

exemple très remarquable de ces tumeurs involontairement simulées. Mais, parmi les faits publiés, l'un des plus probants est celui qui est relaté par Spencer Wells (1). Trois photographies montrant la malade, avant, pendant et après le sommeil chloroformique, permettent de comprendre d'un coup d'œil les difficultés qui se rencontrent dans les cas de cette nature. Ces difficultés sont d'autant plus sérieuses que la forme du ventre n'est pas la seule cause d'erreur : la palpation et la percussion sont en effet aussi trompeuses. Ainsi, dans un cas publié par Terrillon, « on avait nettement la sensation d'une tumeur arrondie non bosselée, rénitente, à convexité supérieure », et lors des premiers examens « la percussion semblait donner une matité évidente » dans presque toute l'étendue de la tumeur. La cause de ces contractures trompeuses n'a pas jusqu'ici reçu d'interprétation satisfaisante. Faut-il incriminer ou non un état maladif portant sur un point quelconque des organes du petit bassin et susceptible de provoquer une contracture à distance? Faut-il, au contraire, avec Terrillon (2) « rechercher la cause dans le tympanisme et dans l'irritation réflexe de l'intestin se propageant du côté de la paroi abdominale, de façon à produire une contracture secondaire des muscles? Il est bien difficile de le préciser, car la cause immédiate de ces contractures doit varier suivant les cas, et toute théorie pathogénique est, partant, déplacée. En revanche, il est avéré que ces faux kystes ne s'observent que chez les femmes nerveuses et que la chloroformisation, en abolissant la contracture, fait toujours disparaître la « tumeur fantôme ». Cette double donnée est de la plus haute importance, puisqu'elle nous donne un critérium infaillible dans les cas difficiles dont il est question. La réalité de la tumeur abdominale une fois établie, on doit réunir tous les éléments de son diagnostic différentiel ou direct. Comme l'a dit Nélaton, les causes d'erreur varient surtout avec le volume du néoplasme, lequel est, suivant les cas, *petit, moyen* ou *assez volumineux* pour dépasser l'ombilic et remplir l'abdomen.

Lorsque la tumeur est *petite* et située dans le petit bassin, on peut la confondre surtout avec un *exsudat inflammatoire*, une *hématocèle*, une *hydropisie de la trompe*, une *grossesse extra-utérine*, une *rétroflexion de l'utérus gravide*, un *myome utérin*. Si la tumeur ovarienne est mobile et nettement indépendante de l'utérus, il est difficile de la prendre pour un *exsudat inflammatoire*, une *hématocèle* ou une *rétroflexion* de l'utérus gravide ou non, états qui se traduisent par une masse plus ou moins fixe. En outre, la *rétroflexion* de l'utérus gravide, comme les *exsudats inflammatoires* ou l'*hématocèle*, ont un mode d'évolution et des symptômes fonctionnels propres qui n'ont rien à voir avec la symptomatologie habituelle des kystes ovariens. L'erreur ne serait donc possible que si les accidents inflammatoires se développaient à côté d'une tumeur ovarienne et déterminaient sa fixation anormale. Mais, dans ce cas encore, l'attention serait ramenée vers le vrai diagnostic, soit par la régularité de la menstruation, soit par l'absence des symptômes fébriles sérieux ou graves qui caractérisent l'*hématocèle* ou les *suppurations pelviennes*. Lorsque la tumeur est très *petite*, il est difficile ou même impossible de la distinguer d'une *hydropisie de la trompe*; mais l'erreur ne peut être de longue durée, car les *hydropisies* restent petites et, si la tumeur acquiert seulement le volume du poing,

(1) SPENCER WELLS, *Traité des tumeurs abdominales*. Trad. franç., 1886.

(2) TERRILLON, *Ann. de gynéc.*, oct. 1886, p. 245.

on peut, sans crainte d'erreur, la localiser dans l'ovaire. Le diagnostic avec la *grossesse extra-utérine* à son début, en raison de la similitude des signes physiques, peut être des plus délicats et, bien que l'absence des règles et le gonflement des mamelles aient une grande valeur, on est souvent obligé d'attendre pour se prononcer. Le diagnostic avec un *fibrome sous-péritonéal* peut être singulièrement difficile si le fibrome est pédiculé et mobile, mais, dans le cas contraire, sa consistance et ses connexions utérines le font aisément reconnaître.

