

paralysies réflexes. Dans quelques circonstances il est possible de constater par le toucher et l'exploration bimanuelle le gonflement de l'ovaire.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de l'ovarite est extrêmement difficile à poser parce que les symptômes de la péritonite masquent ceux de l'ovaire; tout au plus pourra-t-on arriver par exclusion à un diagnostic probable dans les cas où le gonflement de l'organe est perceptible.

**Traitement.** — Le repos, les calmants, les cataplasmes, les sangsues ont été préconisés contre l'ovarite aiguë. Si l'affection suppure, on devra donner issue au pus par l'aspiration. Contre les symptômes nerveux de l'ovarite chronique, le bromure de potassium, la morphine rendront des services. DUMONT-PALLIER, SEELIGMULLER vantent, dans la forme hystérique, les injections d'eau additionnées de quelques gouttes d'acide phénique ou d'acide acétique du côté opposé à la douleur; les vésicatoires volants, les badigeonnages iodés de l'abdomen et du col ont été également conseillés. Il est des cas rebelles et graves dans lesquels sera indiquée l'opération de Battey. Telle est du moins l'opinion de LAWSON TAIT et de TERRIER.

#### § 4. — Tumeurs de l'ovaire

**Bibliographie.** — SPIEGELBERG, *Arch. f. Gyn.*, t. I<sup>er</sup>. — WALDEYER, in *Ibid.* — PEASLEE, *Ovarian Tumours*, New-York, 1872. — KALTENBACH, *Zeitschrift f. Geburtsh.*, Bd. I, 1876. — WERTH, *Arch. f. Gyn.*, Bd. XV. — WALDEYER, *Traité des tumeurs*, Leipzig, 1878. — SPENCER WELS, *Traité des tumeurs de l'utérus et de l'ovaire*, trad. franc., 1883.

Consultez les *Traité généraux de gynécologie*.

Nous diviserons les tumeurs ovariennes en deux groupes, les unes liquides et kystiques, les autres solides.

#### 1° TUMEURS KYSTIQUES

##### A. — KYSTES DE L'OVAIRE

**Bibliographie.** — EISCHWALD, *Würzburg. med. Zeitschr.*, 1864. — KLEBS, *Arch. de Virchow*, 1867. — KEBERLÉ, *Résultats statistiques*, etc., Paris, 1868. — BOTTCHE, *Arch. de Virchow*, 1870. — PANAS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1874. — FRIEDLANDER, *Inaug. Dissert.*, Strassburg, 1876. — PÉAN, *Leçons de clinique*, Paris, 1876. — KEITH, *British Med. Journ.*, 1878. — MALASSEZ et DE SINÉTY, *Arch. de physiol.*, 1878 à 1881. — SPIEGELBERG, *Arch. f. Gyn.*, Bd. XIV. — COBLENTZ, in *Ibid.*, Bd. XVIII. — WERTH, in *Ibid.*, Bd. XV. — SCHULTZE, *Centralbl. f. Gyn.*, 1879. — TILLAUX, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879. — GALABIN, *Rev. des sciences méd.*, 1880. — OVION, Th. de Paris, 1880. — TERRIER, *Rev. de chir.*, 1881-1882. — TERRILLON, *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1883, et *Progrès méd.*, 1883. — TERRILLON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884. — HEGAR et KALTENBACH, *Traité de gynécol. opératoire*, trad. Bar, 1885. — KEBERLÉ, TERRILLON, *Congrès français de chirurgie*, 1885. — TERRILLON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1885. Discussion. — LE DENTU, *Revue de chir.*, p. 1, 1885. — TERRIER, *Ibid.*, p. 12.

**Étiologie.** — C'est à l'âge moyen de la vie que les kystes ovariens semblent le plus communs, néanmoins on en a opéré chez des filles avant vingt ans et chez des sexagénaires; les multipares y semblent plus exposées, les vierges n'en paraissent point exemptes. Les troubles de la menstruation ne sont pas rares et TERRILLON a insisté sur la possibilité des hémorragies après la ménopause dans la période du début des kystes ovariens.

**Anatomie pathologique.** — La division en tumeurs liquides et solides n'a pas, au point de vue pathologique, une grande importance, parce que beaucoup de tumeurs ovariennes sont à la fois solides et kystiques, et la proportion de l'élément solide varie à l'infini.

