

et ses troubles fonctionnels, au point que l'erreur a été commise par les chirurgiens les plus expérimentés et poussée jusqu'à la laparotomie. Les observations en abondent. L. Tait a donné le nom de *tumeurs fantômes* à ces pseudo-tumeurs et Spencer Wells, Nélaton, Terrillon ont justement insisté sur les difficultés et l'importance de leur diagnostic. Leur pathogénie est obscure, mais on ne les observe guère que chez des hystériques et le meilleur moyen à employer pour les faire évanouir, c'est de recourir à la résolution chloroformique.

L'existence réelle d'une tumeur étant reconnue, celle-ci est-elle ovarique ?

Les causes de confusion à éliminer diffèrent suivant que la tumeur est peu volumineuse et encore pelvienne ou qu'elle a envahi l'abdomen.

1° Elle est pelvienne, latérale, empiétant plus ou moins derrière l'utérus, tendue, élastique, régulière, indolente, plus ou moins mobile, indépendante de l'utérus dont on sent le fond et, si on a pu reconnaître un ovaire, ce qu'on doit chercher à faire par le toucher et le palper, elle occupe la situation de l'autre ; tels sont les caractères du kyste pelvien et qui servent à le distinguer des affections suivantes : l'hématocèle, la rétrodéviation, les *exsudats inflammatoires*, la *rétroflexion de l'utérus gravide*, qui ont en outre une histoire antérieure différente. Dans ce dernier cas, les signes de grossesse sont surajoutés et le col est reporté en avant. Les *fibromes sous-péritonéaux*, même longuement pédiculés et mobiles, se reconnaissent généralement à une augmentation de la cavité utérine, à leur consistance et aux métorrhagies qui accompagnent leur évolution. La *grossesse extra-utérine*, malgré l'aménorrhée et certains signes de grossesse, est parfois, à son début, d'un diagnostic très délicat et exige plusieurs examens et quelque temporisation avant qu'on puisse se prononcer.

Les collections de *salpingo-ovarite*, les kystes tubo-ovariques ont des limites moins nettes, sont douloureux à l'exploration et se sont développés avec leur symptomatologie propre, beaucoup plus bruyante. L'*hydrosalpinx* cependant a été pris plus d'une fois pour un kyste, ce qui n'a pas grand inconvénient : la poche, toutefois, est, dans le cas d'*hydrosalpinx*, plus petite ordinairement, souvent irrégulière, bosselée et accompagnée de quelque lésion annexielle de l'autre côté. Nous ne citerons que pour mémoire les *tumeurs stercorales*, auxquelles il faut songer, et l'*ovarite microkystique*, qui est latérale et facile à distinguer.

2° La tumeur est *abdominale*, et il y a lieu d'établir une distinction suivant qu'elle est : a) de *moyen volume*, ou b) qu'elle emplit tout l'abdomen.

a. Dans la première hypothèse, elle pourrait être confondue avec d'autres tumeurs d'*origine abdominale* développées aux dépens du

foie, de la rate, du rein, du mésentère, ou d'*origine pelvienne*, vésicale, utérine ou annexielle.

Les tumeurs à développement de haut en bas, ou d'arrière en avant comme l'*hydronephrose*, les *kystes du foie*, les *tumeurs de la rate* et du *mésentère*, de l'*épiploon*, sont plus rares, refoulent en avant la masse intestinale ou au moins le côlon, ce qui donne, à la percussion, des signes distinctifs ; elles laissent négative l'exploration vaginale, se sont développées de haut en bas et non de bas en haut, et les malades fournissent, à l'interrogatoire, des renseignements différents de ceux que comportent les tumeurs ovariennes. Compliquées d'ascite, elles sont parfois d'un diagnostic assez difficile pour n'être reconnues qu'à l'incision exploratrice.

Les *tumeurs néoplasiques ou inflammatoires de la paroi abdominale* sont faciles à reconnaître. Les *péritonites enkystées* de nature *tuberculeuse* ou *cancéreuse* s'accompagnent d'une zone d'empâtement diffus au-dessous de l'ombilic, ont des limites moins nettes, une consistance plus inégale, sont douloureuses à la pression — *cri intestinal* de Guéneau de Mussy — et ont un retentissement plus rapide et plus profond sur la santé générale.

b. Lorsque la tumeur évolue de bas en haut, il faut songer tout d'abord à la *distension vésicale*, cause d'erreur assez commune, et sonder soi-même la malade ; puis on recherchera le fond de l'utérus. S'il le trouve à son niveau normal, il s'agit d'une tumeur annexielle ; dans le cas contraire, d'une tumeur utérine. Parmi celles-ci, il n'y a guère de confusion possible qu'avec l'*hématométrie*, certains *fibromes* et la *grossesse*.

