hypertrophié peut y être englobé si complètement que sa configuration en est entièrement masquée.

Des difficultés de nature toute spéciale se présentent lorsque le kyste, grâce à un travail inflammatoire du péritoine, a contracté des adhérences intimes avec l'utérus ou bien qu'il s'est fixé dans le cul-de-sac de *Douglas*. On confond facilement un kyste soudé à l'utérus, avec un *fibrome utérin sous-séreux ou interstitiel*. Toutefois ce dernier déforme la cavité utérine : ce que l'on peut reconnaître par le cathétérisme. Le kyste soudé à l'utérus ne se distingue du fibrome sous-séreux que par la consistance, et même ce caractère n'est pas absolument décisif, attendu que les kystes ovariques englobés dans des exsudats inflammatoires peuvent devenir très durs. Dans ces circonstances, le diagnostic peut devenir impossible, à moins qu'on ne fasse une ponction exploratrice.

On éprouve parfois les plus grandes difficultés à se rendre un compte exact des cas, dans lesquels le kyste, après avoir contracté des adhérences dans le cul-de-sac de *Douglas*, continue à se développer, provoque des symptômes d'incarcération et secondairement de nouvelles manifestations inflammatoires du côté du péritoine.

Dans ces conditions, le diagnostic différentiel du kyste de l'ovaire et des affections suivantes peut offrir de grandes difficultés :

1. *Exsudat intrapéritonéal enkysté dans le cul-de-sac de Douglas*. L'exsudat peut offrir une forme nettement arrondie à sa face inférieure, mais en haut ses limites sont diffuses et il s'étend souvent sur les côtés jusque dans les fosses iliaques. Mais si le kyste lui-même est englobé dans un exsudat, on observera les mêmes symptômes et il est dès lors impossible de savoir si la tumeur tendue rétro-utérine est constituée par le seul exsudat ou bien si un kyste s'y trouve compris.

2. *L'hématocèle rétro-utérine* présente les mêmes caractères que les exsudats volumineux enkystés du cul-de-sac de *Douglas*.

3. *Fibrome utérin incarcéré* et compliqué d'inflammation du péritoine. Si l'exsudat est abondant au point de masquer la consistance naturelle du fibrome ou du kyste de l'ovaire, on ne peut plus avec certitude établir la nature du néoplasme. Dans tous ces cas, la ponction, faite avec prudence, ne peut nuire beaucoup et elle fournit des renseignement précieux. Elle nous indique la nature du liquide contenu dans la tumeur : liquide kystique, liquide séreux, purulent ou sanguin, ou bien absence de liquide.

4. *Rétroflexion de l'utérus gravide* avec symptômes d'incarcération. Cette affection ne peut être reconnue qu'après chloroformisation, à cause de l'extrême sensibilité de la tumeur. On pratiquera l'exploration

bimanuelle. Dans les tumeurs de l'ovaire, le corps de l'utérus a conservé à peu près sa position primitive normale, tandis qu'en rétroflexion il n'occupe plus sa place ordinaire.

On rencontre des difficultés tout aussi considérables lorsque la tumeur atteint un grand volume. Plus le kyste s'est développé, — l'accroissement continu est la règle, — plus le diagnostic devient compliqué.

Nous faisons abstraction des cas, qui du reste donnent assez souvent lieu à des erreurs, et que l'on a appelés *pseudo-tumeurs* de *l'abdomen*. Qu'elles soient dues à des gaz ou à des matières fécales dans l'intestin, à des dépôts abondants de graisse dans l'épiploon, le tissu conjonctif sous-péritonéal ou tout autour de l'intestin, elles peuvent occasionner une augmentation énorme du volume du ventre et donner la sensation de tumeurs diffuses.

Ces tumeurs, tout aussi bien que celles produites par la contraction de quelques groupes de muscles abdominaux chez les hystériques et qui peuvent en imposer pour des tumeurs du ventre, se laissent le mieux reconnaître pendant le sommeil chloroformique (1).

Lorsqu'on reconnaît à la palpation que la cavité abdominale contient du liquide, il convient avant tout de décider si ce liquide est libre dans le ventre (*ascite*), ou bien s'il est contenu dans un kyste, c'est-à-dire dans une poche fermée. Cette distinction n'est difficile que dans des circonstances exceptionnelles : d'ordinaire elle est aisée à établir.

