

riques volumineux. On a vu ces kystes déterminer, à une période avancée de la maladie, une rétention d'urine qui était alors produite par la compression des uretères. Il en résulte une dilatation de ces conduits, une accumulation de l'urine derrière l'obstacle et l'impossibilité pour ce liquide d'arriver dans la vessie.

*Troubles de la respiration.* — Le développement considérable de l'abdomen et le refoulement en haut du diaphragme, qui en est la conséquence, produisent souvent une gêne notable de la respiration et une dyspnée plus ou moins considérable qui augmente par les mouvements que les malades veulent exécuter. On a vu cette dyspnée portée au point de produire l'asphyxie et de hâter la terminaison fatale.

*Troubles circulatoires.* — A mesure que le kyste ovarique se développe, il tend de plus en plus à comprimer la veine cave inférieure et les veines iliaques primitives. Il en résulte un œdème des deux jambes, cet œdème peut conduire à une ascite. C'est ainsi qu'on trouve tous les jours combinées ces trois espèces d'hydropisies, une ascite et une hydropisie enkystée de l'ovaire, accompagnées d'infiltration séreuse des membres inférieurs. Nous avons déjà parlé d'un bruit de souffle analogue au bruit de souffle utérin qu'on peut entendre en appliquant l'oreille sur l'abdomen. D'après Valleix, ce bruit de souffle se produirait à chaque pulsation artérielle et serait dû à la compression de l'aorte; on l'entend dans un certain nombre de cas. La gêne apportée à la circulation veineuse des membres inférieurs par la compression de la veine cave et des veines iliaques primitives, exige une circulation supplémentaire par les veines sous-cutanées abdominales qui deviennent alors saillantes et volumineuses.

Il y a très rarement de la fièvre; lorsqu'elle se montre, elle tient en général à quelque complication phlegmasique concomitante.

*Système nerveux.* — Il n'existe le plus souvent aucun trouble notable des centres nerveux dans la maladie qui nous occupe.

Lorsqu'il se produit quelques phénomènes morbides dans ce système, il est probable qu'il s'agit soit d'une simple coïncidence, soit d'une complication. Cependant, nous ne devons pas oublier de mentionner que fréquemment les kystes ovariques volumineux s'accompagnent de vives douleurs névralgiques qui sont probablement le résultat de la compression des branches nerveuses formant le grand nerf sciatique.

*État général.* — A mesure que le kyste ovarique fait des progrès et avant que les organes essentiels à la vie soient comprimés par le volume même de cette tumeur, on voit les malades tomber dans une sorte de cachexie. Leur teint pâlit, leurs yeux se plombent, elles languissent et deviennent d'une grande maigreur. Elles finissent, dit Valleix, par succomber à la fois d'asphyxie, d'anémie et de fièvre.

### § 3. Symptômes propres aux différentes espèces de kystes.

*Kystes uniloculaires.* — Les kystes uniloculaires ont des symptômes qui permettent de les reconnaître assez facilement.

C'est d'abord la variété de kystes qui acquiert le volume le plus considérable.

La régularité des formes des kystes uniloculaires est encore un caractère essentiel; ils sont arrondis, globuleux: l'abdomen est distendu d'une manière uniforme et régulière.

Lorsqu'il existe des végétations fibreuses (kystes uniloculaires végétants), on les distingue assez facilement par une palpation faite avec grand soin.

Si le kyste uniloculaire renferme un liquide séro-albumineux, on y perçoit facilement la fluctuation, et cette fluctuation, réunie à la position des intestins, permet toujours assez bien de le distinguer d'une ascite ordinaire.

Lorsque les kystes uniloculaires sont remplis de liquide de consistance gélatineuse, ce qui est le cas le plus rare, on n'a plus la sensation d'une fluctuation franche; mais on perçoit plutôt une espèce de tremblement gélatineux qu'on reconnaît assez facilement.

*Kystes multiloculaires.* — Lorsque le kyste multiloculaire est formé de kystes isolés sans communication les uns avec les autres, la surface du kyste est inégale, irrégulière et à larges bosselures; on sent alternativement des saillies arrondies et des dépressions plus ou moins profondes. Si les kystes isolés sont petits et remplis d'un liquide épais et visqueux, on n'y constate aucune trace de fluctuation; si au contraire il y a un ou plusieurs grands kystes, on peut, surtout si le liquide qu'ils contiennent est séro-albumineux, y constater une véritable fluctuation. Les petits kystes, distendus par un liquide gélatineux, donnent la sensation de corps globuleux et durs.

Les plaques fibro-cartilagineuses, cartilagineuses et osseuses, qui peuvent se trouver incrustées dans les parois, sont encore assez facilement reconnues par une palpation et une percussion méthodiques.

*Kystes aréolaires.* — Ces kystes sont en général d'un volume moins considérable que les précédents; ils sont inégaux, irréguliers, sans aucune apparence de fluctuation. Il est rare qu'on puisse y percevoir pendant la vie les tumeurs fibreuses, fibro-cartilagineuses et osseuses, si communément incrustées dans les parois des kystes à loges.

*Kystes composés.* — On y constate les différents caractères assignés aux autres variétés de kystes, c'est-à-dire des parties lisses, unies, globuleuses, et donnant une fluctuation plus ou moins manifeste; puis des sillons, des bosselures plus ou moins étendues; enfin toutes les apparences d'une série de kystes uniloculaires et de kystes multiloculaires, ce qui tient, ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le dire, à ce que tous les liquides contenus dans les diverses loges d'un même kyste n'ont ni les mêmes propriétés physiques ni les mêmes caractères chimiques, et que si les uns ont un liquide épais, gélatineux, visqueux, plus ou moins noirâtre, les autres au contraire ne renferment qu'un liquide purement séro-albumineux, dont la fluctuation même, circonscrite à des parties fort restreintes, est encore cependant assez facile à percevoir.

#### ARTICLE IV. — Durée et terminaison des kystes ovariens.

La durée des kystes ovariens est extrêmement variable; on en voit se produire, et acquérir un grand développement en deux ou trois mois. Dans d'autres cas, ce ne sont plus des mois; ce sont des années ou même une longue période d'années, quinze, vingt, vingt-cinq, trente ans que les kystes mettent à prendre tout leur développement.

La durée, tantôt courte, tantôt longue, est donc extrêmement variable, et il est très difficile de donner quelque chose de précis à cet égard. On voit quelquefois les kystes marcher lentement, s'arrêter et rester stationnaires, puis enfin recommencer leur marche avec plus ou moins de rapidité.

La terminaison des kystes ovariens est loin d'être toujours identique; voici les divers modes qu'on peut observer :

1° Les kystes ovariens peuvent ne pas abrégier beaucoup la vie des malades, qui meurent âgées, ou succombent à une complication intercurrente d'une nature ou d'une autre.

2° La mort de la malade peut avoir lieu par l'inflammation spontanée du kyste ou des kystes; cette inflammation donne lieu à la formation d'un kyste purulent, qui, avant de s'ouvrir, peut amener une péritonite par suite de l'extension de l'inflammation.