Lorsqu'ils ne présentent qu'une seule poche, les kystes sont uniloculaires, et multiloculaires ou aréolaires si des cloisons subdivisent la cavité en un plus ou moins grand nombre de loges secondaires. Dans ce dernier cas tantôt les aréoles isolées forment une véritable agglomération de tumeurs translucides qui donnent à l'ensemble un aspect mamelonné ou en grappes de raisin, tantôt des orifices font communiquer les cavités entre elles. Nous décrirons successivement la paroi, le pédicule et le contenu.

1° *Paroi.* — Dans les grandes poches kystiques la paroi se compose de cinq couches superposées facilement isolables, sauf en quelques points où elles sont confondues en une seule.

La couche externe est constituée par un épithélium bas qui, dans une certaine mesure, s'oppose à la production d'adhérences. Entre la seconde et la quatrième couche, toutes deux fibreuses, est interposé du tissu conjonctif lâche qui contient les artères; les veines à paroi épaisse seraient plus superficielles. DE SINÉTY a signalé l'existence de lymphatiques en rapport avec ceux des ligaments larges. Mentionnons encore éventuellement la présence de fibres musculaires lisses. Enfin la face interne de la paroi est tapissée par un épithélium cylindrique simple ou à cils vibratiles, ailleurs caliciforme. MALASSEZ et DE SINÉTY y ont rencontré une variété insolite à laquelle ils donnent le nom d'épithélium métatypique.

2° *Pédicule.* — En réalité le kyste n'est pas implanté sur l'ovaire; cet organe a presque toujours disparu dans les grands kystes, et s'il en reste quelques traces elles se trouvent d'ordinaire au voisinage du pédicule formé par le ligament utéro-ovarien. C'est dans ce pédicule, d'épaisseur et de longueur fort différentes, que passent les vaisseaux volumineux du kyste; ce pédicule a été bien décrit par WERTH.

3° *Contenu.* — Le liquide contenu dans la poche offre une grande variabilité; il est tantôt clair, limpide, tantôt trouble, jaune et même purulent. Si du sang s'est extravasé, on le voit prendre une couleur hématique, brunâtre. D'ailleurs la nature du liquide diffère suivant celle de l'épithélium intra-pariétal; au revêtement caliciforme correspondrait un liquide gélatineux, tandis que s'il s'agit d'un épithélium cylindrique, le contenu sera clair et filant. La densité moyenne est 1018 à 1020. D'après SPIEGELBERG, la fluidité et la nature séreuse du liquide ont une importance thérapeutique, elles indiquent que le kyste a cessé de croître. Tant que la poche augmente, le contenu reste muqueux, plus tard l'épithélium ne travaillant plus le liquide devient fluide, non coagulable.



En général la sérosité renferme des matières organiques, de la graisse, des sels, parfois du sucre et de l'urée. Quant à la paralbumine considérée comme spéciale à cette sorte de tumeurs, elle ne paraît pas avoir l'importance que quelques auteurs lui attribuent; on la reconnaît aux flocons fins que l'on obtient en faisant passer un courant d'acide carbonique dans le liquide reposé.

Certains kystes, principalement les multiloculaires, acquièrent de grandes dimensions; on en a vu contenir plus de 100 litres de liquide et COWPLAND parle « d'un cas dans lequel 500 litres de liquide furent extraits d'un kyste uniloculaire en moins de douze mois.

*Siège.* — D'après la plupart des statistiques, l'ovaire droit semble plus prédisposé que l'autre à devenir kystique.

**Transformations des kystes.** — Les principales altérations que peuvent subir les kystes sont : 1° l'inflammation; 2° la rupture; 3° l'hémorragie; 4° la dégénérescence des parois.

*a. L'inflammation* spontanée ou traumatique, lorsqu'elle est légère, amène des modifications extérieures et intérieures. Les premières portent le nom d'adhérences; elles résultent toujours de péritonites aiguë, subaiguë, latente, et présentent quatre variétés : 1° celles qui sont molles et peu vasculaires, fibrineuses; 2° molles et vasculaires; 3° fibreuses; 4° les adhérences étendues, indélébiles, nécessitant la décortication.

L'inflammation intérieure n'a pas des conséquences moins graves, car elle expose à la suppuration de la poche, à la formation d'une vaste collection purulente et parfois à la rupture.

*b. Rupture.* — Cet accident, en dehors de la production des abcès, succède encore au traumatisme et surtout à l'amincissement progressif de la paroi par des végétations papillaires. Suivant le point où la solution de continuité s'effectue, selon les adhérences antérieures avec les organes ambiants, le liquide fait irruption dans le péritoine ou dans quelque cavité voisine.

