

Les douleurs, presque nulles pour certaines femmes, affectent chez d'autres la forme d'irradiations fort pénibles suivant le trajet connu de certains nerfs, ceux du membre inférieur, par exemple. Toutefois les douleurs sont en général lombaires ou abdominales et se localisent surtout au voisinage de la tumeur. Exceptionnellement, les souffrances affectent la forme de crises passagères, de véritables accès de péritonisme (1) avec hoquets, vomissements, cyanose et refroidissement des extrémités. Ces phénomènes apparaissent sans qu'il y ait péritonite véritable, puis cèdent brusquement, après une durée variable, pour faire place à un état de santé à peu près normal. Ces diverses causes de souffrance ne sont pas les seules : en maintes circonstances, les douleurs sont provoquées par la *surdistension* du kyste ; nombre de fois enfin, elles sont la traduction de *poussées péritoniques* plus ou moins intenses et prennent alors une signification des plus fâcheuses au point de vue de la formation des adhérences. Toutefois, Terrier le note à bon droit, si les douleurs en question sont trop souvent l'indice de la formation des adhérences, il ne faudrait pas en conclure qu'il n'y a pas d'adhérences lorsque l'examen d'une malade ne vient révéler aucun signe antérieur de péritonite.

Les *compressions vasculaires* tiennent particulièrement sous leur dépendance les symptômes tels que les hémorroïdes parfois signalées et surtout l'œdème des membres inférieurs, des grandes lèvres ou même de la paroi abdominale. Suivant la remarque de Terrier (2), l'œdème de la paroi peut s'accompagner de varices lymphatiques. Parfois l'œdème des membres inférieurs fait place à une *phlegmatia alba dolens* ; mais cette complication très sérieuse est heureusement rare. On conçoit enfin que l'œdème des membres et des parois abdominales soit surtout en rapport avec le volume et le siège des tumeurs.

Les *compressions viscérales* portant sur l'intestin ou la vessie sont la source des symptômes les plus fréquemment observés. La constipation souvent opiniâtre est de ce nombre, et l'on sait même qu'on peut observer l'occlusion intestinale avec toutes ses conséquences. Les troubles urinaires, relativement rares, se caractérisent, suivant les observations, par de la rétention, de l'incontinence, de simples douleurs de miction et même des altérations qualitatives ou quantitatives de l'urine. La fréquence relative de ces troubles variés peut être, comme le dit Terrier (3), jugée de la manière suivante : « Si, dans bien des cas, les urines sont sécrétées physiologiquement, dans un certain nombre d'autres leur quantité est au-dessous de la normale, ce qui ne peut s'expliquer par une compression des uretères comme on l'a dit, car les phénomènes dits urémiques sont absolument exceptionnels. Ajoutons que les troubles de miction sont rares et que les urines ne paraissent pas contenir souvent du sucre ou de l'albumine. » L'albumine, même en petite quantité, comporte un pronostic très grave. Parmi les phénomènes de compression, les troubles respiratoires qui résultent du refoulement du diaphragme occupent une place importante et mettent trop souvent les malades dans une situation des plus pénibles. A ce propos, notons avec Terrier (4) l'éclosion possible de complications pleurales : « Les accidents pleurétiques, dit-il, précédant ou suivant l'intervention chirurgicale ne sont pas

(1) LE DENTU, *Du péritonisme envisagé comme indication de l'ovariotomie. Revue de chir.*, 1885, p. 1.

(2) TERRIER, *Revue de chir.*, 1884, p. 1.

(3) TERRIER, *Revue de chir.*, 1885, p. 12.

(4) TERRIER, *Revue de chir.*, 1886, p. 169.

exceptionnels, et méritent d'attirer l'attention des chirurgiens en ce sens qu'ils ne paraissent pas très explicables au moins jusqu'ici ».