3° L'ouverture des kystes ovariens se fait assez souvent dans des points très différents :

*a. Dans les intestins grêles.* — Cette ouverture est rare; car ce n'est que d'une manière incidente, fortuite et passagère, que le kyste ovarien est en rapport avec les intestins grêles. M. Cruveilhier a vu un petit kyste ouvert dans l'intestin grêle communiquer avec lui par un trajet fistuleux.

*b. Dans le côlon, le cœcum ou le rectum.* — Pour qu'il en soit ainsi, il faut qu'il s'établisse des adhérences préalables, et une ulcération perforatrice des parois adossées du kyste et de l'intestin. La guérison peut avoir lieu, mais après l'ouverture

dans l'intestin, le kyste peut s'enflammer spontanément, ou bien par suite du passage des matières fécales.

*c. Dans le péritoine.* — Cette ouverture de kystes est constamment suivie d'une péritonite suraiguë.

*d. Dans la vessie.* — Cette ouverture est plus rare ; cependant on en connaît quelques exemples.

Les kystes ovariens s'ouvrent aussi, mais rarement, dans l'utérus ou dans le vagin, et plus rarement à travers la paroi abdominale.

Telles sont les principales voies dans lesquelles les kystes peuvent s'ouvrir.

#### ARTICLE V. — Diagnostic des kystes des ovaires.

Le diagnostic des kystes ovariens présente certaines difficultés et des questions importantes à résoudre pour le traitement.

D'abord s'agit-il d'une hydropisie enkystée ou d'une autre maladie ? C'est la première question à poser. En effet, on peut confondre cette affection avec les trois états suivants : une grossesse, une tumeur fibreuse de l'utérus, une ascite simple.

*Grossesse.* — La grossesse peut être simple ou extra-utérine.

La grossesse simple se distinguera des hydrosies enkystées de l'ovaire par les caractères suivants : l'abdomen se développe plus rapidement et plus régulièrement ; l'utérus, rempli du produit de la conception, occupe la partie médiane de l'abdomen ; la menstruation est supprimée ; enfin, à une certaine époque, on peut constater le bruit de souffle placentaire, les doubles battements de cœur du fœtus, et le ballotement. L'erreur de diagnostic n'est guère possible.

La grossesse extra-utérine se reconnaîtra aux signes suivants : le début des grossesses ovariennes ou tubaires est le même que celui des grossesses simples : suppression de menstruation ; développement des seins ; troubles sympathiques de même espèce, et souvent beaucoup plus caractérisés que dans la gros-

sesse simple ; développement de l'abdomen beaucoup plus rapide que dans l'hydropisie enkystée ; puis, au bout d'un certain temps, arrêt du développement, enfin état longtemps stationnaire, ou bien développement d'accidents graves de péritonite. La confusion est donc encore ici assez difficile.

*Tumeurs fibreuses.* — Les tumeurs fibreuses se distingueront des hydrosies enkystées par les caractères suivants : développement très lent, progressif, souvent insensible et mettant de longues années à se faire ; métrorrhagies fréquentes ; tumeur dure, sans fluctuation, presque toujours seule, isolée, et faisant complètement corps avec l'utérus ; possibilité de constater par le toucher vaginal, rectal, et par la palpation abdominale, le siège même de la tumeur, siège qui se trouve dans l'utérus ; consistance dure, et poids de la tumeur qui est considérable ; enfin, développement toujours moins considérable que celui des hydrosies enkystées.

*Ascite simple.* — On se fondera pour établir le diagnostic sur les considérations suivantes : l'ascite simple, essentielle, est très rare ; la plupart des ascites sont symptomatiques, et la présence de la cause organique qui a produit la lésion est déjà ici un moyen de diagnostic. Le développement de l'abdomen est régulier. Le niveau du liquide forme une ligne courbe à concavité supérieure. Les diverses positions qu'on imprime aux malades font changer le niveau supérieur du liquide, ce que l'on constate facilement. La fluctuation est très facile à déterminer ; le liquide épanché est toujours séro-albumineux, clair et limpide. Il n'y a pas de difficulté pour les cas ordinaires ; la seule qui pourrait se présenter serait la suivante : c'est lorsqu'il y a coïncidence d'une ascite simple et d'une hydropisie enkystée. Ce diagnostic étant beaucoup plus difficile, il faudrait faire la part de l'une et de l'autre lésion, et assigner à chacune des deux ce qui lui appartient.

L'existence de l'hydropisie enkystée une fois admise, ce n'est pas tout, et il y a encore plusieurs questions graves à décider. Voici de quelle manière M. Cruveilhier les formule :

1° Le kyste est-il uniloculaire ou multiloculaire, et dans ce dernier cas, existe-t-il une poche principale ?

2° Le kyste ovarique est-il aréolaire ou vésiculaire, en totalité ou en partie, et dans quelle proportion ?

3° Relativement à la qualité du liquide, ce liquide est-il séreux, visqueux ou gélatineux ?

C'est en effet à toutes ces questions qu'il faut répondre avant de décider la question du traitement. Nous en avons donné la solution complète dans le cours de cet article, et nous n'avons pas besoin d'y revenir ici.

#### ARTICLE VI. — Pronostic des kystes des ovaires.

Le pronostic des kystes de l'ovaire est toujours sérieux; si l'hydropisie marche vite, elle conduit en quelques mois ou en quelques années les malades à une mort certaine. Si l'hydropisie se développe lentement, elle constitue une infirmité désagréable, fatigante, et, quoique au bout d'un temps plus long il est vrai, elle ne peut jamais aboutir qu'au même mode de terminaison.

Le pronostic sera d'abord subordonné à la rapidité de la formation de la tumeur, et un kyste qui aura mis peu de temps à se former sera plus fâcheux pour la femme qu'un kyste qui se sera développé très lentement. Un kyste uniloculaire sera moins fâcheux qu'un kyste multiloculaire; un kyste multiloculaire à poches communicantes qu'un kyste multiloculaire à poches parfaitement isolées et distinctes; enfin un kyste multiloculaire sera moins grave qu'un kyste aréolaire. La présence de végétations, de produits cartilagineux et osseux, aggrave encore singulièrement le pronostic.

#### ARTICLE VII. — Traitement des kystes des ovaires.

Le traitement des kystes de l'ovaire ne comprend qu'un très petit nombre de médications, que l'on peut ainsi résumer.

*Médicaments internes.* — On a conseillé d'abord les révulsifs

plus ou moins énergiques, avec les purgatifs hydragogues, les sudorifiques, les diurétiques. Il est douteux qu'on ait jamais obtenu une guérison par ces moyens, et quel que soit le temps pendant lequel on les ait employés. Ces médicaments n'ont pas d'autre résultat que de fatiguer les malades, les épuiser et hâter une terminaison fatale.

Les vésicatoires et les cautères, appliqués sur divers points de la paroi abdominale, ne comptent non plus aucun succès évident.