*c. Hémorragies.* — Elles seraient surtout communes dans les formes papillaires et à la suite de la torsion du pédicule; en pareil cas le kyste augmente brusquement de volume.

*d. Les dégénérescences* résultent d'ordinaire de quelque altération dans la nutrition; la torsion du pédicule n'y est pas étrangère; les unes, telles que la dégénérescence graisseuse de l'épithélium, la calcification partielle sont simples; les autres, néoplasiques, ont une gravité extrême parce que la tumeur envahit les organes voisins, récidive et conduit au marasme.

**Pathogénie.** — 1° L'opinion la plus en vogue attribuait à l'hydropisie des follicules de Graff la genèse des kystes de l'ovaire. Sans nier la possibilité du fait, il faut reconnaître que les kystes folliculaires restent très petits, de même que ceux qui proviennent des corps jaunes, ou du ramollissement du stroma ovarien. Cependant nombre d'auteurs acceptent encore aujourd'hui l'origine folliculaire.

2° Une autre théorie admise par WENDL, WALDEYER, fait provenir certains kystes du stroma de l'ovaire; une aréole de ce tissu prendrait des dimensions excessives et deviendrait le point de départ de formations papillaires.

3° Les savantes recherches histologiques de MALASSEZ et DE SINÉTY ont jeté

une vive lumière sur ces questions obscures. La formation des kystes résulterait d'une perturbation dans le travail d'invagination de l'épithélium germinatif à la surface de l'ovaire. « Dans les cas de kystes, la néo-germination épithéliale, au lieu de constituer les tubes de Pflüger, puis les follicules primordiaux, enfin en dernier lieu les follicules de Graff, cette formation, disons-nous, se serait engagée dans une direction moins spéciale et moins élevée et n'aurait abouti qu'au type vulgaire d'épithélium de revêtement, donnant naissance à des tubes, à des cavités sphériques n'ayant qu'une bien vague ressemblance avec les tubes de Pflüger et les follicules » (DE SINÉTY, *Traité de gynéc.*, p. 712). L'épithélium invaginé produit d'abord des tubes, change de nature, devient caliciforme, cylindrique simple ou vibratile; la dila-

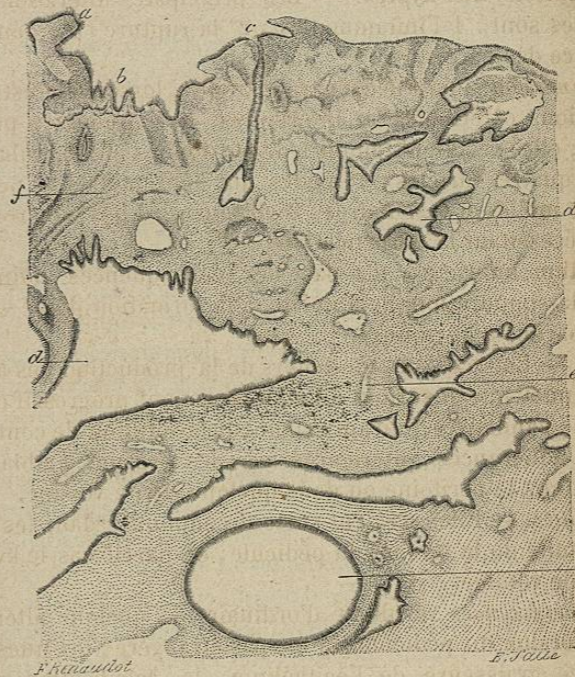


Fig. 168. — Coupe d'un ovaire kystique par néoformation épithéliale. — a, épithélium de la surface de l'ovaire, — b, dépressions épithéliales, — c, tube épithélial s'ouvrant à la surface de l'ovaire, — d, cavités kystiques de formes et de dimensions variables, — e, vaisseaux, — f, stroma ovarien. (D'après DE SINÉTY.)

tation de ces tubes engendre ensuite des cavités de plus en plus distendues par la sécrétion épithéliale, et c'est ainsi que prendraient naissance les grands kystes ovariens (fig. 168).

En résumé on peut admettre deux périodes; dans l'une il y a production de tubes glandulaires, dans l'autre de cavités kystiques; généralement le travail ne s'arrête pas là; ou bien de nouveaux tubes s'invaginent dans le stroma en donnant naissance à d'autres cavités secondaires, ou bien des végétations conjonctives ou épithéliales prolifèrent à la face interne, parfois même externe de



la cavité première et remplissent plus ou moins la cavité kystique. Ainsi se formeraient des tumeurs complexes susceptibles d'acquérir de grandes dimensions. Aux uns VALDEYER donne le nom de kystomes glandulaires, aux seconds celui de kystomes papillaires.