L'*hématométrie* se reconnaît bientôt à son mode de développement et d'après la notion anatomique de ses causes. Les *fibromes* exposant à la confusion sont surtout les variétés kystiques ou pédiculées et l'utérus géant. Dans tous les cas, si la consistance et l'absence de métorrhagies caractéristiques peuvent laisser des doutes, ils sont levés par l'hystérométrie et par la constatation de la solidarité de la tumeur avec l'utérus, réalisée par le toucher ou l'hystérométrie combinée au palper.

La *grossesse* peut exposer à l'erreur, surtout si elle est compliquée d'*hydramnios* qui en masque les signes évidents et empêche de percevoir les bruits du cœur et les parties fœtales. Il faut, en pareil cas, rechercher avec plus de soin les autres signes de grossesse, tels que les modifications mammaires, le ballotement, les nausées, l'état du col, etc., et, au besoin, *savoir attendre* l'engagement ou tel autre signe de certitude. On peut encore avoir affaire à des cas beaucoup plus complexes : à une grossesse gémellaire avec ou sans hydropisie de l'un des œufs, à une coexistence de kyste et de grossesse ou de grossesse utérine avec grossesse ectopique. Il est certain que le diagnostic immédiat de tels cas exigerait une sagacité exceptionnelle, qu'il est



permis d'exiger plusieurs examens pour le parfaire et qu'une erreur partielle est excusable. « Alors même qu'on arrive au diagnostic de la grossesse utérine et d'une autre tumeur, la nature de celle-ci peut encore rester problématique et l'erreur la plus commune consiste alors encore à confondre la tumeur ovarique avec une grossesse ectopique. Le fait est si vrai que B. et F. Barnes enseignent qu'en général on doit « se contenter d'arriver à cette conclusion, que l'une ou l'autre existe » (Paul Segond).

La coexistence d'un kyste avec d'autres tumeurs abdominales présente des considérations analogues.

c. *La tumeur emplit tout l'abdomen.* — Outre les grosses tumeurs fibro-kystiques, l'ascite peut être très difficile à différencier du kyste, surtout d'un kyste flasque. Cependant, dans l'ascite le ventre est moins proéminent, plus étalé dans le décubitus; souvent des varicosités sillonnent la paroi, la fluctuation est plus nette et plus superficielle, l'œdème et l'anasarque plus fréquents. A la percussion, les zones relatives de sonorité et de matité sont différentes; la matité suit en haut une ligne concave et s'étend à la région des flancs; la sonorité, au contraire, est péri-ombilicale et se déplace suivant l'attitude de la malade; elle correspond à l'intestin qui flotte au-dessus du liquide et se perçoit à droite si la malade est dans le décubitus gauche et inversement. Il est possible, en outre, de remonter à l'affection causale, hépatique, rénale ou cardiaque. Enfin, les caractères physiques et chimiques du liquide diffèrent. Le liquide de l'ascite, ordinairement plus fluide, se coagule spontanément, ne contient ni cellules cylindriques, ni paralbumine, ni cholestérine; on y trouve de la fibrine, des cellules amiboïdes, de l'épithélium pavimenteux, des corpuscules sanguins. Mais la recherche de ce signe diagnostique exige une ponction préalable; or, en raison des dangers d'infection, d'hémorragie, d'évacuation incomplète, etc., qu'elle fait courir, celle-ci est formellement rejetée comme moyen de diagnostic, par bon nombre de chirurgiens. Nous croyons cependant que, faite avec prudence et sous la sauvegarde de l'antisepsie, elle est autorisée dans certains cas et peut donner d'utiles indications.

L'incision exploratrice vulgarisée par L. Tait est enfin une ressource suprême et précieuse pour éclairer le diagnostic lorsque sa nécessité s'impose et qu'il échappe aux moyens ordinaires d'investigation. Elle est bénigne à condition de ne pas entraîner à une opération incomplète et impossible. Terrier et Paul Segond ont justement insisté sur la nécessité de se conformer à cette loi.