On a encore conseillé d'essayer la médication altérante. Ainsi on a eu recours aux mercuriaux employés sous toutes les formes, à l'iodure de potassium, et aux diverses préparations d'iode, aux sels d'or. Y a-t-il eu des succès ? C'est fort douteux, et aucun fait ne peut être invoqué à l'appui de ces diverses médications.

La compression a été vantée; mais c'était plutôt au point de vue théorique.

*MOYENS CHIRURGICAUX.* — Sous ce titre, nous rangeons trois méthodes: 1° l'incision et l'extirpation du kyste; 2° la ponction simple; 3° la ponction avec injection.

1° *Incision et extirpation du kyste.* — L'incision du kyste, et plus rarement l'extirpation, ont pu certainement guérir quelques malades; mais si quelques-unes ont été guéries et si l'on a fait grand bruit de ces guérisons, il n'est pas moins certain qu'un grand nombre de malades qui y ont été soumises ont succombé, et l'on s'est bien gardé de reproduire les faits malheureux. Il est du reste souvent tout à fait impossible d'isoler et d'enlever l'ovaire, siège du kyste. M. Chéreau a donné, dans un mémoire publié dans l'*Union médicale* (août 1847), le résumé des guérisons opérées ainsi par l'ovariotomie. Sur 83 cas, il y a eu 42 guérisons radicales, 27 morts des suites de l'opération: les autres n'ont pas guéri (1).

Cette opération est tombée, du reste, dans un juste oubli, et

(1) Chéreau, *Mémoire pour servir à l'étude des maladies des ovaires*, 1844, in-8 br.

nous ne pensons pas maintenant qu'aucun chirurgien ou médecin songe à la préconiser.

2° *Ponction simple.* — La ponction simple constitue un moyen palliatif auquel il faut nécessairement avoir recours. Pour déterminer avec quelque précision l'importance et la valeur de cette médication, il faut considérer successivement : *a.* les cas dans lesquels on doit faire la ponction ; *b.* le point où elle doit être faite ; *c.* les résultats qu'elle a donnés ; *d.* les accidents dont elle peut être suivie.

*a. Cas dans lesquels la ponction peut être tentée.* — Pour qu'on puisse espérer voir réussir cette petite opération, il faut rencontrer les trois conditions suivantes : le kyste doit être uniloculaire ; s'il est multiloculaire, il faut que les poches dont il se compose communiquent les unes avec les autres ; le liquide doit être séro-albumineux, ou si par hasard il était visqueux, il doit pouvoir s'écouler facilement. La ponction faite dans ces conditions a quelques chances de succès, et on peut l'essayer comme moyen palliatif.

*b. Point où doit être faite la ponction.* — La tumeur, dans les cas précités, peut être attaquée dans tous les points de la partie antérieure de l'abdomen ; c'est une proposition appuyée sur la connaissance anatomique des rapports du kyste avec la paroi abdominale antérieure. On a proposé d'ouvrir le kyste par la ponction de sa partie inférieure, ainsi que par le rectum et le vagin. On a pensé, en agissant de cette manière, vider plus complètement la tumeur, et ne laisser aucune trace de liquide dans la partie inférieure du kyste qui se vide en effet difficilement quand l'ouverture est au-dessus de cette partie inférieure. M. le professeur Cruveilhier, qui discute cette question avec soin dans son *Anatomie pathologique*, ne reconnaît aucun avantage à ces divers modes de ponction. Il croit d'abord qu'on n'arrive pas aussi sûrement ni aussi facilement à la tumeur ; qu'on est toujours obligé, de même que pour la ponction de la paroi abdominale, de traverser le péritoine ; enfin que les accidents ne sont ni plus ni moins nombreux que dans cette dernière.

Quant à nous, nous déclarons également préférer beaucoup la ponction par la paroi abdominale antérieure.

*c. Effets de la ponction.* — Après la ponction, le liquide se reproduit assez généralement, mais d'une manière lente et presque toujours en moins de temps qu'il n'en a mis à se développer pour la première fois ; à chaque ponction cette reproduction augmente avec plus de rapidité et l'on est obligé de les rapprocher toujours de plus en plus. On voit donc qu'il ne s'agit bien réellement ici que d'une opération palliative et nullement curative. Y a-t-il des cas dans lesquels une ponction simple ait été suivie de non-reproduction du liquide et d'oblitération de la tumeur ? Cela est possible ; toutefois je n'en connais aucun.

*d. Accidents qui peuvent suivre la ponction.* — Ces accidents sont assez nombreux et presque toujours assez graves ; ce sont les suivants :

*Ouverture du péritoine ;* passage dans cette cavité d'une partie du liquide contenu dans la poche : la conséquence de ce passage est, dans la grande majorité des cas, une péritonite suraiguë et la mort.

*Inflammation de la surface interne du kyste ;* formation d'un abcès et transformation du kyste séreux en kyste purulent. La mort peut en être la conséquence, soit en raison de la grande étendue du foyer inflammatoire, soit que l'inflammation se propage au péritoine et aux organes voisins.

*Hémorrhagie interne* dans le kyste, et possibilité de mort par suite de cette hémorrhagie.

Un inconvénient moins grave mais assez fréquent de la ponction, consiste dans les changements qui surviennent dans le liquide, lorsqu'il est reproduit. Ainsi, au lieu d'un liquide séro-albumineux, de bonne nature, qu'on a évacué à la première ponction, on trouve souvent aux ponctions suivantes un liquide visqueux, filant, gélatineux, difficile à évacuer, et dont la présence aggrave singulièrement le pronostic, surtout si l'on se propose de recourir aux injections iodées.

3<sup>e</sup> *Ponction et injection iodée.* — On doit à M. le docteur Boinet (1) d'avoir pratiqué, dans des cas assez nombreux, la ponction des kystes et d'y avoir fait une injection iodée. Voici en peu de mots sa manière de procéder :

Après avoir ponctionné le kyste avec un trocart par lequel on introduit dans la tumeur une sonde de caoutchouc munie au bout de deux ouvertures, on laisse écouler simplement le liquide s'il est clair et transparent ; on y injecte au contraire de l'eau tiède ou une faible solution d'iodure de potassium, si le liquide est filant et visqueux. Ce liquide est destiné à faciliter l'évacuation aussi complète que possible du kyste. L'injection que l'on emploie est assez variable. C'est d'abord un liquide composé de 100 grammes d'eau, 100 grammes de teinture d'iode et 4 grammes d'iodure de potassium. Plus tard on augmente la dose de la teinture d'iode, de telle sorte qu'il y en ait deux parties pour une partie d'eau. Lorsque le volume du kyste a beaucoup diminué, on peut même employer la teinture d'iode pure. On doit répéter les injections tous les deux ou trois jours. On laisse en général la sonde à demeure ; on la ferme avec un bouchon et on la fixe. On voit alors, d'après M. Boinet, diminuer peu à peu le volume du kyste. On change la sonde tous les sept ou huit jours, afin que l'ouverture faite par la ponction ait eu le temps de laisser des adhérences s'établir en ce point, entre le kyste et la paroi abdominale. M. Boinet conseille, lorsqu'on change la sonde, d'en placer une plus grosse, et d'engager la malade à rester très tranquille pendant l'opération, en cas que les adhérences péritonéales ne soient pas encore solidement établies. Plus tard on remplace la sonde de caoutchouc par une canule métallique munie d'un robinet. On ne peut fixer d'avance le nombre d'injections qu'il faut pratiquer pour opérer une guérison radicale.