Déjà à la simple inspection de l'abdomen on est frappé de la forme caractéristique de l'ascite : le ventre est plat, les flancs sont bombés, tandis que le kyste élastique et ferme fait bomber la paroi abdominale au centre. A la palpation, le kyste, lorsqu'il est fortement tendu, offre la sensation d'une tumeur circonscrite, qui présente une élasticité ou une fluctuation évidente. En faisant changer la femme de position, la fluctuation se déplace notablement dans l'ascite, et ne change guère dans le kyste.

Mais si les parois du kyste sont minces, si celui-ci est flasque et peu tendu comme c'est le cas quand on a fait antérieurement des ponctions ou après un accouchement ou une rupture partielle, il est nécessaire de recourir à la percussion. Quand il y a du liquide libre dans le ventre, les intestins surnagent : l'on perçoit dans les flancs un son mat, et à la

(1) Au sujet de la lordose des vertèbres lombaires, chez les hystériques, qui persiste parfois dans la position couchée, voir KRUKENBERG *Arch. f. Gyn.* Bd. 23, p. 139.

paroi antérieure du ventre un son tympanique. C'est l'inverse pour les gros kystes. En outre, l'ascite change de place quand on modifie le décubitus de la patiente ; le kyste ne subit aucun déplacement ou bien il ne se déplace qu'en entier et dans de très faibles limites.

Si facile que soit d'ordinaire la distinction entre l'ascite et le kyste, on peut pourtant pour différentes raisons arriver à des confusions fort désagréables. Il peut arriver par exemple dans l'ascite que le tronc de la femme étant très relevé, la paroi abdominale dans la région sus-pubienne, donne un son mat, quequefois même jusqu'au nombril ; ce son devient tympanique dès que l'on couche la femme bien horizontalement. Quand l'ascite est poussée à un degré extrême, on peut trouver un son mat, au milieu de la paroi abdominale, le mésentère trop court retenant sous le liquide les anses intestinales. Ces cas se caractérisent du reste par le fait que la percussion superficielle donne de la matité, tandis qu'à une percussion profonde, qui refoule le liquide, le son tympanique revient.

D'autre part, on peut trouver également dans l'ascite un son intestinal dans les flancs, spécialement à droite lorsque le cœcum et le colon sont distendus par des gaz. Exceptionnellement, on trouve un son tympanique évident des deux côtés, lorsque l'intestin est fixé en cet endroit par des adhérences. Dans des cas très rares, le kyste peut donner les mêmes symptômes à la percussion que l'ascite : lorsqu'il communique avec l'intestin et se laisse envahir par des gaz, ou bien lorsqu'après la ponction, des gaz s'y sont développés.

Le diagnostic peut être très difficile quand les parois du kyste sont minces et extraordinairement relâchées comme après une ponction. Le liquide peut alors donner lieu aux mêmes symptômes que s'il était libre dans la cavité abdominale.

Le *signe caractéristique de l'ascite*, résultant de ce que les anses intestinales surnagent au liquide, peut faire défaut, lorsque les intestins sont agglutinés entre eux par des adhérences inflammatoires, comme cela arrive souvent dans la péritonite tuberculeuse. Les intestins accolés sont alors maintenus contre la colonne vertébrale, tandis que le ventre tout entier est uniformément distendu par le liquide. Alors même que les intestins ne sont pas agglutinés, on peut, dans le cas de péritonite tuberculeuse avec épanchement, obtenir par la percussion des signes qui portent à croire à un kyste dont les parois seraient relâchées. Peut-être qu'alors l'intestin, criblé de nodosités tuberculeuses, devient trop lourd pour pouvoir surnager.

Il existe aussi des cas de péritonite chronique, où le péritoine viscéral, autant que le péritoine pariétal, est recouvert de nodosités

irrégulières, semblables à des végétations cancéreuses, et qui donnent lieu à une production abondante d'épanchement inflammatoire. Il convient alors de faire le diagnostic entre la péritonite tuberculeuse et cancéreuse.