Outre les phénomènes de compression précédemment signalés, les tumeurs ovariennes s'accompagnent de perturbations variables portant sur les diverses fonctions organiques. Contrairement à ce que les fonctions normales de l'organe malade pourraient faire supposer, les troubles de la *menstruation* et de la *fécondation* sont loin d'être fréquents. Cherchant à préciser l'influence que les kystes de l'ovaire exercent sur la menstruation, Gallard a soigneusement analysé 169 observations. Sur ces 169 cas, dit-il, les règles ont été supprimées, diminuées dans leur quantité ou éloignées dans leur apparition, chez 52 malades, c'est-à-dire environ dans 1/5 des cas ; simplement augmentées en abondance ou en durée 22 fois, c'est-à-dire 1 fois sur 8 environ ; elles sont devenues irrégulières ou douloureuses à peu près dans la même proportion de 1/8, soit 21 fois ; « il n'y a donc là rien de bien significatif ». Après la ménopause, « le développement des néoformations ovariennes paraît déterminer des phénomènes congestifs du côté de l'utérus, d'où la réapparition d'un écoulement sanguin plus ou moins irrégulier (1). Quant à la conception, elle n'est pas empêchée par la présence d'un kyste ovarique. Ajoutons que, sous l'influence des tumeurs ovariennes, on voit quelquefois se produire un gonflement des seins accompagné de pigmentation de l'aréole et de sécrétion lactescente.

Parmi les autres symptômes fonctionnels, il faut particulièrement noter les *troubles dyspeptiques* variés, anorexie, gastralgie, nausées ou vomissements dont souffrent les malades et qui prennent une part des plus importantes à l'amaigrissement, à l'affaiblissement graduel auquel ces tumeurs conduisent toujours. Il se peut enfin que les grosses tumeurs ovariennes provoquent du côté du *cœur* des *troubles fonctionnels* relevant de la dilatation ou de l'hypertrophie. Sebileau (2) a fait un bon travail sur cette question. Ces troubles cardiaques qu'il faut savoir cliniquement distinguer des souffles anémiques, des lésions endocardiques ou péricardiques et des bruits extracardiaques portent plus souvent sur le cœur gauche que sur le cœur droit. Leur mode de production est assez complexe : la compression des gros vaisseaux de l'abdomen, l'excès de pression dans la circulation abdominale, l'augmentation du champ circulatoire, la coexistence des lésions rénales, le spasme des capillaires généraux, l'altération du sang sont, en effet, d'après Sebileau, autant de facteurs dont il faut tenir compte. Quant à la valeur pronostique des complications cardiaques, voici comment elle est jugée par Sebileau : « Les complications cardiaques, dit-il, paraissent influencer peu l'anesthésie chirurgicale. Parmi les malades qui les présentent et qu'on ne débarrasse pas de leurs tumeurs, les unes meurent asystoliques ; chez les autres, l'anémie et la cachexie masquent les troubles circulatoires. Des malades opérées, les unes meurent rapidement asystoliques, surtout si le cœur droit était déjà en cause ; les autres guérissent de leur dilatation ; chez d'autres, les troubles persistent encore longtemps après l'intervention et ne guérissent probablement pas. »

Pendant que ces troubles variés se développent ou s'accroissent, l'accroissement progressif de la tumeur imprime à l'abdomen une distension plus ou moins considérable. Le ventre se développe d'abord un peu comme au cours d'une

(1) TERRIER, *Revue de chir.*, 1884, p. 1.

(2) SEBILEAU, *Le cœur et les grosses tumeurs de l'abdomen. Revue de chir.*, 1887, p. 284 à 369.

grossesse. Toutefois, les analogies sont assez éloignées. Alors même que le siège latéral de la tumeur ne vient pas constituer une différence importante dans la forme générale du ventre, il est ordinairement facile de relever plus d'une dissemblance. En effet, dans les tumeurs ovariennes, le développement de l'abdomen se fait souvent par poussées, il est tantôt plus rapide, tantôt infiniment plus lent, et c'est même la règle. Aussi, comme le dit Gallard : « lorsqu'on suppute avec soin le temps depuis lequel une malade a commencé à grossir, peut-on en induire des raisons plausibles pour admettre ou exclure l'idée d'une gestation ». On sait enfin que dans les kystes ovariens le volume du ventre peut acquérir des dimensions vraiment considérables et presque monstrueuses. Il est de règle alors que l'abdomen se recouvre de vergetures; et dans les cas de tumeurs irrégulières et très grosses, il n'est pas rare de voir leurs bosselures se dessiner au travers de la paroi abdominale distendue.

