès lors que nous ayons tous les éléments d'un diagnostic précis. Je crois, en effet, que nous avons assez insisté sur les caractères physiques de cette tumeur, assez mis en relief la fluctuation nette dont elle est le siège, pour affirmer qu'il s'agit bien d'une collection liquide. Ce ne peut être une tumeur

ramollie, pas davantage un de ces kystes à contenu gélatiniforme, colloïde; mais nous savons que, dans cette région, les tumeurs liquides sont nombreuses. Du pus, du sang, de la sérosité, peuvent ici former des collections, et j'ai le devoir de vous prémunir contre une erreur de diagnostic toujours possible dans une région où, pour agir avec certitude, vous devez toujours envisager, dans un examen sérieux tous les cas, même les plus improbables.

Vous ne vous arrêtez pas longtemps à discuter la présence d'un abcès chaud qui se serait développé dans la fosse iliaque ou le ligament large. D'abord, l'observation de la malade ne rappelle aucun des signes d'une inflammation même légère, et la forme, la situation, le volume de la tumeur s'éloignent singulièrement de l'aspect offert en général par l'abcès iliaque ou pelvien.

Vous ne penserez pas davantage à un abcès froid, à un abcès ossifluent. S'il existait, il viendrait de la colonne vertébrale ou de l'enceinte pelvienne et l'examen minutieux que vous m'avez vu faire du rachis, des régions iliaque, sacrée ou pubienne est resté sans résultat. Je n'ai pas retrouvé un seul point sensible en courbant le tronc pour fléchir la colonne vertébrale, je n'ai point provoqué de douleurs et jamais la malade ne s'est plaint d'avoir éprouvé dans les membres inférieurs la moindre souffrance, le plus petit trouble de la sensibilité ou du mouvement.

Que penser d'un épanchement de sang, d'une hématocele? L'hématocele est, vous le savez, une affection peu fréquente, mais dont les caractères varient presque à l'infini. L'épanchement de sang est très limité dans quelques cas; il peut acquérir, surtout en vertu de transformations ultérieures, des proportions considérables dans d'autres circonstances.

Or, de nombreuses raisons éloignent l'idée d'une collection sanguine. La malade, quand elle a ressenti les premiers symptômes de sa tumeur, n'était plus réglée depuis quatre ans. D'un autre côté, la tumeur paraît avoir pris naissance sur un des côtés, à droite, et non en arrière de l'utérus sur la ligne médiane. Enfin, s'il s'agissait d'une hématocele ancienne, il faudrait encore admettre que la partie solide du sang épanché se serait peu à peu résorbée et qu'il ne serait plus resté que le sérum: travail lent, pénible, qui ne se comprend pas sans quelques souffrances, sans accidents de nature inflammatoire et qui n'aboutit jamais à une transformation telle de son contenu que toute trace des caillots épanchés disparaisse et qu'à la place de l'ancien foyer se développe un kyste séreux d'un volume considérable.

Il s'agit donc d'un liquide séreux formant du côté de l'hypogastre une tumeur volumineuse, un kyste dont l'origine demande encore à être discutée.

D'emblée, j'élimine certains kystes séreux nés dans l'épiploon, qui se développent toujours de haut en bas.

tandis que la tumeur que nous avons examinée s'est progressivement élevée de l'excavation pelvienne vers la cavité abdominale; j'élimine encore les kystes du mésentère, dont la marche est la même que ceux de l'épiploon et qui, de plus, fixés d'abord au devant de la colonne vertébrale, se trouvent constamment recouverts par la masse intestinale qui donne à la percussion un son clair. La matité est un caractère trop évident chez notre malade pour qu'elle ne vienne pas confirmer ce diagnostic différentiel.

D'autres tissus, cependant, Messieurs, voient encore se développer des kystes qui peuvent, en augmentant de volume, occuper une telle étendue qu'ils méritent d'être considérés. Le foie, par exemple, avec ses hydatides et ses kystes simples beaucoup plus rares. Il me suffit de le signaler.

Et le rein? Erreur difficile à commettre, mais qui a été commise. J'ai, avec le plus grand soin exploré la région rénale et je n'ai rien vu; examinant autour du rein tout l'ensemble de la cavité abdominale, je n'ai pas trouvé de masse directement en rapport avec lui: la tumeur m'en a toujours paru séparée. Ensuite, n'avions-nous pas une absence absolue des signes d'une altération des voies urinaires? Pas de sang, pas de graviers, pas de douleurs néphrétiques. J'ajoute, enfin, que si des kystes du rein peuvent envahir une grande partie de la cavité abdominale, ils ne descendent jamais dans le bassin pour venir

soulever les culs-de-sac péritonéaux autour du col utérin.