« Lorsque l'opération n'est pas réalisable, dit Segond, il faut avoir assez d'expérience pour le reconnaître rapidement et pour refermer aussitôt la plaie abdominale sans compliquer l'intervention par des manipulations intra-abdominales plus ou moins offensives et toujours périlleuses. » Dans le cas contraire, elle permet d'achever

l'extirpation de tumeurs que l'examen clinique seul aurait pu faire juger inopérables.

**Diagnostic de la variété.** — La régularité de la forme, la netteté du *flot* sont en faveur du *kyste simple*; les bosselures, l'inégalité de consistance, l'absence ou l'obscurité de la fluctuation, en faveur du kyste multiloculaire. Les *kystes dermoïdes* (1) ont une évolution plus lente, s'observent peut-être, mais avec de nombreuses exceptions, plus souvent dans la jeunesse, sont souvent douloureux (L. Tait), ordinairement moins volumineux; cependant ils peuvent acquérir exceptionnellement un volume assez considérable, ainsi que le montre la figure 233. Mais aucun caractère pathognomonique

ne permet de les différencier sûrement et le *signe de Küster*, qui consiste dans la situation *anté-utérine* fréquente de la tumeur et dans son retour à cette position après les tentatives de déplacement latéral,

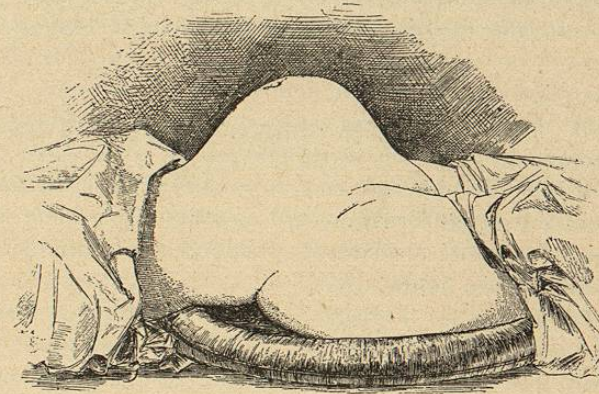


Fig. 233. — Kyste dermoïde de dimensions exceptionnelles (d'après Howard A. Kelly).

ne peut se rencontrer que dans un nombre très limité de cas.

Quant au *caractère de malignité* de la tumeur, il est permis de le soupçonner si elle s'est développée rapidement, si la cachexie est précoce, si le palper et le toucher font reconnaître dans l'abdomen ou le bassin des masses, des nodosités de consistance inégale, si l'ascite est abondante et s'est montrée de bonne heure. L'*hypoazoturie* n'est pas un signe suffisant, car on l'observe dans d'autres conditions.

L'existence d'un *pédicule* et même ses dimensions approximatives se reconnaissent, par l'exploration bimanuelle, à la mobilité de la tumeur, à la situation élevée de son pôle inférieur qu'il est difficile ou impossible d'atteindre avec le doigt vaginal.

Au contraire, le *kyste intraligamentaire*, enclavé, immobile, fait saillie dans un cul-de-sac latéral et repousse l'utérus derrière la symphyse et du côté opposé. Quant au diagnostic du *kyste ovarique inclus dans le ligament large* et du *kyste parovarique*, il ne peut guère

(1) Voy. LESOURD, thèse de Paris, 1894.



être établi qu'après la ponction exploratrice, d'après les caractères chimiques et histologiques du liquide.

**Diagnostic des complications.** — L'ascite, peu abondante, est difficile à reconnaître : tout au plus pourrait-on la soupçonner, par le toucher vaginal pratiqué dans la position debout, grâce à la distension du cul-de-sac postérieur qui cède faiblement sous la pression du doigt. Abondante, elle associe ses caractères à ceux du kyste de l'ovaire et masque la netteté de ceux-ci. La sensation de flot est plus superficielle et les zones relatives de matité et de sonorité se déplacent avec les mouvements.

Les *adhérences viscérales* seront soupçonnées à certains troubles fonctionnels et grâce à la notion de poussées antérieures de péritonite.

Les *adhérences pelviennes* immobilisent la tumeur et indurent les culs-de-sac vaginaux. *Pariétales*, elles fixent plus ou moins le kyste à la paroi qui se déprime pendant les mouvements inspiratoires ; on peut aussi quelquefois en percevoir le frottement à la main. La *rupture* de la poche se signale par les symptômes que nous avons indiqués ; de plus, la forme du ventre et les résultats de la percussion se trouvent brusquement modifiés et prennent les caractères de ceux de l'ascite ; l'accident est rapidement suivi de réaction péritonéale plus ou moins vive.