Lorsque les tumeurs ovariennes ont acquis un certain développement, lorsque les troubles de la santé générale se sont plus ou moins accusés, l'aspect des malades est des plus caractéristiques. Toutefois, je pense, avec Gallard, qu'on a quelque peu exagéré la valeur pathognomonique de la physionomie chez les femmes atteintes de tumeurs ovariennes. « L'attitude et la démarche, dit-il, sont celles de toutes les personnes qui ont le ventre gros et dont les membres se sont amaigris, quelle que soit la cause de la tuméfaction du ventre, qu'elle soit due à une ascite symptomatique, à une cirrhose ou à une péritonite chronique, à une tumeur solide ou liquide du foie, de la rate ou des reins aussi bien que de l'utérus ou des ovaires. De même pour la face, et je ne vois pas plus de raisons d'admettre un *facies ovarien* qu'un *facies utérin*, car cette émaciation particulière amenant l'exagération des saillies musculaires et osseuses, le front ridé, les yeux excavés, les narines dilatées et effilées, les lèvres serrées, les commissures labiales déprimées, entourées de sillons creusés et profonds qui, d'après Spencer Wells, donnent à la face un aspect des plus caractéristiques, sont autant de signes d'une dénutrition profonde, s'accompagnant de préoccupations morales douloureuses qui se rencontrent dans toutes les maladies organiques graves et surtout dans celles qui intéressent un organe quelconque de l'abdomen sans avoir rien de spécial aux kystes de l'ovaire. »

**Marche. — Durée. — Terminaisons.** — Les kystes de l'ovaire, même volumineux, peuvent à la rigueur guérir spontanément, par l'un des mécanismes signalés à propos de l'anatomie pathologique. Mais le fait est beaucoup trop rare pour qu'on puisse en tenir compte. La réalité, c'est que les tumeurs ovariennes ont une tendance constante à s'accroître et, si la chirurgie n'intervient pas, la mort à plus ou moins longue échéance doit être considérée comme la règle. Cette terminaison malheureuse peut se produire au bout de quelques mois. Par contre, certaines tumeurs bénignes restent stationnaires durant plusieurs années. Mais les morts très précoces comme les survies prolongées sont des exceptions, et la règle, ou peu s'en faut, c'est que le cysto-épithéliome, c'est-à-dire la plus fréquente des tumeurs ovariennes, « tue en moins de deux ans » (Quénu).

La mort dans les kystes de l'ovaire peut survenir par le fait même du développement de la tumeur : les désordres nutritifs s'aggravent de plus en plus, les phénomènes de compression se développent ou s'accroissent, l'infiltration des membres devient parfois considérable; on observe de l'œdème pulmonaire ou

bien encore un épanchement pleural ou péricardique et les malades succombent dans l'épuisement et le marasme. La terminaison fatale peut aussi résulter d'une complication. Au premier rang, se place la *péritonite généralisée* ou *localisée*. On sait que cette complication fréquente et trop souvent mortelle, pour peu qu'elle se généralise, reste encore, lorsqu'elle se localise, une complication grave en raison des adhérences plus ou moins étendues qui lui succèdent. L'*ascite* peut modifier les symptômes des kystes, augmenter les troubles de distension de l'abdomen, aggraver le pronostic en faisant craindre l'existence d'une tumeur végétante, mais par elle-même, l'*ascite* ne doit pas être considérée comme une complication particulièrement redoutable. Les autres accidents susceptibles de troubler l'évolution des kystes ovariens sont, ou bien la production concomitante d'une affection viscérale ou générale quelconque (et de nombreuses éventualités sont ici possibles), ou bien la gravité particulière des phénomènes de compression (obstruction intestinale, phlébite, pyélonéphrite, compression des urètres), ou bien enfin l'apparition de l'une des complications propres au kyste lui-même telles que l'inflammation, les hémorragies, la rupture ou la torsion du pédicule.