Lorsque la tumeur ovarienne est de *moyen volume* et qu'elle s'est élevée au-dessus du pubis, sans dépasser le niveau de l'ombilic, les principales affections qui peuvent la simuler sont l'*hématomètre*, la *distension vésicale*, la *réten-tion des matières stercorales*, la *péritonite enkystée* ou les *abcès enkystés parié-taux*, la *grossesse* et les *myomes utérins*. Enfin, *lorsque la tumeur dépasse l'om-bilic et remplit l'abdomen*, les erreurs sont plus fréquentes et plus graves : le diagnostic différentiel doit être fait avec l'*ascite*, l'*hydronéphrose* et les *tumeurs rénales*, les *néoplasmes du péritoine*, du *foie* et de la *rate*, la *grossesse* et les *tumeurs fibreuses* ou *fibro-kystiques* de la *matrice*. L'*hématomètre*, en raison de son mode de développement, de ses causes habituelles et de son siège, ne saurait en imposer longtemps. La *distension vésicale* a été souvent prise pour un kyste ovarien, mais le cathétérisme lèvera toujours les doutes. Les *tumeurs stercorales*, par leur consistance spéciale, sont plutôt faites pour faire croire à quelque tumeur solide et particulièrement à un cancer du péritoine ou de l'intestin, qu'à un kyste ovarien. Toutefois l'erreur a été commise et, dans les cas douteux, il ne faut pas manquer de juger la question par un purgatif approprié. La *péritonite enkystée* ou même un *abcès des parois abdominales* ont pu donner le change. Les exemples de cette dernière erreur sont rares, car l'étude attentive de la marche du mal, les caractères de la fluctuation ne sauraient, en général, permettre une longue hésitation. Par contre, le diagnostic différentiel des kystes ovariens et des épanchements péritonéaux enkystés est parfois très difficile. Les chirurgiens les plus expérimentés s'y sont trompés, et lorsque la collection intrapéritonéale est considérable, Spencer Wells a même dit « qu'il ne connaissait aucun moyen d'assurer le diagnostic ». L'*hydronéphrose*, les *tumeurs du rein*, de la *rate* et du *foie* ont été nombre de fois prises pour des tumeurs ovariennes et, dans les cas de grosses tumeurs remplissant la totalité du ventre, le diagnostic est des plus délicats. Cependant on peut dire qu'en général on est conduit au diagnostic exact par l'interrogatoire des malades, par les notions qu'on recueille sur le point de départ du mal loin des fosses iliaques et par la recherche des symptômes particuliers des maladies en question. Le *cancer végétant* du péritoine pelvien, surtout lorsqu'il se complique d'*ascite*, est particulièrement difficile à reconnaître.

Lorsque la tumeur ovarienne remplit tout l'abdomen, le diagnostic avec l'*ascite* offre souvent de sérieuses difficultés. Sans doute, la forme du ventre est plus aplatie dans l'*ascite* que dans les kystes ovariens, la fluctuation et la sensation de flot sont plus franches et plus superficielles, l'œdème et l'anasarque sont plus fréquents; mais, à moins que ces différences ne soient très accusées et que l'examen du cœur et du foie ne démontre nettement l'existence d'une affection génératrice de l'épanchement abdominal, ce ne sont pas ces divers caractères qui pourront devenir pathognomoniques. C'est encore à l'analyse minutieuse et plusieurs fois répétée des sensations fournies