« Ces processus, différents au premier abord, dit DE SINÉTY, sont toujours à peu près les mêmes si on les examine attentivement. Plus tard les kystes secondaires s'ouvrent dans la partie principale et les cloisons finissent par disparaître. Il y a donc deux tendances simultanées et inverses, l'une qui marche vers la forme uniloculaire, par destruction des cloisons, l'autre qui amène au contraire la formation de nouveaux kystes. Les deux peuvent s'équilibrer ou l'une dominer l'autre, ce qui nous explique toutes les variations observées dans la forme anatomique et dans les manifestations cliniques de ces tumeurs. »

**Symptômes.** — Par eux-mêmes les kystes ovariens ne déterminent aucun symptôme pathognomonique; en s'accroissant, ils amènent par la compression qu'ils exercent des troubles mécaniques ou fonctionnels graves.

*Première période.* — Tant qu'ils ont un petit volume, les kystes passent inaperçus; les douleurs lombaires, la sensation de pesanteur, si communes dans toutes les affections utéro-ovariennes, n'ont rien de caractéristique.

*Deuxième période.* — La tumeur déjà plus grosse, encore située dans le bassin, provoque des troubles vésicaux (rétention ou besoin fréquent d'uriner) et rectaux (constipation). Les douleurs plus vives s'irradient dans le bassin et les jambes; presque dans la moitié des cas la menstruation reste régulière, mais dans les autres on constate de l'aménorrhée, des irrégularités ou des ménorragies. Parfois les seins se gonflent; le péritonisme s'observe assez fréquemment.

*Troisième période.* — Peu à peu la tumeur s'élève dans l'abdomen; tous les troubles fonctionnels précédents, qui semblaient s'être atténués, reparaissent. En auscultant le kyste l'oreille perçoit un bruit de souffle analogue au souffle utérin et des frottements; l'auscultation jointe à la percussion permet d'entendre également un bruit de glouglou. La compression des vaisseaux amène l'œdème; celle des nerfs, de vives douleurs; l'abdomen distendu proémine; les intestins, le diaphragme refoulés déterminent une dyspnée croissante et des troubles cardiaques. L'appétit se perd, les nausées deviennent fréquentes, l'amaigrissement fait de rapides progrès; des épanchements surviennent dans les cavités séreuses et l'hecticité conduit insensiblement les malades à la mort.

**Marche. Durée. Terminaisons. Complications.** — Lorsqu'ils évoluent naturellement, ainsi que nous venons de l'indiquer, les kystes ovariens se terminent d'ordinaire par la mort au bout de quelques années. D'après les recherches de LEE, portant sur cent vingt-trois (123) cas, quatre-vingts (80) femmes sont mortes en moins de trois ans et quatre-vingt-quatorze (94) en moins de cinq ans; dix-sept (17) ont vécu plus de neuf ans et quelques-unes ont eu une survie qui a pu aller jusqu'à cinquante ans. Certains kystes sont donc susceptibles de rester stationnaires par suite d'une dégénérescence spéciale. Néanmoins c'est là une éventualité rare, et il n'est pas bien prouvé qu'il ne s'agissait pas de kystes dermoïdes. La guérison spontanée a été observée tantôt à la suite de la rupture du kyste dans le péritoine (vingt et un (21) décès sur soixante et onze (71)

cas réunis par TILT), tantôt par l'ouverture du kyste à l'extérieur ou dans une cavité du voisinage (paroi abdominale, vessie, vagin, rectum, trompes). La résorption du liquide pourrait encore résulter de la torsion du pédicule.

Enfin les kystes sont sujets à des complications multiples que nous allons brièvement passer en revue :

1° La torsion du pédicule, complication accidentelle, a suivant qu'elle est subite ou lente, des effets bien différents. Subite, elle prédispose à la gangrène du kyste, à l'hémorragie intra-kystique et à des accidents péritonéaux très graves. Au contraire, comme nous l'avons dit plus haut, la résorption peut succéder à la torsion lente. Dans un cas de KLOB, la tumeur avait tourné cinq fois sur son pédicule.

2° La rupture de la poche kystique reconnaît habituellement pour cause l'inflammation, la suppuration, l'hémorragie ou bien un traumatisme. Cette éventualité est toujours grave parce que les chances de péritonite mortelle sont grandes. L'ovariotomie a permis de sauver la vie de quelques femmes dans ces conditions.

