

KISTE DE L'OVAIRE

Tumeur ascendante.
Tumeur adhérente aux organes génitaux.
Pas de variation à la pression.

Matité ayant son maximum vers la région pelvienne.
Ponction : liquide ne contenant aucun des éléments de la bile.

Ressource ultime : ponction exploratrice.

Les kystes hydatiques du foie pourraient exceptionnellement être confondus avec une tumeur pelvienne, mais la tumeur sera le plus souvent nettement rattachée au foie.

3° RATE : *Hypertrophie et kystes hydatiques.* — L'hypertrophie de la rate devient parfois considérable; Thornton¹ en a cité un exemple où la tumeur allait du rebord des fausses côtes au bassin, et dont le diagnostic ne put se faire qu'après laparatomie. La tumeur constituée en pareil cas par la rate est dure, égale, lisse, et présente un bord tranchant qui est en quelque sorte pathognomonique. Les causes habituelles de cette hypertrophie sont la leucémie (que l'hypertrophie soit la cause ou l'effet de cet état) et la malaria.

Un volumineux kyste hydatique de la rate en imposera exceptionnellement pour un kyste ovarien.

4° PANCRÉAS : *Kystes.* — Les kystes du pancréas peuvent être hydatiques ou simples. Ces derniers, ordinairement produits par la rupture d'un anévrysme intra-glandulaire, arrivent parfois à un volume considérable; Bozeman² en a publié un cas où le poids était de 20 livres et demie. La rareté de ces tumeurs me dispense d'insister sur le diagnostic différentiel.

c. TUMEURS STATIONNAIRES

1° PARIÉTAL ABDOMINAL : *Kystes hydatiques.* — Le diagnostic avec un kyste de l'ovaire peut devenir délicat. L'intégrité des organes génitaux, la déformation même de la paroi abdominale, mettront sur la voie du diagnostic.

2° PÉRITOINE : *Kystes hydatiques.* — Les kystes hydatiques sont susceptibles de se développer en tous les points du corps, dans le péritoine comme

¹ Virchow. *Jahrb.*, 1886, t. II, p. 426.

² *Med. Record*, janvier 1882.

en toute autre région. L'analogie est grande avec un kyste multiloculaire de l'ovaire. Toutefois le kyste hydatique n'est pas ascendant comme l'ovarique, les bosselures sont plus accentuées et parfois on sent le frémissement hydatique. Dans les cas douteux, la ponction ou l'incision exploratrice lèveront seules les doutes.

3° *Péritonite partielle.* — Une péritonite partielle, réunissant un paquet d'anses intestinales et formant une tumeur plus ou moins volumineuse, pourrait faire croire à une tumeur d'origine génitale, si les antécédents de la maladie, la douleur locale, la fièvre, l'intégrité des organes génitaux ne venaient le plus souvent lever les doutes.

4° *Hydropisie enkystée du péritoine.* — L'hydropisie enkystée du péritoine est observée en deux circonstances différentes, tantôt à la suite d'une péritonite partielle dont elle devient une complication, tantôt après oblitération de l'hiatus de Winslow, la sérosité s'accumulant dans l'arrière-cavité des épiploons. Dans le premier cas, l'aspect clinique diffère peu de celui d'une péritonite partielle; dans le second, la tumeur est médiane, et occupe surtout la région de l'ombilic; il y a de la sonorité au-dessus du pubis. Les organes du bassin sont indemnes.

IV

ASCITE

1° L'ascite est constituée par l'épanchement de sérosité dans l'intérieur du péritoine.

Le liquide est en général libre dans la séreuse péritonéale; toutefois, en certains cas relativement rares, il peut être enkysté, donnant lieu à une ascite partielle; je n'envisagerai ici que le premier cas, le seul qui nous intéresse dans ce chapitre.

Les symptômes classiques de l'ascite, que je me contente de rappeler, sont les suivants :

Tuméfaction de l'abdomen, en rapport avec la quantité de liquide épanché.

Exagération de la circulation collatérale, se manifestant par un développement anormal des veines de la paroi abdominale.