par la palpation, la percussion et le toucher qu'il faudra s'en référer, et le diagnostic ne sera jamais irréfutable que si l'on acquiert, par exemple, la certitude que les mouvements de la malade modifient les lignes de matité ou que la partie centrale de la masse est nettement sonore. La sonorité habituelle des flancs en cas de kyste ovarien est, dans l'espèce, un signe de valeur, et pourtant il faut savoir que des adhérences intestinales et la distension gazeuse du côlon ascendant ou descendant peuvent, malgré l'ascite, donner lieu au même phénomène. Les caractères du liquide retiré par une ponction sont à leur tour utiles à relever. On sait en effet que les liquides ascitiques proprement dits se distinguent aussi bien par leur coagulation spontanée que par l'absence habituelle de cellules épithéliales et de cristaux de cholestérine. Mais que de causes d'erreur nous serai-ent encore réservées par une confiance trop aveugle dans les résultats de ces analyses! Une circonstance vient encore augmenter les difficultés du diagnostic de l'ascite et des kystes, c'est leur coexistence. Je reviendrai sur ce point à propos du diagnostic des complications.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus et particulièrement les tumeurs fibro-kystiques sont la source des erreurs les plus nombreuses. Sans doute, la consistance de ces tumeurs est souvent significative, mais si le kyste ovarien est encore trop petit pour laisser percevoir de la fluctuation et si, inversement, la transformation kystique des gros fibromes utérins est assez développée pour donner une sensation de flot, ce n'est pas la consistance du néoplasme qui affirmera sa nature. Les symptômes fonctionnels peuvent être à leur tour aussi trompeurs et, bien que les fibromes utérins provoquent en général des troubles de menstruation qui sont absents dans les kystes, il n'est pas moins vrai que les métrorrhagies fibreuses peuvent manquer à l'inventaire symptomatique. Dans ces cas obscurs, c'est à la combinaison de la palpation abdominale et du toucher qu'il faut recourir. On obtient ainsi les documents les plus décisifs sur la nature des connexions qui existent entre l'utérus et le néoplasme, et c'est bien là qu'est la clef du diagnostic. Entre les cas où l'utérus est manifestement indépendant de la masse morbide et ceux où il est impossible d'arriver à la moindre notion sur l'état réel des choses, on conçoit qu'il existe une longue série de cas intermédiaires. Les connexions étroites que certaines tumeurs ovariennes contractent avec l'utérus et l'indépendance apparente de certains fibromes mobiles et pédiculés sont les deux conditions anatomo-pathologiques susceptibles de créer les difficultés diagnostiques les plus insurmontables. Dans ces cas obscurs, l'hystéromètre fournit souvent des renseignements précis, en démontrant s'il existe ou non un accroissement de la cavité utérine.

L'erreur la plus grave à commettre dans le diagnostic des kystes ovariens est de les confondre avec une grossesse simple ou compliquée d'hydramnios. Cette erreur a été commise plus d'une fois par les chirurgiens les plus exercés, et le diagnostic peut, en effet, présenter les difficultés les plus grandes, d'autant « que les symptômes gastriques, mammaires et nerveux » de la gravidité se rencontrent parfois, en dehors de toute grossesse, chez les femmes atteintes de tumeur ovarienne. Les bases du diagnostic différentiel sont avant tout fournies par la recherche des signes propres de la grossesse, par la palpation méthodique et surtout par l'auscultation des bruits du cœur. Mais cette exploration est souvent des plus délicates. J'en ai fait plus d'une fois

l'épreuve et je pourrais en particulier citer ici l'observation d'une jeune femme que j'ai opérée il y a quelques années et chez laquelle un accoucheur des plus distingués « croyait avoir entendu les bruits du cœur ». Fort de mes convictions sur l'indépendance de la tumeur et de l'utérus dont j'avais pu limiter le fond en déprimant la paroi abdominale au-dessus du pubis, j'ai passé outre, et bien m'en a pris : la tumeur était un kyste et la malade a parfaitement guéri.

Dans le même ordre d'idées, Lawson Tait rapporte l'observation d'une jeune fille qu'il a opérée avec succès et chez laquelle quatre praticiens, « hommes d'expérience », avaient pris pour des battements cardiaques des bruits intestinaux à caractère rythmique. Ces difficultés que l'hydramnios, une ascite concomitante ou la mort du fœtus peuvent encore augmenter, sont du reste reconnues par tous les cliniciens. Pinard (1) le dit fort bien : « Il y a toujours à faire un diagnostic différentiel entre un utérus gravide et une tumeur abdominale quand les signes de la grossesse ne sont pas évidents. On recherchera toujours avec le plus grand soin les modifications gravidiques du col et surtout le ballottement et, vers la fin de la grossesse, l'engagement d'une portion fœtale dans la région supérieure du bassin. » Le fait chirurgical essentiel à déduire de ces quelques détails, c'est que la pensée d'une grossesse possible doit toujours être présente à l'esprit, lorsqu'on est en présence d'une tumeur abdominale de nature douteuse. *Savoir attendre* : voilà quelle est alors la règle qui permet d'éviter soit une intervention des plus regrettables, soit encore les véritables désastres que les ponctions exploratrices ont plus d'une fois provoqués dans les cas de ce genre.