D'après M. Boinet, il n'y aurait jamais de suites fâcheuses à cette opération, qui du reste a été tentée avec succès par beau-

(1) Boinet, *Iodothérapie, ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés, et particulièrement des injections iodées*, 1855, 1 vol. in-8.

coup de chirurgiens. J'ai moi-même été témoin de plusieurs succès obtenus en pareille circonstance. Cependant la critique n'a pas manqué, et de nombreuses objections ont été adressées à cette méthode que nous devons discuter avec soin en raison de son importance. Voici d'abord, d'après Scanzoni, les accidents qu'elle peut déterminer et leurs conséquences :

a. Après la ponction, le kyste en se contractant peut chasser la canule, soit tout à fait au dehors, soit dans la cavité péritonéale, et il peut se faire que dans les deux cas l'injection iodée passe dans le péritoine. Une péritonite grave pourrait en être la conséquence.

b. Les adhérences entre le kyste et la paroi abdominale, au niveau des deux ouvertures, se forment-elles bien toujours, et ne peut-on avoir à redouter au changement de sonde le passage du liquide dans le péritoine ?

c. En l'absence de ces accidents, l'injection irritante dans la cavité du kyste peut produire une inflammation du kyste qu'on ne peut toujours modérer à son gré. Si une simple ponction peut amener de graves accidents inflammatoires, une injection irritante ne peut-elle en produire souvent de plus forts ?

Voici du reste la conclusion textuelle de l'auteur allemand :

« Il résulte de tout ce que nous venons de dire au sujet des injections, que les dangers que présente cette méthode ne sont point compensés par des avantages suffisants ; en conséquence, on fera mieux de la laisser complètement de côté, d'autant plus que plusieurs auteurs ont démontré qu'elle n'était point si sûre qu'on a bien voulu le dire. »

J'ai dû transcrire simplement cette conclusion, et je crains que Scanzoni n'ait été bien léger dans son jugement, et qu'il ne puisse invoquer l'expérience des injections en sa faveur. Ce qui fera mieux comprendre combien on doit être en garde contre une conclusion ainsi posée, c'est le résumé de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine sur les kystes de l'ovaire, résumé que je vais essayer de faire aussi brièvement que possible. Cette discussion de l'Académie de médecine eut

baucoup de retentissement. Un grand nombre d'honorables académiciens prirent la parole, pour faire connaître leurs opinions relativement au traitement des kystes ovariens par les injections iodées. Dans la plupart des discours, on trouve presque toujours deux parties : dans la première, des considérations sur l'anatomie pathologique, l'organisation et la nature des kystes ; dans la seconde, la thérapeutique de ces affections. Cette première partie offrirait ici peu d'intérêt : la plupart des orateurs n'ont fait que reproduire et quelquefois amplifier l'histoire anatomique des kystes donnée par M. Cruveilhier, tant dans sa grande *Anatomie pathologique* que dans son *Traité d'anatomie pathologique générale*, et ils n'ont que trop souvent oublié le nom du professeur distingué auquel ils faisaient de si larges emprunts. Aucun d'eux n'a parlé des recherches intéressantes de Virchow sur les tumeurs enkystées des ovaires. Je me bornerai donc, dans mon résumé, à exposer la partie thérapeutique des discours des honorables académiciens.

*Résumé de la discussion de l'Académie de médecine  
sur les kystes des ovaires.*

Le point de départ de la discussion a été une observation communiquée par M. Barth, et dans laquelle ce médecin avait fait usage d'un procédé opératoire particulier. Il avait, à l'aide d'un trocart courbe, pratiqué une première ponction de dehors en dedans pour pénétrer à l'intérieur du kyste, puis à plusieurs centimètres plus bas, une seconde ponction de dedans en dehors avait été faite avec le même instrument. Il avait ensuite introduit, à travers ces deux ouvertures, une sonde de caoutchouc qu'il avait laissée à demeure, ce qui lui semblait présenter deux avantages principaux : le premier, de maintenir la paroi kystique en rapport avec la paroi abdominale, de façon à les faire adhérer dans tout l'espace compris entre les deux orifices de sa double ponction ; le deuxième, de lui permettre de vider complètement le kyste, et d'y pousser des injections, soit pure-

ment détersives, soit irritantes, et même d'établir dans son intérieur un véritable lavage à l'aide d'une irrigation à double courant. Mais en soumettant ce fait à l'appréciation de ses collègues de l'Académie, M. Barth leur proposait en même temps cette triple question : Fallait-il abandonner la tumeur à elle-même ? fallait-il la vider par une simple ponction ? ou bien traiter par une ponction suivie d'injections irritantes un foyer aussi étendu ?

M. Malgaigne, qui prit la parole après M. Barth, commença par attaquer la double ponction, dont il ne saisissait pas bien les avantages sur la ponction simple ; elle constituait pour lui un péril de plus. M. Malgaigne, abordant la question de la thérapeutique générale des kystes, se prononce pour les ponctions palliatives qui, bien que quelquefois dangereuses, sont la plupart du temps inoffensives et soulagent les malades. Il rejette complètement l'extirpation des kystes. Quant aux injections iodées, il admet la possibilité des guérisons par leur moyen. « La nature est si puissante, dit-il, qu'elle pourrait guérir les malades, malgré et contre le chirurgien. » Il formule ses conclusions de la manière suivante : « C'est pourquoi je pense que la ponction simple doit être adoptée ; mais quant à celle que l'on combine avec les injections iodées, j'attendrai que son opportunité soit bien établie ; car les guérisons, s'il y en a eu, et je le crois, sont très rares, et la méthode par elle-même présente plus d'un danger. »

M. Moreau croit à la nécessité de discuter l'opportunité d'une opération quelconque contre les kystes de l'ovaire ; il cite des exemples de guérison complète et radicale à la suite de ponctions simples.

M. Gazeaux, qui prit la parole après quelques mots dits par M. Hugnier, rapporte qu'il avait observé un certain nombre de guérisons de kystes ovariens, même volumineux, obtenues par M. Boinet, et que ces guérisons avaient été radicales. Il rapporte que la plupart des malades traitées par ce médecin ont guéri sans fistule consécutive. Il reconnaît toutefois que la mé-

thode des injections iodées a des incertitudes et des dangers, mais qu'il ne faut pas y renoncer pour cela. Sa conclusion est la suivante :

« Avant d'entreprendre la cure radicale des kystes ovariens, il faut, par une première ponction, s'assurer qu'on a affaire à un kyste uniloculaire non compliqué de la présence de tumeurs d'une nature cancéreuse (toutefois la présence de plusieurs poches n'est pas une contre-indication absolue) ;

» Laisser le liquide se renouveler, et se guider pour instituer l'opération, sur le temps plus ou moins long que la tumeur met à revenir à son premier état.