À la *percussion* (la femme étant couchée), sonorité dans la région ombilicale et dans la partie la plus saillante de l'abdomen; matité commençant circulairement au niveau d'un plan horizontal et s'étendant jusqu'aux parties les plus déclives du ventre. La matité se déplace d'ailleurs suivant la position de la malade; elle existe vers les points les plus déclives de l'abdomen où se réfugie le liquide, tandis que les régions les plus élevées de

l'abdomen abandonnées par la sérosité, qui y est remplacée par l'intestin, deviennent sonores.

Outre les modifications de la sonorité, la *percussion* permet de constater les signes caractéristiques de l'ascite, c'est-à-dire la *fluctuation*. Pendant qu'une main est appliquée à plat sur un côté de l'abdomen, si avec l'autre main on imprime un brusque choc au point symétrique de la paroi abdominale, on aura la sensation d'un choc caractéristique, révélant l'existence de l'épanchement intra-péritonéal.

Dans les cas douteux une ponction peut révéler la présence d'une ascite, dont le diagnostic était difficile.

2° La présence de l'ascite étant reconnue, il importe d'en établir le *diagnostic étiologique*.

Or l'ascite peut se produire dans quatre catégories de maladies :

- a. Dans tous les états cachectiques avancés ;
- b. Dans la péritonite simple, tuberculeuse ou cancéreuse ;
- c. Dans certaines maladies viscérales (cœur, poumon, foie, rein) ;
- d. Dans les tumeurs abdominales.

Un mot d'explication sur chacune de ces catégories étiologiques :

a. L'état cachectique, quelle qu'en soit la cause, cancer ou maladie chronique incurable, est susceptible de produire l'ascite qui s'accompagne habituellement d'œdème généralisé. L'histoire même de la maladie conduira au diagnostic étiologique.

b. La péritonite, capable de conduire à l'ascite, est subaiguë ou mieux chronique, tantôt simple, tantôt tuberculeuse, tantôt cancéreuse, presque toujours tuberculeuse ou cancéreuse, la première variété étant exceptionnelle. Dans l'ascite d'origine tuberculeuse, la marche est lente, insidieuse, l'abdomen indolore, le liquide se déplace difficilement, il est peu abondant ; souvent il existe une tumeur périombilicale constituée par la dégénérescence tuberculeuse de l'épiploon ; la palpation fait parfois percevoir des frottements péritonéaux. Dans l'ascite produite par la dégénérescence cancéreuse du péritoine, le diagnostic, à moins qu'il n'existe une tumeur perceptible à la palpation, est des plus difficiles et se fera par exclusion, par la marche progressive, enfin dans certains cas par la ponction amenant une sérosité sanguinolente.

c. Les maladies viscérales à même de produire l'ascite sont celles du cœur (asystolie) du poumon (asphyxie conduisant à l'asystolie), du foie (cirrhose atrophique, tumeurs), des reins (néphrite chronique, mal de Bright). Ces diverses maladies se reconnaîtront à leurs caractères ordinaires dont je ne puis aborder ici le détail.

d. Toute tumeur développée dans l'abdomen est susceptible, soit en entravant la circulation, soit en irritant la séreuse péritonéale, d'amener de l'ascite, telle les tumeurs de l'estomac, de l'intestin, du pancréas, de l'épiploon, de la rate, des ganglions ; il peut en être de même des tumeurs développées dans la sphère des organes génitaux ; c'est à cette dernière caté-

gorie, qui nous intéresse ici spécialement, que je vais consacrer la fin de ce chapitre, en exposant les considérations pathologiques et thérapeutiques dues à la coexistence de l'ascite.

3° On a dit que la présence de l'ascite dans les tumeurs pelvi-péritonéales était un signe de malignité ; d'une façon générale cette opinion est exacte, mais elle souffre de nombreuses exceptions, ainsi qu'on va s'en assurer en parcourant les différentes maladies où on peut la rencontrer.

a. *Pelvi-péritonite tuberculeuse*. — La pelvi-péritonite tuberculeuse n'est souvent qu'une des localisations de la péritonite tuberculeuse généralisée à toute la séreuse abdominale.