S'il est parfois difficile de distinguer un kyste ovarien d'une grossesse, il est non moins délicat de reconnaître la coexistence d'un kyste et d'une grossesse. La surdistension abdominale qui résulte de cette coïncidence peut, en effet, compliquer à ce point l'examen, qu'il soit pour ainsi dire impossible de se prononcer. La grossesse seule avec hydramnios, la grossesse gémellaire avec hydropsie d'un des œufs (Pinard), la coexistence d'une grossesse extra-utérine et d'une grossesse intra-utérine sont autant d'états susceptibles de donner le change. Sans doute, la grossesse utérine une fois reconnue, on trouvera des éléments diagnostiques utiles dans le volume exagéré de l'abdomen, dans la possibilité de distinguer par la vue et la palpation le sillon qui sépare les deux tumeurs, et dans ce fait que l'utérus gravide est refoulé vers l'une des fosses iliaques; mais, nombre de fois, le diagnostic n'en reste pas moins hésitant ou impossible. Alors même qu'on arrive au diagnostic de la coexistence d'une grossesse utérine et d'une autre tumeur, la nature de celle-ci peut encore rester problématique et l'erreur la plus commune consiste alors à confondre la tumeur ovarienne avec une grossesse ectopique. Le fait est si vrai que B. Barnes et F. Barnes enseignent qu'en général on doit « se contenter d'arriver à cette conclusion que l'une ou l'autre existe ». La coexistence des kystes ovariens avec d'autres tumeurs abdominales, et particulièrement avec des fibromes utérins plus ou moins volumineux, peut de même présenter des difficultés de diagnostic qui se conçoivent du reste aisément et que je me contente de signaler.

L'ascite, l'inflammation kystique, la péritonite, les hémorrhagies, la rupture du kyste ou la torsion du pédicule sont enfin des conditions qui modifient la

(1) A. PINARD, art. GROSSESSE du *Dict. encycl. des sciences méd.*, 2^e série, t. XI.

symptomatologie des kystes et qui réclament un diagnostic spécial. Les signes révélateurs de ces diverses complications ayant été implicitement exposés à propos des symptômes, je me contenterai de rappeler que le diagnostic précis de la complication n'est pas toujours aisé, et si l'affaissement brusque du ventre atteste la *rupture spontanée*, si l'évacuation du contenu kystique par les selles, avec ou sans production de tympanisme de la tumeur, permet d'affirmer son ouverture intestinale, les symptômes des complications portant sur le pédicule seront loin d'être aussi pathognomoniques. Qu'il s'agisse d'un *étranglement du pédicule* par des fausses membranes, d'une *torsion* ou d'une *rupture*, les symptômes qui donnent l'éveil se ressemblent fort. On voit éclater brusquement des symptômes péritonitiques graves; la tumeur est immobilisée, des phénomènes douloureux intenses se développent et l'appareil symptomatique n'offre pas d'autre particularité. L'indécision diagnostique qui en résulte est d'ailleurs négligeable; car, dans ces cas, l'indication d'une intervention immédiate est maintenant formelle. L'*inflammation du kyste*, avec suppuration de son contenu, peut à son tour se présenter dans des conditions telles qu'il soit très malaisé de distinguer cette inflammation suppurative intrakystique d'une poussée de péritonite. Terrier⁽¹⁾ insiste sur les difficultés de cette distinction. « On ne saurait croire, dit-il, combien il est difficile de faire un diagnostic différentiel entre des accidents péritonitiques et la suppuration d'un kyste ovarique. Peut-être pourrait-on faire intervenir la température qui reste toujours élevée lors de suppuration, tandis qu'elle diminue fatalement, à un moment donné, lors de péritonite localisée ou généralisée. » Les *hémorragies* sont elles-mêmes d'un diagnostic délicat. Lorsqu'elles ne sont pas assez profuses pour tuer à bref délai, elles se révèlent souvent par une douleur brusque et des vomissements susceptibles de faire croire à une péritonite. Enfin, elles engendrent parfois, grâce à leur répétition, « une pâleur extrême, un facies chloro-anémique » qui, suivant la remarque de Spencer Wells, « fait redouter à tort une affection maligne ».