Dans les cas douteux, il faut attacher beaucoup d'importance aux anamnestiques et à l'exploration du ventre après la ponction : on parvient alors à trouver une cause plausible à une ascite aussi développée *(tuberculose* ou *cancer du péritoine, asystolie, maladies du foie* et *des reins). La cirrhose du foie*, qui peut produire un haut degré d'ascite, peut être très difficile à diagnostiquer. *Les maladies cardiaques et rénales* présentent de plus de l'œdême en d'autres endroits du corps ; cependant j'ai vu dans une affection du cœur, une ascite sans œdème des membres inférieurs, que l'on avait prise pour un kyste de l'ovaire.

Nous verrons plus loin les indices que l'on peut tirer de la nature du liquide obtenu par la ponction.

Si par les moyens mentionnés ci-dessus, on s'est assuré de l'existence d'une collection liquide enkystée, il y a des présomptions en faveur d'un kyste de l'ovaire, attendu que les accumulations de liquide dépendant d'une autre cause, sont beaucoup plus rares.

Pour assurer le diagnostic, il est de la plus grande importance de se rendre compte des *rapports qu'affecte la tumeur avec les organes génitaux*.

A cet effet, on fera avec attention l'examen bimanuel. On saisit l'utérus, chose facile s'il est en antéversion (s'il est en rétroversion il n'est pas rare de pouvoir l'amener en avant au-dessous de la tumeur), puis on explore avec soin les annexes. Sont-elles normales, n'aboutissent-elles pas à la tumeur, les deux ovaires se laissent-ils bien explorer, il ne peut y avoir question d'une tumeur ovarique. Dans le cas concontraire, les annexes ne sont normales que d'un côté, et de l'autre elles se rendent à la tumeur.

Mais souvent l'utérus se trouve si haut, que la main, qui à cause de la tumeur ne peut déprimer la paroi abdominale qu'immédiatement au-dessus de la symphyse, n'arrive pas jusqu'au fond de l'utérus et que l'exploration bimanuelle des organes génitaux est impossible. C'est alors qu'il convient de recourir à la méthode de *Hégar :* elle consiste à saisir le col de l'utérus avec une pince de Muzeux et à abaisser la matrice suffisamment pour pouvoir explorer les annexes entre les deux mains. Si le pédicule est long et lâche, on en facilite la palpation, quand, à l'exemple *B. Schultze,* on fait relever la tumeur par des aides.

Le diagnostic devient très difficile, lorsqu'il s'agit de tumeurs considérables surpassant en volume l'utérus à terme. Les rapports de

l'utérus et de la tumeur sont alors plus difficiles à reconnaître, car on ne peut plus pénétrer avec la main au-dessus de la symphyse. Le procédé par abaissement de la matrice peut ici encore rendre de précieux services.

Quand la matrice est très mobile relativement à la tumeur, il faut penser plutôt à une origine ovarique et non à un cysto-fibrome. Mais lorsque l'utérus a contracté des adhérences très étendues dans le petit bassin, il devient impossible d'établir un diagnostic certain par la seule exploration externe.

Quand on a affaire à des tumeurs kystiques considérables, et dont le diagnostic est incertain, il faut éviter de les confondre avec les états pathologiques suivants :

1. *Exsudat péritonéal enkysté.* Lorsque l'accumulation de liquide n'est pas très forte, comme c'est souvent le cas après des péritonites, la confusion ne sera point facile ; mais la tuberculose et le cancer de l'épiploon et du péritoine peuvent donner lieu à des tumeurs plus considérables, offrant des analogies avec les kystes de l'ovaire.

On trouvera un élément de diagnostic différentiel dans les antécédents et l'état général actuel de la malade ; c'est ainsi que dans la tuberculose, on pourra démontrer la présence de tubercules dans d'autres organes et de plus il y a de la fièvre. La sensibilité à la pression est un signe qu'il ne faut point mépriser, quoiqu'elle puisse être très faible et même faire défaut. De plus, les exsudats enkystés ont toujours des limites plus diffuses que les kystes ovariques circonscrits par des parois nettes, et de ce chef ne se laissent point si bien délimiter par la palpation. Souvent ces exsudats sont accolés à la paroi abdominale antérieure, de sorte qu'à la percussion, on entend le son tympanique des intestins à travers la nappe liquide. Dans le cancer du péritoine ou de l'épiploon, on peut parfois sentir les nodosités cancéreuses au sein de l'exsudat ; seulement ces tumeurs offrent une ressemblance des plus frappantes avec les kystes multiloculaires bosselés de l'ovaire, plongeant dans un liquide ascitique abondant. Il convient de remarquer en outre que de petits kystes peuvent être si mobiles sur le grand kyste, qu'on a de la peine à s'imaginer que la petite tumeur fait corps avec la tumeur principale. La percussion rend alors de précieux services. Les tumeurs cancéreuses de l'intestin présentent toujours une résonnance tympanique ; on ne se méprendra donc pas facilement sur la nature des tumeurs bosselées qui donnent une résonnance intestinale.