Les *hémorragies* intrakystiques peuvent être rapidement mortelles. L'*inflammation* du kyste expose à la production des adhérences, et si elle devient suppurative, tous les accidents de la péritonite ou de la septicémie sont à redouter. La *rupture intrapéritonéale* des kystes s'accompagne parfois d'une sensation particulière de défaillance et tout naturellement d'un affaissement de la tumeur. Le péritoine réagit toujours plus ou moins et l'on observe tous les degrés depuis la péritonite généralisée et rapidement mortelle jusqu'aux formes les plus bénignes. On sait même que la rupture intrapéritonéale peut être suivie de la guérison temporaire ou parfois définitive. Sur les 127 cas relevés par Nepveu, on note 63 morts, 21 disparitions temporaires et 45 guérisons durables. On conçoit que la nature du liquide kystique ait une grande importance au point de vue des suites de son extravasation péritonéale, et, si la purulence du contenu ne laisse aucun doute sur les conséquences mortelles de son effraction, on comprend très bien comment les cas heureux s'observent surtout lorsque le liquide est purement séreux. La rupture agit alors à la manière d'une ponction. De la peptonurie<sup>(1)</sup>, une diurèse et une diaphorèse abondantes se produisent souvent en pareil cas. Lorsque la rupture du kyste est suivie de son évacuation dans une cavité viscérale, la constatation directe de l'écoulement s'ajoute à l'affaissement du kyste pour renseigner le chirurgien; c'est ainsi que « l'évacuation, soit par les vomissements, soit par les selles d'un liquide séreux, séro-albumineux, coloré par du sang altéré », peut être, suivant la remarque de Terrier<sup>(2)</sup>, le signe pathognomonique de l'ouverture du kyste dans le tube digestif. La rupture dans le vagin ou la vessie est exceptionnelle. On pourrait enfin ranger parmi les ruptures de kystes leur évacuation par les trompes, après formation de kystes tubo-ovariens profluents : l'évacuation est alors parfois intermittente<sup>(3)</sup>. Comme les ruptures intrapéritonéales, les évacuations spontanées des kystes peuvent être à la rigueur suivies de guérison, surtout lorsqu'on a la possibilité de favoriser la détersion de la poche par des irrigations appropriées. Mais, en général, ces ouvertures comportent les conséquences habituelles des

<sup>(1)</sup> KÜSTNER, *Peptonurie bei gebortener Ovarialcyste*. *Centr. für Gyn.*, 1884, n° 47, p. 745.

<sup>(2)</sup> TERRIER, *Revue mens. de méd. et de chir.*, t. I, p. 850.

<sup>(3)</sup> S. Pozzi, *Loc. cit.*, 3<sup>e</sup> édit., p. 826.

évacuations incomplètes et les malades succombent soit à des accidents suppuratifs interminables, soit à la septicémie.

La torsion du pédicule s'annonce par des symptômes qui varient suivant que la torsion est brusque ou lente. Dans le premier cas, les symptômes sont dès le début fort alarmants, une vive douleur se produit accompagnée de vomissements plus ou moins répétés et d'une exagération de fréquence du pouls. La température, qui reste tout d'abord normale et contraste avec la fréquence du pouls, s'élève bientôt, en même temps que la péritonite s'affirme par des signes non douteux, et les malades succombent, soit aux suites de cette péritonite, soit par la production d'une hémorrhagie intrakystique, soit encore par occlusion intestinale. Lorsque l'étranglement pédiculaire se fait plus lentement, le premier phénomène appréciable est souvent un accroissement de volume du ventre, la douleur apparaît ensuite avec les symptômes d'une péritonite plus ou moins intense. En cas d'issue favorable, les accidents durent en moyenne vingt ou trente jours (Terrillon), puis tout rentre dans l'ordre. Ces accidents, comme la torsion qui les engendre, peuvent se produire plusieurs fois chez la même malade à des intervalles de temps variables. Olshausen ne doute pas qu'il y ait des torsions du pédicule temporaires; il en aurait observé deux exemples<sup>(1)</sup>. Pozzi<sup>(2)</sup> a signalé un cas d'*élongation* du pédicule sans torsion ayant donné lieu aux symptômes de torsion. Cette *élongation* s'était produite sous l'influence d'une grossesse.