Quant à l'*ascite*, elle s'accompagne de ses symptômes habituels et, bien qu'elle masque ou modifie les résultats fournis par la palpation, la percussion et la recherche du flot, il est, en maintes circonstances, possible de faire le départ de ce qui appartient à la tumeur ovarique elle-même et au liquide ascitique dans lequel elle est baignée. Les signes de cette *ascite concomitante* varient du reste avec le rapport réciproque de la quantité du liquide ascitique et du volume de la tumeur et tous les intermédiaires sont possibles entre les grosses tumeurs kystiques qui se laissent percevoir, après déplacement d'une mince couche de liquide ascitique, et les moyennes ou petites tumeurs ovariennes qui, noyées au milieu d'une ascite abondante, se laissent difficilement atteindre par la palpation abdominale et se révèlent surtout par la sensation de ballotement qu'elles donnent au toucher vaginal. A tous les degrés de cette série, la recherche précise des signes physiques permettra souvent le diagnostic. Toutefois, il est des cas d'*ascite* à développement rapide dont le diagnostic est loin d'être aisé : les flancs restent sonores, la palpation est pour ainsi dire impossible, les lignes de matité plus ou moins sinueuses n'offrent plus leurs caractères habituels, le liquide intrapéritonéal est comme infiltré entre les organes sans se collecter vers les régions déclives, et, dans ces conditions sur lesquelles

(1) TERRIER, *Revue de chir.*, 1885, t. V, p. 12.

Duplay a particulièrement insisté, il est souvent très difficile de se prononcer.

Sans plus insister sur le diagnostic des complications, revenons au diagnostic des kystes ovariens en eux-mêmes et complétons ce qui nous reste à dire sur les moyens de reconnaître soit les *connexions*, soit la *nature* de la tumeur ovarienne. Bien que les progrès de la médecine opératoire aient diminué l'intérêt qu'on attachait autrefois au diagnostic précis des *adhérences* pariétales ou pelviennes, il importe néanmoins de chercher à les reconnaître. La marche du néoplasme, l'existence de poussées péritonéales antérieures peuvent constituer ici des signes de présomption d'une certaine valeur. Toutefois, il faut savoir que les adhérences ne sont pas, d'une part, la conséquence inévitable de poussées péritonéales antérieures et que, d'autre part, elles peuvent très bien se rencontrer, alors même que la péritonite fait défaut dans les antécédents. L'exploration directe reste donc le seul moyen de s'éclairer. L'enclavement de l'utérus, l'induration des culs-de-sac vaginaux, l'existence de phénomènes de compression pelvienne avec œdème plus ou moins accusé des membres inférieurs, sont autant de signes qui doivent faire redouter l'existence des *adhérences pelviennes*. Pour reconnaître les *adhérences pariétales*, Spencer Wells⁽¹⁾ conseille de rechercher attentivement si les changements de position de la malade ou les mouvements respiratoires entraînent la mobilisation du néoplasme. Cette mobilisation peut être vérifiée soit par la vue, lorsque la paroi abdominale est assez mince pour accuser les bosselures du néoplasme, soit par la palpation, soit encore par la percussion. Lorsque la tumeur est libre d'adhérences, on peut voir ou sentir ses mouvements, et lorsque le volume de la tumeur ou l'épaisseur de la paroi abdominale s'oppose à ces constatations, il est encore possible, par la percussion, de voir la ligne de matité supérieure s'abaisser pendant l'inspiration et s'élever pendant l'expiration. Lorsque des adhérences pariétales fixent la tumeur, on les reconnaît soit par l'absence de tous les indices de mobilité, soit encore par certains signes tels que la participation de l'ombilic aux mouvements que l'on cherche à imprimer au néoplasme. Les frottements péritonéaux perçus par l'oreille ou la main attestent des lésions de péritonite circonscrite ou même des adhérences; mais il est clair que la sensation de frottement est un témoignage de leur laxité. Quant aux *adhérences viscérales*, elles ne peuvent être reconnues que pendant l'opération. Malgré l'apparente précision de ces divers éléments de diagnostic, il est, en nombre de cas, impossible d'affirmer l'existence ou l'absence des adhérences.