Les végétations carcinomateuses et surtout papillaires du cul-de-sac de *Douglas* prêtent moins à équivoque. Elles peuvent pourtant être

confondues avec des coagulations fibrineuses occupant le même endroit. La dépressibilité des végétations papillaires est tout à fait caractéristique.

Dans le doute, la palpation donne des renseignements certains, pourvu que le liquide ait été retiré par la ponction. Le dépôt qui se forme au fond du liquide contient parfois des cellules cancéreuses caractéristiques.

2. On pourrait confondre les kystes de l'ovaire avec d'autres kystes abdominaux et en premier lieu avec :

L'hydronéphrose. Les kystes rénaux constituent l'écueil le plus dangereux que le diagnostic différentiel ait à éviter. Quand ils sont fort développés, ils offrent à l'examen externe les mêmes caractères que les kystes de l'ovaire.

Les observations ayant trait à ces affections forment une statistique des plus riches.

Voici les caractères différentiels des deux affections :

L'hydronéphrose, comme toutes les tumeurs rétropéritonéales, repousse les intestins au-devant d'elle, tandis que le kyste de l'ovaire les refoule de côté. Ce caractère n'existe pas toujours, attendu que des poches hydronéphrétiques volumineuses peuvent aussi déjeter les anses intestinales de côté (1) et que les kystes ovariques, tout au moins les sous-séreux, ont assez souvent des intestins au-devant d'eux : le cœcum pour les tumeurs de droite, la courbure sigmoïde pour celles de gauche. La présence de l'intestin au-devant du néoplasme peut être difficile à démontrer, l'intestin comprimé pouvant être vide d'air, et ne pas donner un son tympanique. *Spencer Wells* prétend que l'on peut sentir les contractions péristaltiques en roulant le viscère sous le doigt ou bien qu'on y perçoit des bruits, et que l'on peut du reste y insuffler de l'air par le rectum. *Simon* recommande d'introduire dans le gros intestin un long tube en gomme élastique flexible. Ce tube glisse devant la tumeur, si on a affaire à une hydronéphrose, et derrière elle si c'est un kyste de l'ovaire.

Les grosses tumeurs qui partent du rein droit sont bordées à leur côté interne par le côlon ascendant, tandis que côlon descendant recouvre transversalement celles qui partent du rein gauche.

Pawlik (2) a constaté qu'à la face postérieure des tumeurs rénales, on découvre souvent, par le palper, des restes considérables de tissu rénal qui ont conservé la forme du rein.

Au toucher vaginal : les tumeurs ovariques s'appliquent plus forte-

(1) Scheltelig. *Archiv f. Gyn.*, Bd. I, p. 426.
(2) *Internat. klin.*, Rundschau, 1887.

ment sur la marge du bassin ; cependant elles peuvent siéger très haut lorsque leur volume est considérable.

Des urines purulentes, albumineuses, sanguinolentes feront penser plutôt à l'hydronéphrose.

Si, au moyen de pinces du *Muzeux*, on abaisse l'utérus, et qu'on pratique le toucher rectal, on s'apercevra souvent de l'indépendance des organes génitaux vis-à-vis de l'hydronéphrose ; cependant le péritoine pelvien, attiré en haut pour recouvrir des tumeurs hydronéphrétiques considérables, peut simuler la présence d'un pédicule.

Dans beaucoup de cas, la ponction elle-même ne lève pas le doute. Les poches hydronéphrétiques anciennes peuvent ne pas accuser l'existence de produits urinaires ; et les kystes ovariques peuvent exceptionnellement renfermer de l'urée.

Le diagnostic de l'hydronéphrose touche de près à celui du *tumeurs malignes* et des *échinocoques* du rein (1).