Au point de vue du pronostic, il convient d'admettre, avec Terrillon<sup>(3)</sup>, quatre catégories de cas : 1° ceux dans lesquels la torsion se fait si lentement qu'elle ne se traduit par aucun accident (même dans ces cas, il se forme des adhérences); 2° ceux qui s'annoncent par des accidents légers ou par des douleurs, du météorisme, et qui prennent la même marche que les précédents (c'est dans ces cas qu'on a pu voir le kyste diminuer et même disparaître par résorption lente); 3° des cas aigus qui s'annoncent par des accidents graves mais de peu de durée; 4° des cas d'étranglement rapide et complet qui s'accompagnent d'accidents péritoniques très graves et souvent mortels (rupture du kyste, hémorrhagie intrakystique). Notons dès maintenant que, dans tous ces cas, l'indication d'intervenir immédiatement et sans ponction préalable est formelle. La possibilité d'observer la guérison spontanée du kyste soit à la suite de la rupture, soit à la suite de la torsion pédiculaire, ne saurait en aucune manière modifier la netteté des indications de l'ovariotomie dans les cas de ce genre. La pensée de reproduire par des moyens plus ou moins détournés ces processus de guérison naturelle a pu germer autrefois dans l'esprit de quelques chirurgiens, mais ces tentatives méritent à peine une mention historique, et les résultats qu'elles ont donnés n'offrent guère plus d'intérêt que cette observation fameuse de guérison dont parle Boinet à propos d'une femme qui s'est guérie d'un kyste de l'ovaire, après avoir reçu dans le ventre un violent coup de pied de son mari.

Pour terminer ce chapitre, il importe de signaler les conditions créées par la coexistence des kystes ovariens et de la grossesse. Cette coexistence n'est pas rare et parfois elle est fort périlleuse. Certes, il est avéré que l'existence d'une

<sup>(1)</sup> OLSHAUSEN, *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1885, Bd. XI.

<sup>(2)</sup> S. POZZI, DE LOSTALOT-BACHOUÉ et BAUDRON, *Remarques cliniques et opératoires sur une série de trente laparotomies*. *Ann. de gyn.*, avril 1890.

<sup>(3)</sup> TERRILLON, *Congrès de chirurgie*, 2<sup>e</sup> session, et *Revue de chir.*, nov. 1886, p. 950.

tumeur ovarienne petite ou grosse peut n'apporter aucune entrave à la grossesse. On cite même des femmes qui ont pu, malgré leur tumeur ovarienne, mener à terme jusqu'à cinq grossesses<sup>(1)</sup>. Mais les cas dans lesquels la grossesse réussit quand même ne sauraient faire oublier les observations malheureuses et leur proportion est fort loin d'être négligeable. Les relevés statistiques de Remy<sup>(2)</sup> en témoignent : « 257 femmes, dit-il, ont présenté 521 grossesses, 246 sont allées à terme, 75 ont expulsé l'enfant avant le terme (avortement et accouchement prématuré) ». Par contre, il ajoute que « 61 femmes sont mortes, ce qui donne 25 pour 100 de mortalité », et que « 98 enfants n'ont pu vivre sur les 517, ce qui donne plus de 50 pour 100 de mortalité ». C'est qu'en effet les femmes qui portent à la fois un fœtus et une tumeur ovarienne sont exposées à des accidents variés et graves. La distension de l'abdomen est souvent extrême et, s'il est vrai que l'évolution d'une grossesse semble parfois enrayer le développement des tumeurs ovariennes, dans nombre de cas le phénomène inverse se produit, la grossesse accélère l'évolution du néoplasme et l'on voit se produire une série d'accidents qui relèvent de l'hyperdistension abdominale : le diaphragme est refoulé, les organes intrapelviens comprimés, des douleurs intolérables en résultent, des palpitations, une dyspnée parfois excessive se manifestent, la miction et la défécation sont plus ou moins troublées, l'œdème et les varices sont enfin la conséquence des compressions vasculaires. En dehors de ces complications extrinsèques, il faut en dernier lieu connaître les accidents qui peuvent survenir soit du côté de la grossesse, soit du côté du néoplasme. Ce dernier est exposé à l'inflammation, à la rupture, à la torsion du pédicule et aux hémorrhagies, tous phénomènes que le développement de l'utérus favorise ou provoque. De son côté, l'utérus, gêné dans son développement, peut expulser avant terme le produit de la conception et provoquer ainsi, soit un avortement, soit un accouchement prématuré. Il est à craindre aussi qu'au terme de la gestation la tumeur ovarienne, surtout si elle est peu volumineuse (kyste dermoïde), mette obstacle au passage du fœtus, constituant ainsi une cause puissante de dystocie et provoquant les accidents les plus dangereux, tels que la rupture de l'utérus. Notons enfin que « dans aucun cas nous ne pouvons être certains qu'une de ces catastrophes ne se produira pas et cela à l'improviste<sup>(3)</sup> ». Nous retrouverons cette importante considération dans l'étude des indications de l'intervention chirurgicale.