La *torsion du pédicule* est souvent difficile à diagnostiquer ; sur 13 cas de Rokitansky, 8 fois on ne reconnut la lésion qu'à l'autopsie. On peut cependant conclure à cette complication si le kyste, jusqu'alors mobile, libre, indolent, évoluant lentement, augmente brusquement de volume en même temps qu'il devient douloureux, s'immobilise et que surviennent des vomissements et une réaction péritonéale. L'augmentation de volume de la tumeur distingue cet accident de la *rupture* qui se caractérise, au contraire, par un affaissement du ventre. On peut, en outre, rechercher les deux signes indiqués par Mouis. Si on ignore la présence du kyste, on pourrait croire à une *colique hépatique* ou *néphrétique*, à l'*étranglement interne*. Dans tous les cas, on devra, par l'exploration méthodique du ventre, s'assurer s'il contient ou non une tumeur.

**Traitement.** — Toute thérapeutique médicale est impuissante contre les kystes de l'ovaire, et si une médication interne a quelque utilité pour relever l'état général, c'est, suivant la remarque de Paul Segond, en s'adressant à la malade et non à la tumeur.

L'*électrolyse*, préconisée jadis par Mundé, Smeleder, etc., est aujourd'hui condamnée comme inutile et souvent dangereuse.

La *ponction abdominale suivie d'injection iodée* n'aurait jamais provoqué d'accidents et aurait donné de nombreux succès à Boinet (1), qui s'en montrait très enthousiaste. Elle avait sa raison

(1) BOINET, *Bull. de thérap. et Bull. de l'Acad. de méd.*, 1852 et 1856.

d'être il y a cinquante ans ; mais, aujourd'hui, elle ne peut être opposée à l'ovariotomie, infiniment plus sûre et moins dangereuse. Nous rejetons la *ponction par le vagin et par le rectum*.

La *ponction aseptique abdominale* n'est admissible comme méthode de traitement qu'à titre *palliatif* et comme pis-aller, dans les cas manifestement inopérables par ovariotomie complète ou incomplète. Elle ne peut être curative que pour certains kystes parovariens, et même l'incertitude du résultat, dans ces cas, doit lui faire préférer l'ovariotomie.

Il n'y a, en somme, qu'une méthode de traitement des kystes de l'ovaire : elle consiste dans leur ablation, le plus souvent par *laparotomie*. La *coeliotomie vaginale*, telle que nous l'avons décrite à propos des salpingo-ovarites (p. 823), fournit cependant un moyen précieux de s'attaquer aux petites tumeurs pelviennes, solides, dermoïdes ou liquides.

#### INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'OVARIOTOMIE.

Le principe émis par L. Tait, que *toute tumeur de l'ovaire doit être enlevée dès qu'elle est reconnue*, est universellement admis. Si Duplay (1) exprimait fort bien l'opinion générale en 1879, en *repoussant formellement* l'opération précoce, cette opinion s'est complètement modifiée depuis cette époque et Terrier (2) a, dès longtemps déjà, justifié ce changement en disant que, « au début de l'évolution des kystes, la malade n'est pas épuisée, le kyste n'a pas déterminé d'accidents sérieux et, s'il s'est produit des adhérences, celles-ci sont molles, faciles à déchirer, d'où une opération moins pénible, moins longue, ce qui entre pour beaucoup dans les éléments du succès ». En effet, tandis que l'opération précoce est essentiellement bénigne, la temporisation expose, sans nulle compensation, aux adhérences, à la rupture, à la torsion, etc., enfin à la dégénérescence cancéreuse, toutes conditions qui assombrissent singulièrement le pronostic immédiat et éloigné de l'opération.

Il importe cependant de reconnaître certaines *contre-indications*, absolues ou relatives, définitives ou temporaires, qui relèvent soit de l'état de la malade, soit de la tumeur elle-même ; enfin la grossesse coexistante prête à des considérations particulières.

a. *Relativement à la malade, l'âge*, à moins d'un état de débilité extrême, ne contre-indique pas l'opération : nombreuses déjà sont les observations d'opérations pratiquées avec succès sur des enfants de quelques années et même de quelques mois, ainsi que sur des femmes âgées de soixante-dix ans et plus. Bland Sutton a réuni 11 cas heureux de malades opérées au-dessus de quatre-vingts ans.

(1) DUPLAY, Des indications et contre-indications de l'ovariotomie (*Ann. de gynéc.*, 1879).

(2) TERRIER, *Revue de chir.*, 1884.