Les tumeurs d'*échinocoques siègeant dans le petit bassin* (2) ne sont pas non plus faciles à reconnaître, du moins lorsqu'on ne fait pas la ponction qui est assez dangereuse. J'ai moi-même (3) extirpé deux kystes d'échinocoques avec leur capsule fibreuse, qui avaient été mal diagnostiqués.

D'autres kystes abdominaux, comme ceux décrits par *Montet* (4) sous le nom de *kystes hydatiques de la paroi antérieure* et ceux que *West* (5) a trouvés dans l'épiploon, peuvent donner lieu également à des erreurs, car ces néoplasmes sont si rares que l'attention n'est pas portée de ce côté.

3. *Fibromes interstitiels mous et tumeurs fibro-kystiques de l'utérus* (6)

Toutes les tumeurs provenant de l'utérus sont reliées plus étroitement à cet organe, et leur insertion est plus large. Lorsque l'utérus se trouve au devant de la tumeur, on pourra le plus souvent déterminer ses rapports. Si au contraire l'utérus se trouve derrière le néoplasme, il faudra commencer par attirer l'organe en bas. Cependant une tumeur ovarique, ayant contracté des adhérences avec la matrice, peut présenter les mêmes rapports qu'un cysto-fibrome pédiculé. En général, la mobilité de la tumeur et le volume normal de l'utérus doivent faire soupçonner plutôt une tumeur de l'ovaire. Des rapports plus étroits

(1) Spiegelberg. *Arch. f. Gyn.* Bd. I, p. 146 ; Schatz, *Arch. f. Gyn.* Bd. IX, p. 115 ; Geissel, *Deutsche med. Woch.* 1877, nº 43.
(2) Freund. *Arch. f. Gyn.* Bd. 15, p. 225.
(3) Bröse *D. i.* Gœttingen. 1882.
(4) *Gazette hebd.* 3 mai 1872, nº 18.
(5) *Lehr. der Frauenkrankheiten.* III, Aufl. p. 669.
(6) Pour le diagnostic différentiel entre ces deux affections, voir Spencer Wells, *Médico-chir. Transact.* Vol. VI, et *loc. cit.* p. 183 ; Kidd, *Dublin J. of med. Sc.* Janv. 1872, p. 39 ; Péan et Urdy, *Hystérectomie.* Paris, 1873, p. 117 ; Heer, *Ueb. Fibrocysten d. Uterus.* Zürich, 1874.

entre l'utérus et le néoplasme et l'allongement de l'organe feront pencher la balance du côté du myome.

La palpation de la tumeur a une grande importance. Les tumeurs fibreuses de l'utérus sont plus dures, ou du moins les parties solides l'emportent sur l'élément fluctuant. Cependant, il y a des myomes qui présentent, à la palpation, une élasticité aussi nette que certains kystes ovariques. Dans les tumeurs ovariques, les parties solides se trouvent presque exclusivement à l'entrée du bassin. On entend de temps à autre le souffle utérin dans le fibrome, presque jamais dans le kyste de l'ovaire. La ponction des tumeurs fibro-kystiques ne donne presque rien, parfois du sérum translucide ou sanguinolent en faible quantité, attendu que le liquide est logé dans de très petites poches. Exceptionnellement on retirera de grandes quantités de liquide jaune. Ce liquide, d'après *Atlee* (1), présente ceci de particulier qu'il se coagule en majeure partie comme le sang. *Heer*, *Fehling* et *Leopold* prétendent qu'il n'en est ainsi que pour certains fibro-cystomes, et d'autre part le liquide ovarique renferme de la substance fibrinogène, lorsque du sang s'est épanché dans le kyste. La densité est de 1020.

Les renseignements anamnestiques ne doivent pas être laissés dans l'ombre. Les tumeurs fibro-kystiques ont le plus souvent occasionné des hémorragies (2).

Toutefois il n'est pas toujours possible d'éviter la confusion des tumeurs solides de l'ovaire adjacentes à l'utérus, par rapport aux myomes mous et aux fibro-cystomes.