» Si au bout de trois ou quatre mois on remarque que le kyste a déjà repris les dimensions qu'il avait avant la ponction, j'estime qu'il est de bonne chirurgie de pratiquer une opération à laquelle on doit déjà des succès incontestables et avérés. »

M. Velpeau est d'avis de discuter la question du traitement des kystes. M. Velpeau, dans cette première allocution, montre la difficulté de la question. Il cite des cas de mort après des ponctions palliatives, et établit que, relativement au traitement des kystes, le chirurgien se trouve placé en face de ce dilemme embarrassant : Faut-il, chez une femme qui se porte bien, faire une opération qui peut la tuer? faut-il abandonner à elle-même une maladie qui peut devenir grave? Il déclare qu'il n'est pas jusqu'à présent grand partisan des injections iodées dans les kystes de l'ovaire; mais cependant on voit, dit-il, qu'il y a bien des arguments à faire valoir pour ou contre les injections iodées, et il propose à l'Académie d'examiner cette question.

Dans la séance suivante (20 octobre 1856), M. Trousseau prit la parole, et examina d'abord comment les kystes de l'ovaire marchaient quand on les abandonnait à eux-mêmes. Sous ce rapport, il établit les catégories suivantes. Il y a une première catégorie de kystes qui ne constituent pour la femme ni une maladie ni même une incommodité. Dans une seconde, il place les kystes qui se terminent par une résorption naturelle et

spontanée du kyste. Ces kystes sont rares, mais enfin il y en a des exemples.

La seconde catégorie comprend les kystes qui guérissent par une évacuation naturelle; il cite en particulier des cas d'ouverture dans l'intestin. Il en est de même des ruptures des kystes dont il cite plusieurs exemples, et dont les unes sont suivies de guérison, et les autres d'accidents formidables et de mort. Il rappelle le relevé de Tilt qui dit que sur 70 femmes ayant eu des ruptures des kystes de l'ovaire, 22 sont mortes, 2 ont éprouvé une amélioration notable et 30 ont guéri.

Les kystes ovariens qui deviennent le siège d'une inflammation spontanée, et qui guérissent ensuite par adhérence des parois de la tumeur, constituent encore pour M. Trousseau une catégorie à part.

Après avoir exposé ainsi les résultats de la terminaison naturelle, M. Trousseau donne les résumés statistiques suivants du résultat des ponctions simples.

D'après une statistique du *Medical Gazette* (1834), sur 21 ponctions simples, il y eut 4 morts dans les premières vingt-quatre heures, 3 dans le cours du premier mois et 14 avant la première année.

Dans 36 observations de Lee (1847), 3 morts dans les premières vingt-quatre heures, 6 au bout de quelques heures, 12 dans la première année, 5 dans les deux années, 1 après six ans, 1 après quinze ans.

Kiwisch, sur 64 ponctions, compte 9 morts dans les premières vingt-quatre heures, 6 après la deuxième ponction, 15 après les troisième, quatrième, cinquième et sixième ponctions, puis 1 guérison, 3 améliorations, 3 morts par maladies indépendantes.

M. Trousseau pense que la ponction palliative ne donnerait pas de si tristes résultats, si l'on avait pris soin de pratiquer cette opération avant que le kyste eût acquis un grand volume.

La ponction, suivie d'injections d'un liquide irritant, a donné quelques guérisons. M. Trousseau ignore si elles seront durables.



M. Jobert (de Lamballe) fit dans cette séance une courte allocution qu'il termina en résumant ainsi son opinion : « La ponction palliative n'est jamais grave quand des adhérences sont établies entre les kystes et la paroi abdominale ; la ponction avec fistules est une opération dangereuse ; les injections iodées et l'électricité, exemptes d'inconvénients sérieux quand on les emploie avec certaines précautions, peuvent amener la guérison des kystes sans que jusqu'à présent on puisse se rendre compte du mécanisme par lequel ce résultat est obtenu. »

L'emploi de l'électricité, tel que l'entend M. Jobert, consiste à déterminer la coagulation du liquide à l'aide de courants électriques. Cette coagulation s'obtient en cinq ou six séances sans déterminer aucun travail inflammatoire. — Deux ans après cette opération faite à l'aide d'aiguilles à acupuncture, la tumeur s'affaissa, et il ne resta plus au bout d'un certain temps qu'une dureté circonscrite placée sur le côté gauche du bassin.

Dans une séance suivante, M. Piorry prononça un discours ou plutôt lut un mémoire dont voici le résumé en ce qui concerne la thérapeutique des diverses variétés de kystes qu'il a établies :

1° Quand la tumeur est grosse comme la tête d'un enfant et qu'elle n'adhère pas, on pourra l'exciser. 2° Si la tumeur est formée de parois minces et qu'elle touche aux parois abdominales, on fera une large ponction et l'on pratiquera une injection d'iode. 3° Quand le kyste sera très gros, on fera une première ponction qui ne videra qu'une partie du liquide, on recommencera plus tard sans toutefois attendre le même volume que d'abord, puis on injectera la solution d'iode. 4° Dans les kystes nombreux et réunis en masse, on ne tentera aucune opération. 5° Si à côté du kyste se trouvent d'autres tumeurs dures et solides, on ne fera que vider de temps à autre un peu de liquide. 6° Il faut faire la ponction le plus tôt possible, quand les phénomènes de compression compromettent la vie des malades. 7° Toutes les fois qu'un kyste suppurera, il faudra donner issue au pus et injecter dans la cavité des liquides détersifs. Il est

nécessaire que l'on fasse sortir le plus de pus qu'on pourra ; on obtient ce résultat, en introduisant dans la canule une sonde en gomme qui fait office de siphon.

Dans la ponction, M. Piorry prévient surtout contre la présence des intestins qui peuvent se trouver au-devant de la tumeur, et fait coucher ses malades pendant vingt-quatre heures, sur le côté opposé à celui où il a fait l'ouverture, pour se mettre en garde contre les épanchements qui pourraient se faire dans le péritoine.

M. Gimelle conseille d'opérer toutes les fois que le mal fait des progrès et que la tumeur augmente de volume, cependant il soumet son opération à certaines conditions : il demande que le kyste ne soit ni cartilagineux, ni induré, que la tumeur n'ait pas plus de 10 à 15 centimètres de diamètre ; s'il en est autrement, on diminue son volume par des ponctions répétées. Il rejette la sonde indiquée par M. Piorry, et se sert d'un liquide composé de 125 grammes de teinture d'iode étendue de 30 à 40 grammes d'eau. M. Gimelle cite deux malades ainsi traitées ; l'une âgée de vingt-trois ans, opérée en mai 1855, n'a pas encore eu de rechute ; l'autre, opérée à peu près à la même époque, a eu une rechute quelque temps après.