**Diagnostic.** — Existe-t-il une tumeur intra-abdominale? Cette tumeur est-elle ovarienne? Quelle est sa nature? Telles sont les trois premières questions à résoudre dans le diagnostic des néoplasmes de l'ovaire. Il faut ensuite procéder à l'examen complet de la malade, et ne laisser échapper aucun des signes capables de révéler la coexistence d'un autre néoplasme abdominal ou d'un état pathologique quelconque, général ou viscéral. Il est enfin nécessaire de reconnaître la nature des complications spéciales à la tumeur ovarienne elle-même et susceptibles de créer des indications chirurgicales formelles. Les éléments complexes de ce diagnostic ont été magistralement tracés par Nélaton dans une

<sup>(1)</sup> Pinard a observé un fait de ce genre, et bien que les cinq grossesses de sa malade n'aient pas été toutes heureuses, l'observation n'est pas moins instructive. J'en ai donné le résumé dans mon article de l'*Encyclopédie de chirurgie*.

<sup>(2)</sup> REMY, *De la grossesse compliquée de kyste ovarique*. Thèse d'agrég. de Paris, 1886.

<sup>(3)</sup> R. et F. BARNES, *Traité théorique et clinique d'obstétrique*. Trad. française de Cordes. Paris, 1886.

étude inédite sur le traitement des kystes de l'ovaire. Boinet et Ferrand ont donné, dans leur article du *Dictionnaire encyclopédique*, les principaux passages de ce traité remarquable, dans lequel on retrouve les hautes qualités de précision, de clarté et de bon sens clinique dont notre grand chirurgien était si largement doué. Les limites de cet article ne me permettant pas de multiplier les citations, je ferai de mon mieux pour m'inspirer des conseils donnés par Nélaton, et je me contenterai de signaler les côtés les plus importants de la question.

Un premier point à bien établir, c'est que les éléments essentiels du diagnostic sont avant tout basés sur les résultats fournis par l'examen direct de l'abdomen. Certes, l'étude de la marche du mal et des symptômes fonctionnels peut, en maintes circonstances, affermir un diagnostic hésitant, mais les renseignements vraiment décisifs sont fournis par l'examen direct, c'est-à-dire par la vue, la palpation, la percussion, l'auscultation, la mensuration, le toucher vaginal ou rectal, la combinaison de ces deux touchers avec la palpation hypogastrique. Il est aussi des cas où le cathétérisme utérin et le cathétérisme vésical ont leur utilité.

La vue et la palpation permettent d'apprécier la forme de l'abdomen. Cette forme parfois indifférente et semblable, par exemple, à celle que donne l'évolution d'une grossesse est, en d'autres circonstances, très significative, soit qu'elle décele le siège primitivement latéral de la tumeur, soit qu'elle révèle ses bosselures ou ses irrégularités de contour. La palpation, qui doit être toujours pratiquée avec la plus extrême douceur, ne laisse, d'habitude, aucun doute sur l'existence d'une tumeur et sur sa consistance liquide ou solide, régulière ou irrégulière. Dans les kystes ovariens, outre la fluctuation par pression alternative des deux mains, on peut, en employant les moyens d'usage, obtenir une sensation de flot, un choc en retour des plus caractéristiques. Ce flot, net et rapide dans les tumeurs uniloculaires à contenu peu visqueux, est plus obscur, plus irrégulier dans son mode de production et surtout plus lent à progresser du doigt qui percute à la main qui perçoit, lorsque les loges du kyste sont multiples ou bien encore lorsque son contenu est de consistance gélatiniforme. Très rarement, à la suite de certaines ponctions faites sans précautions suffisantes, de l'air peut se mélanger au liquide kystique et la sensation de flot s'accompagne alors d'un bruit de glouglou plus ou moins accusé. C'est aussi par la palpation que l'on arrive à percevoir des frottements péritonéaux qui attestent soit un état dépoli de la séreuse, soit des adhérences assez lâches pour permettre la mobilité.

La percussion révèle un son mat sur toute l'étendue de la face antérieure de la tumeur, et donnant vers la partie supérieure une ligne de matité à convexité dirigée vers le thorax, elle permet de dessiner, pour ainsi dire, les limites supérieures du néoplasme. La percussion fournit en outre un signe de la plus haute importance en montrant que la partie déclive des flancs reste sonore. Ajoutons que les mouvements imprimés à la malade ne modifient ni la sonorité des flancs, ni la direction des lignes de matité; c'est plus qu'il n'en faut pour distinguer un kyste ovarien d'une ascite ordinaire.