4. *Utérus agrandi par distension de sa cavité : grossesse, hématométrie, fibromes sous-muqueux ou interstitiels, qui se sont développés vers l'intérieur de la cavité utriculaire.* Dans ces cas, il faut chercher à prouver l'accroissement propre de l'organe utérin, de même que dans le kyste de l'ovaire, on s'efforce de reconnaître à côté de la tumeur, l'utérus dont le volume a peu ou point changé. Cette dernière preuve peut être parfois difficile à fournir, surtout lorsque l'utérus se trouve derrière la tumeur et que des adhérences intimes ont effacé les limites respectives de l'utérus et de la tumeur. L'*hématométrie* sera des plus faciles à exclure par les anamnestiques ainsi que par d'autres moyens d'exploration.

(1) *Loc. cit.*, p. 154, 262 et 464.
(2) Pour la casuistique des erreurs de diagnostic entre ces deux affections, voir : Kumar, *Wien. med. Presse*, 1867, p. 703 ; Stilling, *Deutsche Klinik*, 1868, p. 89 ; Germann et Simon ; voir Grenser, *Ovariotomie*, p. 103 ; Lee, *New-York med. Record.*, janv. 1870, p. 495 ; Tappenhorn, *Deutsche Klinik*, 1871, p. 30 ; Paclard, *Amer. J. of med. Sc.*, oct. 1871, p. 433 ; Roberts, *Lanc.*, 25 nov. 1871 ; Landi, *Lo sperimentale*, 1871, p. 31 ; Battey, *Brit. med. J.*, 4 nov. 1871, p. 517 ; Mc. Guire, *Med. Times*, 1er avril, 1872.

S'il y a *grossesse*, on doit pouvoir trouver les bruits du cœur, les mouvements et les membres de l'enfant : le vagin et la portion vaginale du col offrent des modifications caractéristiques. Le souffle utérin est très rare dans les kystes de l'ovaire. S'il y a grossesse molaire, ou si le fœtus est mort et décomposé, ces signes font défaut, et tout se réduit alors à prouver que la tumeur n'est autre que l'utérus agrandi. Pour cela, il faut chercher à constater, par une palpation attentive, que le col se continue directement avec la tumeur.

Les fibromes proéminents dans la cavité de l'utérus donnent toujours lieu à des hémorragies, et les fibromes sous-muqueux se caractérisent par l'effacement du col. Les fibromes interstitiels se développent-ils plus en dehors, il faut se rappeler les signes que nous avons indiqués plus haut.

5. *Grossesse extra-utérine.* Ici également il faut attacher la plus grande importance à la constatation des parties fœtales et des bruits du cœur de l'enfant. Lorsque le produit de la conception est mort et que le sac fœtal s'est décomposé, le diagnostic peut offrir les plus grandes difficultés, surtout lorsque les anamnestiques font défaut. Nous reviendrons plus loin aux analogies que peuvent présenter une tumeur ovarique compliquée d'ascite abondante et une grossesse extra-utérine.

6. *Tumeurs du foie* (déplacement du foie) (1). Le diagnostic doit pouvoir se faire sans difficulté, pendant la narcose chloroformique ; cependant la détermination d'une tumeur du foie déplacé n'est pas toujours facile. Le rebord tranchant du foie et l'échancrure pour la vésicule biliaire donnent des sensations caractéristiques. J'ai observé une femme enceinte de cinq mois, chez laquelle le foie était très arrondi. On pouvait sentir la vésicule biliaire ; de plus, en attirant la tumeur à gauche et en bas, la matité hépatique disparaisssait, mais le ligament suspenseur du foie se laissait alors sentir. La tumeur se laissait refouler parfaitement dans la région du foie ; celle-ci présentait alors de nouveau la matité ordinaire. C'est ainsi que le diagnostic put être fixé. Cependant, il fallait comprimer pendant quelque temps la tumeur contre le diaphragme avant de pouvoir dégager entièrement les anses intestinales interposées.

De toutes les tumeurs proprement dites du foie, celles qui proviennent d'*échinocoques* sont les plus importantes. Elles peuvent être si volumineuses qu'elles viennent reposer sur la marge du bassin. Les anamnestiques diront que la tumeur s'est développée de haut en bas.

(1) Meisler, *Schmidt's Jahrb.* Bd. 141, p. 107 ; Winkler, *Archiv f. Gyn.* Bd. IV, p. 145 ; Leopold, *Archiv f. Gyn.* Bd. VII, p. 152.