M. Cruveilhier, après avoir exposé le résumé des nombreuses recherches anatomo-pathologiques qu'il a faites depuis longtemps sur les kystes de l'ovaire, arrive à la partie thérapeutique que nous allons résumer.

Il n'y a que les kystes uniloculaires qu'on peut tenter de traiter, les autres ne pouvant être soumis qu'à l'extirpation. M. Cruveilhier conseille de retarder le plus possible la ponction, afin d'éviter les reformations successives du kyste qui nécessitent toujours de nouvelles ponctions. Il regarde comme rationnel le traitement du kyste ovarique uniloculaire, mais il appréhende la production de l'inflammation qui se termine presque toujours par suppuration ou par gangrène, en raison du peu de vitalité qu'offrent ces tissus fibreux : il cite à ce sujet deux cas de mort

après une simple ponction, ces faits toutefois ne constituent qu'une exception.

M. Cruveilhier n'admet le traitement que lorsque le kyste vient, par son trop grand volume, troubler les fonctions, et il établit sa règle de conduite de la manière suivante : il rejette tout traitement médical ; il regarde comme incurables les kystes aréolaires, vésiculaires, et les multiloculaires dont les cellules ne communiquent pas ; il admet la guérison possible par la ponction des kystes uniloculaires séreux, albumineux, des kystes multiloculaires dont les cellules communiquent ; il n'accorde que le traitement palliatif aux kystes composés, en partie uniloculaires, en partie aréolaires, vésiculaires ou multiloculaires ; il ne fait consister le traitement palliatif que dans l'évacuation pure et simple du contenu du kyste, tandis que le traitement curatif doit amener, par l'inflammation adhésive, le retrait des parois du kyste ; pour évacuer le liquide, il préfère à la ponction, si gros que soit le trocart, l'incision de Ledran, en ayant soin toutefois d'empêcher l'épanchement du liquide dans le péritoine. Pour lui, on doit plutôt tenter les moyens curatifs divers qui ont été proposés, que de proscrire toute médication ; il veut néanmoins qu'on déploie la plus grande prudence, même dans les cas les plus favorable en apparence ; il redoute surtout la suppuration et la gangrène ; enfin, pour lui, le moment opportun, c'est quand le kyste devient trop considérable.

Selon M. Cruveilhier, il n'y a que le traitement chirurgical dont on puisse réellement faire usage. Il prend en grande considération l'état général de la malade, et tire ses indications de la composition du liquide et de la nature du kyste. Il regarde comme pouvant amener la guérison, la ponction et l'injection iodée, sagement pratiquées, surtout à une période peu avancée de la maladie.

M. Huguier n'admet pas qu'il y ait autant d'insuccès que de succès ; il a beaucoup de confiance dans l'injection, même pour les kystes volumineux, qu'on peut facilement diminuer par des ponctions répétées. Il préfère la ponction par le vagin pour

ouvrir ainsi au point déclive, et ne pas avoir à compter sur l'établissement des adhérences de la tumeur aux parois abdominales. M. Huguier ne redoute nullement dans cette partie la lésion des vaisseaux ; en cas d'incertitude, il conseille même les ponctions exploratrices par le vagin.

M. Robert indique dans la ponction un moyen de prévenir l'écoulement du liquide dans le péritoine après l'enlèvement de la canule. En pareil cas, lorsque la paroi du kyste n'adhère pas à la paroi abdominale, il conseille d'exercer une compression pendant plusieurs jours ; et s'il survient une péritonite partielle autour de la piqûre, les antiphlogistiques la feront céder facilement ; il cite un cas de guérison d'un kyste obtenue par une ponction simple.

M. Robert admet deux méthodes dans le traitement curatif, et ne considère la ponction que comme le premier temps de l'opération.

1° Il indique l'ouverture permanente et la suppuration, puis ensuite les injections iodées avec la canule à demeure ; mais on connaît le danger de la suppuration ; il cite du reste trois cas d'insuccès par cette méthode (ces observations sont rapportées par M. Thomas dans sa dissertation inaugurale) ; et il ne croit pas encore à l'efficacité absolue des injections iodées.

2° Dans la simple ponction, suivie de l'injection iodée, M. Robert a recours à la compression pour empêcher l'entrée du liquide dans le péritoine ; et il laisse toujours dans le kyste une certaine quantité de cette injection iodée, ne s'occupant nullement de l'iodisme.

M. Robert admet que la guérison peut avoir lieu sans oblitération de la cavité, soit après une seule ponction, soit après un certain nombre quand il y a eu des récidives.

Il démontre le nombre des guérisons par la statistique, et ne conseille en général l'opération que lorsque le kyste devient tellement volumineux qu'il trouble les fonctions organiques.

M. le professeur Jobert ne comprend pas pourquoi on veut absolument tirer de l'anatomie pathologique des kystes de

l'ovaire, des indications pour la thérapeutique, puisque c'est toujours sur la membrane kystique que les injections agissent pour effectuer le produit plastique et le travail adhésif.

Toutes les fois qu'un kyste ne subira pas de transformation, de dégénérescence, il pourra s'oblitérer ou guérir, peu importe qu'il soit constitué par une vésicule, une membrane pyogénique ou un sac fibro-séreux; et des ponctions répétées peuvent très bien amener une oblitération par la formation d'un dépôt albuminoïde. Selon lui, l'injection agirait comme dans l'hydrocèle; et tout en ne guérissant pas des kystes trop vastes ou trop anciens, cette injection pourrait au moins empêcher, par la modification qu'elle apporte dans les membranes, la reproduction trop rapide du liquide. D'après M. Jobert, quand le liquide iodé ou alcoolique qu'on injecte touche immédiatement la face interne des parois du kyste, il peut produire une inflammation grave, mais si l'on fait cette injection au milieu du liquide kystique, il n'y a jamais d'accidents et les mêmes phénomènes adhésifs se produisent. Quand, après avoir été oblitéré, un kyste récidive, on doit nécessairement faire plusieurs injections. Dans les cas de kystes enflammés ou dégénérés, il faut se contenter de la ponction simple. M. Jobert pense qu'il faut toujours mieux pratiquer le plus tôt possible la ponction pour n'avoir pas à redouter de transformations, de ruptures ou de péritonite. Quant à l'excision, il faut la réserver aux abcès circonscrits et limités des kystes multiloculaires. On a obtenu des cas de résolution dans ces kystes multiloculaires par l'électricité. Il faut user le moins possible de l'extirpation; c'est une opération dangereuse.

M. Barth ne reconnaît nullement les dangers immédiats offerts par la ponction, d'après certaines statistiques; il admet surtout qu'il faut approprier le traitement aux différentes variétés des kystes, d'après leur nature, leur contenu, leur marche, leur structure. Il approuve beaucoup le procédé qui consiste à introduire dans une canule un tube de gomme faisant fonction de siphon et de sonde à double courant.

M. Cazeaux ne rejette pas tout à fait les moyens médicaux, et reconnaît une certaine propriété à l'iode, aux sudorifiques, aux hydragogues, etc., dans les kystes de l'ovaire; il est moins porté à bien augurer de la guérison de tous les kystes.