Je me garderai d'oublier la vessie, la rétention d'urine. C'est là un point pratique de la plus haute importance, car il faut savoir que de nombreuses erreurs ont été commises. Quand on apprend que la malade n'a pas eu de douleurs ni de mictions fréquentes, qu'on explore sa vessie sans résultat comme nous l'avons fait, la question est jugée et on doit enfin se demander lequel des deux organes est en cause: l'utérus ou l'ovaire?

Du côté de l'utérus, vous pensez tout d'abord aux tumeurs fibro-kystiques d'autant plus que notre malade a autrefois éprouvé, quelque temps avant la ménopause, de fortes pertes avec caillots. Un fibrome peut ainsi peu à peu ou tout à coup subir une transformation kystique, alors même qu'il s'agit d'une femme âgée: (rappelez-vous cette malade de 60 ans qui, il y a plusieurs mois, nous a offert un exemple saisissant de ces transformations tardives). Cependant, les cystofibromes utérins sont loin d'avoir une fluctuation aussi nette, aussi étendue que celle que nous voyons aujourd'hui. Leur paroi est toujours assez épaisse pour qu'il soit difficile de bien constater cette fluctuation; enfin, ils ne se forment jamais sans amener autour d'eux une certaine réaction et sans provoquer des douleurs souvent très vives.

Nous savons que rien de tout cela ne s'est présenté

dans notre cas. La tumeur n'occupe pas la ligne médiane et l'hystéromètre nous a montré une cavité utérine à peu près normale.

Il ne s'agit pas d'une tumeur utérine, fibro-kystique ou autre, telle par exemple que ces dilatations rares de la cavité utérine ou la grossesse méconnue. L'ovaire ou ses annexes et le tissu qui l'entoure, restent seuls enfin, et je veux rapidement passer en revue les lésions de la trompe, de l'ovaire lui-même, les kystes hydatiques, les kystes des ligaments larges.

Les kystes tubo-ovariens sont rares. On est peu d'accord sur leur anatomie pathologique, les uns voulant qu'ils soient développés dans la trompe elle-même, les autres admettant que la lésion a pour siège primitif l'ovaire. Les collections ainsi formées n'ont, du reste, jamais des dimensions bien considérables, et si elles viennent à en acquérir d'un peu exceptionnelles, elles s'ouvrent à un moment donné dans la trompe, formant des kystes intermittents qui apparaissent et s'effacent, amenant du côté du vagin des écoulements séreux qui suivent exactement les alternatives offertes par la tumeur. Il est évident que ces kystes ne sauraient être confondus avec celui de notre malade.

Poursuivons encore et demandons-nous si nous n'aurions pas affaire à un kyste hydatique ?

Mais, Messieurs, les kystes hydatiques de cette région se développent habituellement dans le tissu

cellulaire situé en avant du rectum et en arrière de l'utérus; ils gagnent du terrain en refoulant les organes voisins, et viennent faire saillie très haut dans le ventre; ils donnent quelquefois cette sensation de frémissement, qu'on a souvent signalée, et enfin, par le toucher rectal, on peut facilement les sentir du côté de la cloison recto-vaginale, où ils donnent la sensation d'un épaissement, d'une saillie.

Nous avons bien constaté que le cul-de-sac péritonéal utéro-rectal n'était pas tout à fait libre, mais la tumeur existait surtout latéralement, au lieu d'occuper la ligne médiane, et l'utérus était refoulé de côté, au lieu de se trouver simplement repoussé en avant, contre le pubis.

Nous restons en présence de l'ovaire et de ses dépendances directes. Sans détour, je vous dirai de suite que je ne crois pas à un kyste de l'ovaire. Les kystes ovariens sont presque toujours multiloculaires, et, à cause de leur point d'implantation, ils ont un pédicule long qui leur permet de s'étendre, de se répandre plus haut dans l'abdomen et de ne pas venir prendre un domicile étroit dans l'excavation du bassin. Ils ont des irrégularités de surface, partant, des irrégularités dans la répartition de la fluctuation. Jamais, sur eux, vous ne trouvez ce mouvement d'ondulation et la transmission d'un pôle extrême à l'autre que je vous ai tout à l'heure fait saisir quand nous cherchions la fluctuation.