

Cette fluctuation, Messieurs, elle est tellement évidente, elle témoigne si bien de l'existence d'une seule loge, vous la retrouvez si facilement autour du col utérin immobilisé, qu'après la longue discussion qui précède, vous ne pourrez éviter de formuler le diagnostic : kyste du parovaire.

C'était, en effet, seulement un kyste du parovaire qui pouvait, en conservant tous les caractères de la collection séreuse uniloculaire, se concentrer pour ainsi dire dans l'excavation, et immobiliser l'utérus, tout en occupant simplement une des parties des culs-de-sac péritonéaux du côté où la tumeur s'était primitivement développée.

Il nous restait, pour vérifier ce diagnostic, à faire une ponction exploratrice. Nous avons retiré environ 900 grammes de liquide, d'une couleur verdâtre, rappelant un peu celle de l'absinthe, assez épais et visqueux. Examiné au microscope par M. Suzanne, il contenait beaucoup de cellules épithéliales et des corpuscules de Gluge, et l'analyse chimique qu'a bien voulu faire M. Denigès, nous a fait savoir qu'outre de nombreux globules graisseux et de la cholestérine, ayant une densité de 1044, une composition alcaline, il contenait encore 8 gr. 50 de sels minéraux, de la mucine, de la sérine, de la paralbumine et de la métalbumine.

D'après Kœberlé, un kyste à contenu paralbumineux aurait toujours une origine ovarienne, les kystes du

ligament large ne contiendraient pas de paralbumine; mais d'autres chirurgiens contestent cette affirmation: aussi l'analyse qui nous a été fournie ne complètement-elle pas beaucoup notre diagnostic.

Après la ponction, la tumeur s'est affaissée, l'utérus a repris sa place, tout est rentré dans l'ordre. Aujourd'hui, trois jours après cette petite opération, rien n'a encore paru et l'excavation reste libre.

Pour qu'une simple ponction aspiratrice puisse ainsi évacuer complètement un kyste de cette région, je crois de plus en plus qu'il s'agit du parovaire.

On sait bien que, dans certains kystes de l'ovaire, il y a quelquefois une loge principale qui absorbe tout le reste, et qu'une ponction peut la faire disparaître comme s'il s'agissait d'une tumeur uniloculaire; mais il reste toujours une base plus ou moins large, plus ou moins dure, formée par d'autres petits kystes ou par un pédicule volumineux, et cette partie qui ne disparaît pas, se retrouve par l'exploration.

Je crois donc mon diagnostic bien établi :

Nous avons un kyste du parovaire, et je ne discuterai pas la question, toute spéciale de savoir quelle est ici l'origine première, histologique.

La désignation générale de kyste parovarien nous suffit au point de vue clinique, car elle doit entraîner pour vous des conclusions importantes, qui vous permettent de porter un pronostic relativement bénin.

Ces kystes sont moins graves, nuisent moins à la

santé générale que les kystes de l'ovaire. Voyez notre malade, elle n'est point affaiblie. Sa tumeur n'a pas encore, chez elle, joué le rôle du parasite, qui ne croit jamais sans détourner à son profit la vie. Ces kystes, vous dirai-je encore, ne font pas d'adhérences.

Demandent-ils une intervention, Messieurs? La simple ponction suffit quelquefois pour les guérir radicalement. Si cette première opération est suivie de récidive, c'est à vous d'apprécier quel temps le liquide a mis à se reproduire et quelle ressource vous aurez désormais dans un traitement, qui semble ne devoir plus être que palliatif.

Entre les mains de Boinet, la ponction, suivie d'injection iodée, a donné d'assez beaux succès : on pourrait y recourir avec avantage après l'insuccès de l'injection simple. Mais on ne saurait trop recommander la prudence et la précaution nécessaires quand l'injection iodée doit être faite.

Après avoir pénétré dans le kyste avec un trocart assez volumineux, on introduit, par la canule, qu'on retire ensuite, une sonde en gomme sur laquelle se fixent, sans l'abandonner, les parois du kyste. L'injection iodée à moitié, est poussée lentement par cette sonde (125 à 150 grammes suffisent). On attend cinq ou huit minutes, et on évacue complètement le liquide injecté. Après avoir retiré la sonde, en ayant soin de pincer la peau comme on fait dans la ponction de l'hydrocèle, on exerce une compression bien uni-

forme et forte avec des feuilles d'ouate superposées et un bandage de corps pour appliquer aussi exactement que possible les parois du kyste l'une contre l'autre.

La guérison est souvent obtenue ainsi, mais il ne faut jamais y compter absolument, et il est bon de réserver à l'ovariotomie les droits qui lui appartiennent dans les cas où la ponction et l'injection irritante ne réussissent pas.

NOTE. — Deux mois après cette première ponction, le kyste s'était rempli de nouveau. Une deuxième ponction fut pratiquée et donna issue à 1200 gram. d'un liquide ayant les mêmes caractères que la première fois. Après l'évacuation, l'excavation pelvienne restait parfaitement libre, on n'y rencontrait aucun noyau induré, aucune saillie accessoire.

Le liquide se reproduisit une troisième fois et un mois plus tard le kyste était aussi distendu qu'avant la deuxième ponction. Dans ces conditions, je songeais à une intervention plus active. Je voulus, avant de prendre un parti, faire encore un examen très approfondi de cette malade. Quelle ne fut pas ma surprise de constater, le lendemain, que la poche s'était affaissée et que les signes d'un épanchement péritonéal avaient brusquement remplacé ceux du kyste. Dans la nuit, celui-ci s'était rompu et avait versé son contenu dans le péritoine. Aucune réaction, aucun vomissement, aucune douleur ne suivirent cette rupture, le liquide se résorba progressivement et aujourd'hui, plus de six mois après, la guérison s'est maintenue, le ventre est souple, les culs-de-sac du vagin sont absolument libres.