Les kystes ovariens se terminent toujours par la mort, comme on le voit dans les statistiques de Lee; et sur 30 malades qu'il a observés, M. Cazeaux n'en a vu que 7 vivre au delà de dix ans. Les résultats donnés par la ponction simple sont trop faibles, si on les compare aux accidents qui surviennent, pour qu'on ne se décide pas à employer des moyens plus énergiques; et l'on trouve ces moyens dans les injections iodées. M. Boinet, sur 32 kystes appartenant à 30 malades, a eu 27 guérisons, 3 récidives, 2 morts.

M. Cazeaux rejette les injections dans les kystes multiloculaires; dans les cas de kystes uniloculaires ou séreux, au contraire, elles offrent beaucoup d'avantages: M. Nélaton, sur 9 injections, a eu 3 guérisons; M. Monod, sur 8, a eu 6 guérisons, 1 insuccès, 1 mort. Dans tous les cas très nombreux que M. Cazeaux a réunis, il a pu constater que jamais les injections n'ont causé de bien graves accidents, et que toujours les malades, même non guéris, en ont retiré quelque profit. Si leur tumeur n'a pas disparu tout à fait, elle a diminué de volume, est devenue plus dure, moins sensible. Sur 117 cas observés, il y a eu 62 kystes séreux uniloculaires, dont 48 ont guéri.

M. Cazeaux considère donc les kystes de l'ovaire comme une affection généralement mortelle; pour lui, la ponction est tout à fait insuffisante, et n'apporte pas assez de soulagement, en raison des dangers auxquels elle expose; il accorde une entière confiance à la ponction suivie de l'injection iodée, surtout dans les kystes uniloculaires et séreux, et engage beaucoup à imiter M. Boinet dans les kystes séro-purulents et à essayer l'injection; quant aux kystes à loges nombreuses, l'injection est tout à fait inutile.

M. Cazeaux ne s'oppose pas d'une manière absolue aux extirpations ovariennes, et, à l'exemple de M. Velpeau, ne voit

aucun inconvénient à pratiquer des injections iodées dans les cavités closes.

M. Velpeau démontre qu'il est assez difficile de déterminer quelque chose de fixe relativement aux kystes de l'ovaire, en raison des nombreuses variétés qu'ils présentent soit dans leurs diverses formes, soit dans leur marche et surtout dans leur durée. Comme, suivant lui, les femmes atteintes de cette affection vivent toujours plus de sept ou huit ans depuis son origine, il dit qu'il faut attendre autant que possible pour les soumettre à un traitement quelconque. Sans citer d'observations, ce chirurgien pense que le traitement médical n'est pas dépourvu d'action, et ce fait a de l'importance, attendu que des kystes ovariens ont pu se terminer par la mort dans des cas de rupture spontanée, bien qu'il y en ait aussi, il est vrai, qui aient pu guérir par ce moyen. Il regarde comme inoffensive la ponction palliative, à moins qu'il n'y ait des complications graves, et rejette totalement l'extirpation, comme une des opérations les plus terribles de la chirurgie.

L'injection iodée n'est point, pour ce savant professeur, un procédé nouveau, et si l'on compte des terminaisons fatales, c'est que cette opération avait été pratiquée en maintenant la canule du trocart dans la plaie, ce qui constitue pour lui un moyen déplorable; il faut bien distinguer l'effet produit par la simple injection iodée, qui n'amène jamais de suppuration, tandis que la présence d'un corps étranger, comme le contact de la canule, produira forcément une suppuration qui, si le sac est un peu volumineux, deviendra tellement considérable que la femme sera rapidement dans un danger grave. Or, dans ce dernier cas, les injections iodées ne pourraient modifier qu'une partie de la suppuration, sans jamais pouvoir la faire disparaître complètement. M. Velpeau appuie son opinion sur les résultats suivants : sur 130 cas d'injections iodées, on a eu 30 morts et 64 guérisons, mais sur ces 30 morts, il y en a eu 20 sur lesquelles l'opération aurait été faite en maintenant la canule dans la plaie. Les cas cités

par MM. Robert, Briquet et Fock viennent appuyer cette assertion.

La suppuration, si justement redoutée, peut encore survenir même quand on ne laisse la canule que peu de temps, comme le fait M. Jobert (de Lamballe); et l'on peut mettre ce moyen de côté quand il ne s'agit que d'éviter de laisser tomber quelques gouttes du liquide dans l'abdomen, chose dont on ne doit nullement s'inquiéter. Du reste, lorsque la cavité du kyste vient à se vider, il y a quelquefois une rétraction telle que la canule ne se trouve plus dans la tumeur, mais bien dans l'abdomen, d'où peuvent résulter de grands dangers.

M. Velpeau admet, en résumé, que les kystes de l'ovaire, s'ils ne guérissent pas spontanément, ce qui est rare, peuvent être soumis à plusieurs espèces de traitements, qui sont les suivants : les préparations médicales, la ponction palliative et l'injection iodée. Ces divers procédés, souvent inutiles, peuvent quelquefois amener de bons résultats, sans jamais offrir de trop grands dangers. M. Velpeau combat avec énergie l'extirpation dont l'atrocité lui répugne, et déclare en outre qu'il ne faut rien tenter dans les kystes multiples, aréolaires et compliqués de dégénérescences diverses.

M. Jules Guérin attribue à l'entrée de l'air dans la cavité du kyste tous les cas fâcheux qui ont suivi la ponction, et quand les accidents funestes sont survenus après plusieurs jours, c'est que le contact de l'air avait déterminé une inflammation des parois du kyste et du péritoine; il rejette par la même raison la permanence de la canule dans la plaie.

Pour obvier, selon lui, à l'entrée de l'air dans la cavité, il faudrait exercer une pression continue sur l'abdomen pendant la sortie du liquide, de manière que la canule fût toujours remplie. Mais cela est assez difficile, parce que, pour arriver à obtenir la plus grande évacuation possible de la tumeur, on est obligé de faire des pressions alternatives dans tous les sens, ce qui fait exécuter en quelque sorte le mécanisme d'un soufflet, et, par suite, permet l'introduction de l'air.

M. J. Guérin pense que l'on éviterait ces inconvénients par la méthode sous-cutanée; la poche une fois vide, on y ferait pénétrer de la teinture d'iode, sans y introduire une seule bulle d'air, et alors on n'aurait pas à redouter les accidents causés par cet agent, mais M. Guérin n'a jamais employé la méthode sous-cutanée dans les kystes ovariques, de sorte qu'il ne raisonne que par analogie.

M. Trousseau aurait voulu qu'on pût lui démontrer que si les injections iodées ont donné de bons résultats, ce n'était pas dans des cas dont la cure était plus facile que dans ceux où l'on a fait seulement la ponction simple.