Le toucher vaginal, l'hystérométrie et le cathétérisme vésical fournissent des renseignements utiles sur les *rapports du néoplasme avec l'utérus ou la vessie*. C'est aussi le toucher vaginal combiné avec la palpation abdominale qui permet de s'éclairer sur les connexions du néoplasme avec le ligament large. Les caractères approximatifs du *pédicule*, sa grande longueur ou son extrême brièveté peuvent être, sans doute, présumés par la recherche du degré de mobilité de la tumeur. Quelques auteurs conseillent même de pousser plus loin les investigations, en introduisant la totalité de la main dans le rectum, suivant le procédé de Simon (de Heidelberg), ou, plus simplement, à l'aide du toucher rectal pratiqué après fixation et abaissement du col par une pince de Museux. Ce dernier mode d'exploration peut être mis en pratique sans inconvénient, mais ses révélations sont le plus souvent obscures. Quant au procédé de Simon

(1) SPENCER WELLS, *Loc. cit.*

(de Heidelberg), il est sans doute plus instructif, mais c'est payer un document qui n'a rien d'indispensable par une manœuvre trop brutale. Aussi bien, doit-on se contenter de pratiquer la palpation combinée au toucher vaginal ou rectal doucement pratiqué.

L'effacement ou la saillie de l'un des culs-de-sac, la netteté de la fluctuation, la déviation et l'immobilité de l'utérus feront penser aux *kystes inclus* dans le ligament large. Toutefois, les causes d'erreur sont ici nombreuses. Ainsi, le simple prolongement d'un kyste ovarique muni d'un étroit pédicule peut donner des sensations analogues. Sans doute, l'évacuation du kyste par la ponction, en rendant à l'utérus sa mobilité, est capable de remettre le diagnostic en bonne voie; mais, s'il y a des adhérences pelviennes, ce moyen de contrôle reste impuissant. Dans les cas où le ligament large est manifestement envahi par le kyste, le point le plus intéressant à élucider serait de distinguer toujours les kystes inclus du ligament large des *kystes para-ovariens* proprement dits. Malheureusement, les éléments cliniques de ce diagnostic laissent à désirer. Les signes tirés du jeune âge de la malade, de la conservation de la santé, de la lenteur et de l'indolence de l'évolution néoplasique, de la rareté des phénomènes de compression, de la netteté de la fluctuation, ont sans doute une signification: mais ils sont loin d'être décisifs. Bref, le seul moyen d'arriver au diagnostic, c'est l'examen direct du liquide vraiment caractéristique dans les kystes de cette espèce⁽¹⁾. Encore faut-il savoir qu'un liquide clair comme de l'eau de roche peut se rencontrer aussi dans les kystes de l'ovaire, si bien que la ponction elle-même ne fournit ici que des signes de probabilité. Il n'y a du reste pas grand mal à cela, puisque l'ablation par laparotomie est aujourd'hui le traitement de choix aussi bien pour les kystes para-ovariens que pour les kystes de l'ovaire proprement dits.

Le diagnostic différentiel d'un kyste de l'ovaire étant posé, il importe en dernier lieu de déterminer sa *nature*. S'agit-il d'un *kyste dermoïde*, d'un *cysto-épithéliome* ordinaire, pauciloculaire ou multiloculaire ou d'une tumeur kystique à tendance *maligne*? Les caractères du flot, la ponction exploratrice, la marche et la nature des complications, l'âge et l'état général fournissent ici les principaux renseignements. Les *kystes dermoïdes* ont peut-être une marche moins rapide que les autres kystes, il en est même qui restent fort longtemps stationnaires. On sait en outre qu'ils s'observent surtout dans la jeunesse. Leopold⁽²⁾ et Kocher⁽³⁾ ont indiqué, comme signes particuliers, la propriété pour la tumeur de garder l'impression du doigt et la possibilité pour le chirurgien de percevoir les froissements de cheveux qu'elle contient. Lawson Tait a signalé un caractère plus important, c'est que, même en dehors de tout phénomène de torsion ou d'inflammation, le kyste dermoïde est douloureux. Tillaux⁽⁴⁾ insiste également sur la valeur de ce signe qui, pour lui, serait très grand quand la tumeur est en même temps de petit volume et a évolué lentement. Quant au « signe de Küster »⁽⁵⁾, c'est-à-dire à la tendance du kyste dermoïde à toujours siéger en avant de l'utérus et à y revenir dès qu'on le déplace latéralement, il est loin d'être pathognomonique. En fait, la symptomatologie des kystes dermoïdes n'offre

(1) DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1882, t. II, p. 585 et 575, et TERRILLON, *Annales de gynéc.*, déc. 1885, p. 426.