L'exploration minutieuse démontre alors que la tumeur se continue directement avec le foie et participe aux excursions respiratoires. L'exploration bimanuelle, sous la narcose, indiquera la parfaite intégrité des organes génitaux. On m'a un jour envoyé à ovariotomiser une femme qui avait un énorme *cancer du foie.*

Les kystes de la vésicule biliaire n'atteignent que rarement des dimensions aussi exagérées que dans le cas de *Simpson* (1). Ils peuvent alors donner lieu à des difficultés de diagnostic.

7. *Tumeurs de la rate.* Elles offrent des caractères propres si marqués, qu'une exploration consciencieuse ne saurait les méconnaître. La rate tuméfiée offre la sensation d'une tumeur lisse très résistante, occupant décidément le flanc gauche : du moins retombe-t-elle franchement de ce côté dans le décubitus latéral gauche, bien que, la femme étant couchée sur le dos, la tumeur puisse dépasser de beaucoup la ligne médiane. De plus, le néoplasme présente à droite un bord tranchant qui se dirige en ligne droite, — parfois en offrant une légère échancrure correspondant au hile, — de haut en bas et de gauche à droite. Ce rebord est tranchant et coupé en biseaux aux dépens de la face postérieure de la tumeur. Les tumeurs ovariques ne présentent pas une telle délimitation à droite. J'ai vu des cas de *rate mobile très volumineuse* où cet organe arrivait jusque dans le petit bassin et dont la forme caractéristique levait tout les doutes (2).

8. *Rein mobile* (3). Le rein mobile peut donner lieu à des erreurs, lorsque comme dans un cas que l'on m'avait envoyé à ovariotomiser, l'organe est notablement agrandi et qu'il arrive au contact de la paroi abdominale antérieure et vient s'appliquer fermement sur la marge du bassin. On aura égard à la forme particulière propre de la tumeur, et de plus on s'efforcera d'établir par l'examen bimanuel que la tumeur n'a pas de connexion avec les organes génitaux. De plus, le rein est très facile à déplacer et on peut le remettre à sa place habituelle à droite du nombril (il est très exceptionnel que l'on ait affaire au rein gauche). On éclairera le diagnostic, en prouvant que la région rénale est vide, ce que l'on peut faire parfois par la palpation abdominale et la percussion de la région dorsale.

9. *Lipomes ou fibromes du mésentère ou de l'épiploon.* Ces tumeurs peuvent offrir des analogies frappantes avec les néoplasmes ovariques, lorsqu'elles atteignent — ce qui, du reste, est rare, — des dimensions

(1) *Diseases of women.* Edinburgh, 1872, p. 432.
(2) Ont rapporté de semblabes confusions : Hecker, *Klin. f. Geb.* Bd. II, p. 221 et Sulivan, *Boston gyn. Journ.* Vol. IV, p. 275.
(3) Fritz, *Archives de méd.* 1859. Vol. II, p. 158 et 301 ; West, *Frauenkrankheiten*, 3 Aufl., p. 670. Aussi Rollet, *Pathol. u. Ther. d. beweglichen Niere.* Erlangen, 1866 ; Jaco, *Medical Times*, 1872, vol. II, p. 1160 ; Howitz, *Brit. a. for. med. chir. Review.* Oct. 1873. p. 521.

très considérables. *Bailey* (1) a trouvé à l'autopsie deux lipomes monstrueux, dont l'un pesait 15 et l'autre 22 livres. *Spencer Wells* (2) aussi rapporte des cas de ce genre (3). — *Cooper Forster* (4) a observé une tumeur pesant 55 livres.

10. *Tumeurs du tissu conjonctif de la paroi abdominale antérieure. Herzog* (5), *Graetzer* (6), *Guerrier* (7) et *Sänger* (8), ont surtout attiré l'attention sur ces néoplasmes.

J'ai opéré moi-même trois de ces cas. Au point de vue du diagnostic différentiel, il convient de faire remarquer que les tumeurs de la paroi abdominale sont très superficielles et qu'en les déprimant, on déprime en même temps toute la paroi abdominale.

Le diagnostic peut présenter des *difficultés spéciales*, lorsque par sa partie inférieure sous-péritonéale, la tumeur ovarique s'est développée *à l'intérieur du tissu conjonctif du pelvis*. Elastique et tendue, la tumeur est alors fixée solidement dans le petit bassin derrière l'utérus soulevé et étiré. Cet organe est attaché par un de ses côtés à la tumeur, tandis que l'autre côté avec les annexes correspondantes devient facilement accessible au palper.