M. Cazeaux insiste de nouveau fortement sur l'emploi des injections iodées.

M. Moreau, combattant cette manière de voir, voudrait que l'on n'essayât un traitement curatif que lorsque la vie est tout à fait compromise. Il ajoute peu de confiance aux statistiques faites pour établir la durée des kystes ovariques; selon lui, ils peuvent durer la vie entière, et il regarde comme tout à fait téméraire la tentative d'extirpation de ces tumeurs.

M. Velpeau, qui est assez partisan de ponction avec injection iodée, demande qu'on pratique cette opération toujours avant que le kyste ait acquis un trop fort volume. C'est sur le ventre qu'on doit faire cette ponction, là où l'on sent le plus la fluctuation et dans l'endroit le plus déclive; il ne conseille pas de répéter les ponctions aussitôt que le liquide se reproduit. Il admet bien qu'on doive se mettre en garde contre les écoulements du liquide iodé dans le péritoine, mais sans cependant avoir à redouter des accidents, comme on le prétend. Il se range surtout du côté de la ponction simple, et rejette tous les procédés qui n'ont été imaginés que pour entraver l'opération. Le liquide dont il se sert est de la teinture d'iode légèrement étendue d'eau. Quand la résolution ne se fait pas assez vite, il attend, parce que la guérison peut avoir lieu au bout d'un certain temps.

L'honorable professeur combat les idées émises par M. J. Gué-

rin sur l'introduction de l'air, dont il conteste la facilité, et surtout l'action nuisible; aussi il regarde comme inutiles, dans la ponction des kystes ovariques, toutes les précautions indiquées par la méthode sous-cutanée.

M. J. Guérin prétend que, s'il n'arrive pas toujours que l'air pénètre dans la cavité d'un kyste, il connaît des cas où cet accident est arrivé; et que la structure des parois de la tumeur, soit par leur élasticité, leur densité, etc., peut très bien être une cause d'aspiration de l'air, qui alors aurait une certaine influence sur les liquides contenus dans la poche de la tumeur.

Quant à lui, il déclare que la méthode sous-cutanée est préférable, comme devant faire éviter toutes ces sortes d'accidents.

M. Malgaigne accepte les injections iodées dans les kystes uniloculaires, et les regarde comme dangereuses dans les autres variétés de ces tumeurs. Il admet très bien que M. J. Guérin ait pu avoir été conduit par le raisonnement à reconnaître l'influence de l'introduction de l'air, mais il refuse d'accorder une influence fâcheuse à cet air introduit dans la poche ovarique. Il signale, pour appuyer son assertion, des faits fournis par J.-L. Petit, et les réfutations de John Bell à Monro, qui prétendait que l'air, introduit par une plaie de l'abdomen, amenait des désordres considérables. John Bell dit que c'était la plaie elle-même qui produisait les désordres, et non l'entrée de l'air. Hunter a combattu aussi les idées de Monro, en démontrant que la suppuration n'était pas la conséquence de l'action de l'air, mais bien de l'inflammation. Desault et Boyer ont fini aussi par se convaincre de l'innocuité de l'air dans les plaies; il en a été de même pour Charles Bell et Astley Cooper.

M. Malgaigne pense qu'il en est de même pour les plaies des cavités closes, et regarde comme tout à fait inutile d'avoir recours à la méthode sous-cutanée dans la ponction des kystes ovariques, quand surtout on a affaire à une opération très simple en elle-même.

Tel est le résumé, bien long déjà, quoique aussi succinct que possible, de la discussion de l'Académie de médecine sur le traitement des kystes de l'ovaire. Ce qui en est resté surtout, c'est la conviction pour la plupart des médecins de la possibilité de guérir, au moyen de la ponction et des injections iodées, des kystes placés dans les conditions suivantes : *kystes uniloculaires* et *kystes multiloculaires* dont les loges communiquent entre elles, et dont le volume n'est pas trop considérable.

## SECTION V.

## TUMEURS SOLIDES DES OVAIRES.

Je ferai successivement l'histoire des trois espèces de tumeurs suivantes : les tumeurs *fibreuses*, les tumeurs *cancéreuses* et les *kystes pileux des ovaires*.

## I. Tumeurs fibreuses des ovaires.

C'est à M. Cruveilhier que l'on doit à peu près tout ce que l'on sait sur les corps fibreux de l'ovaire. Aussi lui emprunterons-nous une partie des détails dans lesquels nous allons entrer.

## ARTICLE I. — Anatomie pathologique des tumeurs fibreuses des ovaires.

Une première observation à faire, c'est qu'il est assez facile de confondre les corps fibreux sous-péritonéaux pédiculés de l'utérus avec les corps fibreux des ovaires. L'erreur est d'autant plus facile qu'ils naissent souvent aux angles de l'utérus ou dans leur voisinage. Le pédicule de ces tumeurs a été trouvé quelquefois par M. Cruveilhier peu épais et long de 9 centimètres. On évite cette erreur en constatant l'intégrité des ovaires.

Les véritables corps fibreux varient beaucoup sous le rapport du volume ; on en trouve depuis celui d'un pois jusqu'à des tumeurs pesant 46 livres (Cruveilhier). Quelquefois, surtout dans les tumeurs volumineuses, il vient s'y joindre une dispo-

sition kysteuse. Ce sont alors des kystes aréolaires qu'on rencontre.

On doit distinguer les deux variétés de transformation suivantes dans ces maladies :

1° La *transformation fibreuse atrophique*, assez commune chez les femmes âgées ;

2° La *transformation fibreuse hypertrophique*, qui peut, au contraire, s'observer chez les femmes adultes ou même jeunes. Elle peut n'occuper qu'un seul ovaire et plus rarement les deux. Dans ce dernier cas, elle est cause de stérilité. L'organisation du tissu fibreux des ovaires permet d'en faire trois variétés bien distinctes : 1° Les *tumeurs fibreuses simples*, au milieu desquelles on trouve souvent des productions cartilagineuses ; 2° les *tumeurs fibreuses*, mélangées dans une partie de leur étendue avec le tissu kysteux aréolaire ; 3° les *tumeurs résultant de métamorphoses ovariennes*, kystes fibreux.

On arrive insensiblement des kystes aréolaires à larges mailles, dont il a été donné plus haut l'histoire, aux kystes fibreux à très petites mailles, à parois très épaisses, dans lesquels la cellule ou kyste n'occupe que la plus petite place, et enfin de ce tissu kysteux aréolaire au corps fibreux proprement dit dans lequel la cellule n'est plus apparente à l'œil nu.

L'histoire pathologique de ces tumeurs est assez obscure. Voici cependant quelques faits qui permettent d'en établir la symptomatologie et le diagnostic :

L'*étiologie* de ces tumeurs est inconnue, et la science ne possède pas de collections de faits capables de l'éclairer.

La *symptomatologie* est peu avancée ; on peut cependant assigner les caractères suivants au développement de ces tumeurs :

Le mode de début est toujours lent, insidieux, et la plupart du temps inappréciable pour les malades. Le volume de la tumeur, la gêne qu'elle leur cause, les préviennent seuls de son développement.

*Tumeur.* — La tumeur, à mesure que la maladie se déve-