(2) LEOPOLD, *Centr. für Gyn.*, 1886, p. 50.

(3) KOCHER, *Ibid.*, 1887, p. 44.

(4) LESOURD, *Diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1894.

(5) KÜSTER, *Ueber die Sackniere*. *Deutsche med. Woch.*, 1888, n° 19 et 22.

rien de caractéristique; ils sont, comme les autres kystes ovariens, exposés à l'inflammation, la rupture ou la torsion pédiculaire et le liquide retiré par ponction est, en définitive, seul capable de fournir des renseignements décisifs. On se rappellera que la ponction est ici particulièrement dangereuse à cause de la nature du contenu kystique. La forme de la tumeur, les caractères de la fluctuation ou du flot et surtout la ponction renseignent suffisamment sur le caractère *multiloculaire* ou *pauciloculaire* de la tumeur. Avant même toute ponction, les caractères du flot, son absence de netteté, sa lenteur, si je puis ainsi dire, peuvent laisser présumer le caractère colloïde du liquide kystique. Il va sans dire que c'est à la consistance de la tumeur, à l'absence ou à la présence de la fluctuation, aux résultats positifs ou négatifs de la ponction qu'il faut demander les éléments du diagnostic différentiel entre les *tumeurs liquides* ou *solides*. Quant à la *malignité du néoplasme kystique*, c'est surtout dans la marche du mal et à l'état général qu'il faut puiser les principaux éclaircissements. La brusquerie du développement, la rapidité de l'amaigrissement et de la cachexie, des signes d'adhérences pelviennes, la précocité des phénomènes d'œdème, l'apparition de complications pleurales sont autant de gages de malignité. L'existence d'une ascite concomitante notable, sans avoir l'inexorable gravité que lui accordent quelques chirurgiens⁽¹⁾, est cependant la complication habituelle des formes végétantes. Les caractères du liquide ascitique ont aussi leur valeur, ainsi que je l'ai dit en traitant de l'anatomie pathologique. Enfin, doit-on considérer, avec Thiriar⁽²⁾, l'*hyppoazoturie* comme un gage certain de malignité? Pour être résolue par l'affirmative, cette question réclame de nouvelles recherches, d'autant que Kirmisson⁽³⁾, contrôlant les recherches de Rommelaère (de Bruxelles) et de Grégoire⁽⁴⁾, arrive à cette conclusion déjà formulée par A. Robin, à propos de l'hyppoazoturie dans le cancer, qu'« on ne saurait lui accorder une valeur diagnostique, car un grand nombre d'autres états pathologiques de l'organisme aboutissent au même résultat ».

Tous les détails qui précèdent montrent que le diagnostic des kystes ovariens offre, en certains cas, les difficultés les plus sérieuses. J'ai dit comment la ponction exploratrice pouvait, en maintes circonstances, lui apporter un appoint des plus utiles; mais il me reste à parler d'un moyen d'exploration beaucoup plus direct et plus sûr, dont l'emploi se généralise de plus en plus dans la chirurgie abdominale: j'ai nommé l'*incision exploratrice*. Plusieurs chirurgiens étrangers préconisent ardemment ce moyen de contrôle, et Lawson Tait, par exemple, à propos d'une statistique de 94 cas d'incisions exploratrices qui ne lui ont donné que 2 morts⁽⁵⁾, semble exprimer cet avis que l'incision doit être toujours préférée à la ponction. Terrillon⁽⁶⁾ a montré, par l'analyse des faits publiés jusqu'à ce jour, qu'elle donnait une mortalité moyenne de 21 pour 100, et, bien que je sois très partisan de cette méthode d'exploration, j'estime qu'il est prudent de restreindre autant que possible son emploi. Terrier⁽⁷⁾ a très judicieusement fait observer que, le plus souvent, les incisions dites exploratrices

(1) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 727.

(2) THIRIAR, *Congrès français de chirurgie*, 2^e session du 18 au 24 oct. 1886.

(3) KIRMISSON, *L'urée dans le cancer*. *Congrès de chir.*, 1^{re} session. *Compte rendu des séances*, p. 166.

(4) GRÉGOIRE, *Thèse de Paris*, 1885.

(5) LAWSON TAIT, *British med. Journal*, 1885, t. I, p. 21.

(6) TERRILLON, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 168.

(7) TERRIER, *Ibid.*, 1885, p. 181.