On peut se trouver en présence du même tableau symptomatique, lorsque la tumeur est fixée dans le petit bassin par des adhérences, de sorte que ces deux affections sont assez souvent difficiles à distinguer.

Enfin comme conclusion, je tiens encore à ajouter expressément que lorsque la tumeur abdominale atteint un volume extraordinaire, tout diagnostic certain peut devenir impossible. La tumeur touche alors de si près, quelle que soit son origine, aux organes voisins, elle a contracté avec eux des adhérences si étendues, que même à l'autopsie il est difficile de décider, comme je l'ai vu dans un cas de kyste de l'ovaire, si la tumeur est partie de l'ovaire ou du foie.

Des difficultés d'une autre nature se présentent, dans le cas de *complications*. Mentionnons d'une manière spéciale :

1. Le *kyste de l'ovaire compliqué d'ascite*. Il est très fréquent de trouver un léger degré d'ascite en même temps que le kyste. L'ascite passe alors inaperçue et n'altère en rien le diagnostic, Mais la situation

(1) *Amer. Journ. of Obst.* Vol. VI, p. 38.
(2) *Loc. cit.*, p. 146.
(3) Voir aussi Roth, *D. i.* Zürick, 1882.
(4) *Pathol. Transact.*, Vol. 19.
(5) Voir aussi Weinlecher, *Wiener med. Blätter*, 1883, n° 1.
(6) *D. i.* Breslau, 1879.
(7) *Thèse de Paris*. 1883.
(8) *Arch. f. Gyn.* Bd. 24, p. 1.

change, lorsque l'ascite est prononcée. Si en même temps le kyste ovarique est très petit, il peut échapper complètement à l'investigation. S'il est plus gros et s'il présente des protubérances bosselées à sa surface, on obtiendra à la palpation une sensation toute particulière. On perçoit alors, au sein du liquide accumulé dans le ventre, des tumeurs proéminentes, faciles à déplacer, qui rappellent la sensation que donnent les membres de l'enfant dans le liquide amniotique ou des nodosités cancéreuses nageant dans de l'ascite. On différenciera ces états d'après les indications données plus haut. Il est intéressant de remarquer que le liquide libre, épanché dans la cavité abdominale, provient souvent, du moins pour sa plus grande part, d'un kyste rompu.

2. *Kyste de l'ovaire et grossesse*. Pendant la seconde moitié de la gestation se montrent des signes si certains de grossesse que le diagnostic ne saurait offrir de grandes difficultés. Pendant la première moitié, l'utérus caché derrière la tumeur ovarique peut échapper facilement, ou bien on peut le prendre, quand on le découvre, pour une seconde tumeur dépendant de l'autre ovaire.

Il est arrivé à *Spencer Wells* lui-même de ponctionner, au cours d'une ovariotomie, l'utérus gravide qu'il prenait pour un second ovaire hypertrophié ; il faut donc toujours penser à la possibilité d'une telle complication. L'attention une fois éveillée sur ce point, le diagnostic ne saurait offrir de difficultés, attendu que l'on reconnait au palper l'augmentation de l'utérus et sa consistance molle, caractéristique de la grossesse.

3. *Kyste de l'ovaire et myome de l'utérus*. Cette coïncidence n'est pas rare, et en général il est possible d'établir un diagnostic positif par l'examen bimanuel, fait avec soin. L'utérus, agrandi de la manière qui est caractéristique pour les myomes, peut en effet être séparé de la tumeur ovarique élastique, à laquelle il est relié par un pédicule.

Nous avons encore à résoudre une question : comment parvient-on à déterminer *quel est l'ovaire malade ? Comment sait-on s'ils le sont tous les deux ?*

Lorsque les tumeurs sont très grosses, la solution du problème peut offrir des difficultés considérables ; elle n'a d'ailleurs pas d'importance spéciale. Avec les procédés d'exploration dont nous disposons, il faut pouvoir déterminer, après un examen attentif, de quel côté se trouve l'ovaire normal et de quel côté se trouve le pédicule qui se rend à la tumeur. Le plus sonvent, avant même de pratiquer l'opération, on sait déjà si le second ovaire est normal, ou s'il est également augmenté de volume.