L'auscultation révèle souvent soit des frottements qui permettent le diagnostic des altérations péritonéales, soit encore des bruits de souffle comparables à ceux de l'utérus gravide et provoqués, le plus souvent sans doute, par la compression que la tumeur exerce sur les vaisseaux iliaques. L'existence de

ces bruits de souffle est utile à connaître, ne fût-ce que pour être bien convaincu de leur valeur négative dans les cas où le diagnostic différentiel d'une grossesse et d'un kyste présente des difficultés sérieuses, ce qui n'est pas rare.

Le toucher vaginal permet d'atteindre et de sentir la tumeur dans l'un des culs-de-sac lorsqu'elle est petite. En cas de moyenne et de grosse tumeur, il peut, grâce à l'élévation du néoplasme, rester négatif. Mais pour rendre à ce mode d'exploration toute sa valeur, il suffit alors de le combiner à la palpation abdominale. Le toucher rectal fournit des renseignements analogues, et l'on sait comment Simon (d'Heidelberg) a proposé de le perfectionner en introduisant la totalité de la main dans le rectum. Ce procédé agressif n'a pas fait fortune parmi nous. Il permet sans doute une exploration très directe, mais ce serait une erreur de trop compter sur la précision des sensations qu'il fournit.

Les renseignements les plus précieux sont recueillis en combinant au toucher vaginal ou rectal la palpation abdominale. Par cette combinaison, on arrive en effet à prendre, pour ainsi dire entre les deux mains, la tumeur ovarienne lorsqu'elle est de volume moyen ou petite et à reconnaître, avec une rare précision, son volume, sa consistance et sa forme. En outre, ce mode d'exploration fournit des notions précises sur les rapports de l'utérus et la tumeur ovarienne. Leur indépendance réciproque n'a pas d'autre critérium, et l'on sait toute la valeur d'une pareille constatation dans les diagnostics difficiles.

Dans un grand nombre de cas, il est facile de constater l'indépendance de l'utérus; mais il est toute une série de circonstances susceptibles de compliquer singulièrement l'examen. Tels sont l'ascension de la matrice derrière le pubis et l'envahissement du cul-de-sac de Douglas par un prolongement de la tumeur, ou bien, au contraire, le refoulement de l'utérus vers les parties déclives et sa fixation dans cette attitude, soit par des adhérences, soit par le poids du néoplasme. Dans ces conditions, le toucher devient malaisé et ses révélations restent obscures. L'hystéromètre rend alors service et fournit, par exemple, d'utiles renseignements lorsqu'on hésite entre l'existence d'une tumeur utérine et d'un néoplasme ovarien. Quant au cathétérisme vésical, il a surtout pour but de reconnaître l'état de la vessie elle-même et de s'assurer qu'elle n'est pas, ainsi qu'il arrive, attirée au-dessus du pubis, disposition sur laquelle il importe d'être renseigné, lorsqu'on veut procéder à l'ovariotomie en toute sécurité. Ces généralités sur les ressources de l'exploration directe des kystes de l'ovaire étant bien comprises, j'arrive au diagnostic différentiel proprement dit.

La première question à résoudre est, comme je le disais au début de ce chapitre, de s'assurer que la tumeur dont on recherche la nature est bien réellement une tumeur et qu'on n'est pas trompé, soit par une épaisseur anormale des parois abdominales (ce qu'il est facile de vérifier), soit encore par une tumeur fantôme, pour employer l'expression de Lawson Tait. Si bizarre qu'elle paraisse, cette dernière éventualité est possible et susceptible de tromper les plus habiles. Le tympanisme associé à la contracture localisée des muscles de l'abdomen peut en effet simuler à s'y méprendre un kyste ovarien. Presque tous les auteurs en témoignent et Lawson Tait<sup>(1)</sup> a même fait un rapprochement intéressant entre ces tumeurs fantômes observées chez la femme et les états analogues qui se rencontrent chez la vache, la chienne, l'ânesse et la jument. Charles Nélaton a eu l'occasion d'observer chez une hystérique un

(1) LAWSON TAIT, *Traité des maladies des ovaires*. Trad. franç. de A. Olivier. Paris, 1886.