D'après *Gusserow*¹, cette maladie dont l'existence est assez fréquente et s'accompagne souvent d'ascite peut être simulée par une affection analogue. Cet auteur a en effet examiné des nodules d'apparence tuberculeuse, extraits du péritoine et a pu se convaincre qu'ils étaient constitués par un amas de petites cellules et ne contenaient ni bacilles de la tuberculose, ni cellules géantes. Les cas, assez fréquemment observés, de guérison de la péritonite dite tuberculeuse, à la suite d'une laparotomie (souvent simplement exploratrice) s'expliqueraient donc par la nature non bacillaire de cette affection.

b. *Dans les papillômes végétants du péritoine ayant les ovaires pour point de départ*. Ces cas ont été confondus parfois avec le cancer du péritoine.

c. *Dans le cancer des ovaires et du péritoine*.

d. *Dans certaines tumeurs bénignes de l'ovaire*. *M. Gusserow* relate trois cas de ce genre : l'ascite était due dans le premier à un fibrome de l'ovaire et dans les deux autres à des kystes de l'ovaire. *M. Gusserow* rejette la ponction exploratrice dans l'ascite gynécologique. D'une part, elle est insuffisante pour établir un diagnostic exact qui ne peut être fait que *de visu* ; d'autre part, elle ne permet pas l'évacuation complète des liquides et en outre amène des conséquences funestes, telles que : érysipèle des téguments de l'abdomen ayant la piqûre pour point de départ ; péritonite septique ; hémorragies intra-abdominales par blessure des vaisseaux (dans certaines tumeurs de l'abdomen).

L'ascite gynécologique exige toujours non pas une ponction, mais une *incision exploratrice* d'environ 6 centimètres sur la ligne médiane qui permet l'évacuation complète du liquide (au besoin, il faut enlever ses restes au moyen d'éponges), ainsi qu'un examen oculaire et digital complets. Dans les cas opérables l'incision exploratrice doit être suivie immédiatement de l'ablation de la tumeur. Dans les cas inopérables l'incision exploratrice est en même temps une intervention thérapeutique, puisqu'elle répond à une indication symptomatique importante qui est l'évacuation du liquide ascitique. Elle devient même parfois curatrice, comme dans la péritonite dite tuberculeuse.

¹ *Archiv. f. Gynäk.*, 1892, p. 469, vol. 42, fasc. 3.

On ne peut nier que dans certains cas de cancer de l'ovaire et du péritoine l'incision exploratrice paraisse accélérer le dénouement fatal. Mais ces cas funestes sont largement compensés par ceux où l'incision exploratrice démontre la nature non maligne d'une tumeur qu'on croyait cancéreuse, ainsi que par ceux où, grâce à l'incision exploratrice, on peut pratiquer à temps une opération radicale.

Bien plus, il existe des exemples qui démontrent que l'évolution de la maladie peut parfois être considérablement ralentie dans les cas où, après l'ablation de l'ovaire malade, on aurait laissé sur le péritoine quelques végétations cancéreuses et même lorsqu'on se borne à une incision uniquement exploratrice sans toucher aux tumeurs.

*Zweifel*¹ se montre du même avis, au sujet de l'intervention dans l'ascite gynécologique, car il a eu des résultats désastreux avec l'incision exploratrice dans les cas de tumeurs abdominales malignes (mort par péritonite septique) tant qu'il n'évacuait pas complètement le liquide ascitique ; mais depuis qu'il a soin de bien vider et d'éponger la cavité péritonéale, il n'a plus perdu de malades à la suite d'incisions exploratrices.

La conclusion est que dans les cas d'ascite liée à une affection gynécologique, alors qu'il y a indication d'intervenir, mieux vaut le faire par la laparotomie que par une simple ponction aspiratrice. Lorsqu'on aura pratiqué la laparotomie et évacué le liquide ascitique, on fera l'ablation de la tumeur, si cela est possible, puis on refermera l'ouverture abdominale en se conformant à tous les détails de l'antisepsie la plus minutieuse et qui rendent l'opération inoffensive ; la laparotomie sera curatrice dans le premier cas, simplement palliative et exploratrice dans le second.

¹ *Vorlesungen über klinische Gynäkologie*. Leipzig, 1892.

CHAPITRE XV

DIAGNOSTIC DES GÉNITOPATHIES