3° L'inflammation des parois du kyste aboutit à la suppuration et constitue l'un des accidents les plus redoutables; ses causes sont assez mal connues; on sait seulement que les ponctions y prédisposent. Cette complication s'accompagne de fièvre et de tous les symptômes de la septico-pyohémie. REITH et d'autres chirurgiens ont guéri en pareil cas leurs malades par l'ovariotomie.

4° La coïncidence d'une grossesse ou d'autres états morbides tels que l'albuminurie, l'ascite, principalement dans les formes papillaires, la péritonite, les épanchements pleurétiques, la diarrhée, les hernies ont été constatés. SCHREEDER a vu un kyste de l'ovaire qui coïncidait avec une hernie du rectum.

**Diagnostic.** — « Il arrive tous les jours, dit GAILLARD THOMAS, de voir des praticiens inexpérimentés poser un diagnostic rapidement et après un examen superficiel, tandis que le vétérinaire instruit pratique un examen plus minutieux et se prononce avec moins de hâte. Le dernier a été si souvent trompé qu'il connaît sa faiblesse, l'autre en est encore à l'apprendre. » Comme tous les états pathologiques qui s'accompagnent d'une augmentation de volume de l'abdomen peuvent être confondus avec les kystes de l'ovaire, le chirurgien devra apporter le plus grand soin dans l'examen de la malade. A cet effet on emploiera successivement l'inspection, la manipulation, la mensuration, l'exploration bimanuelle, la percussion, l'auscultation, le toucher, l'hystérométrie, l'aspiration ou la ponction, l'analyse du liquide extrait. Aujourd'hui la gastrotomie simple peut être considérée comme un moyen d'exploration presque inoffensif (Terrillon, *Soc. de chir.*, 1885).

Nous ne saurions entrer dans le détail des signes différentiels avec chaque affection. Aussi nous bornerons-nous à énumérer, suivant le degré de développement des kystes, les états pathologiques qui ont une certaine analogie avec eux.



I  
La tumeur siège encore dans le petit bassin; mobile, sans tendance à venir faire saillie au niveau des culs-de-sac, limitable, indépendante de l'utérus.  
Diagnostic différentiel avec :

II  
Le kyste a quitté le bassin, n'a pas dépassé l'ombilic. L'utérus se place en arrière à mesure que le kyste augmente.  
Diagnostic différentiel avec :

III  
Kyste au-dessus de l'ombilic. Ventre en forme de tonneau, plus haut que large. Saillie latérale sous-ombilicale, matité centrale dans le décubitus dorsal qui se déplace peu. Le liquide de la ponction ne se coagule pas spontanément. Précipité granuleux caractéristique par l'addition d'acide acétique. Les anses intestinales sont en arrière de la tumeur.  
Diagnostic différentiel avec :

Un *exsudat inflammatoire* péritonéal est fixe, douloureux, précédé de fièvre et de symptômes généraux.

L'*hématocele* présente des symptômes de péritonite; peu limitable; anémie subite; début brusque.

L'*hydropisie de la trompe* ne dépasse pas le volume du poing.

La *grossesse extra-utérine* se fait remarquer par l'absence des règles, le gonflement des mamelles et par la marche ultérieure.

La *rétroflexion d'un utérus gravide*. Absence de menstrues; tumeur dépendante de l'utérus; ramollissement du museau de tanche.

Les *myomes sous-péritonéaux* adhèrent à la matrice. Diagnostic difficile si le myome est pédiculé.

L'*hématomètre*. Rechercher les causes. Mode d'apparition bien différent.

La *grossesse* (situation de la tumeur à droite ou à gauche).

La *distension de la vessie*; disparaît par le cathétérisme.

La *rétenion de matières stercorales* (lavements purgatifs).

La *tympanite*; se reconnaît à la percussion.

La *péritonite chronique*. *Abcès enkystés des parois*: ventre aplati; respiration moins gênée.

Les *myomes utérins*. Diagnostic assez difficile parce que les kystes ovariens ne sont pas encore fluctuants. Adhérences des myomes à l'utérus.

Les *kystes du ligament large*. Fluctuation plus superficielle; contiennent un liquide clair.

La *grossesse simple ou compliquée d'hydramnios*. Bruits du cœur et membres difficilement perceptibles; en pareil cas on a par erreur ponctionné et opéré. Rechercher les mouvements, le ballottement, les bruits placentaires et cardiaques.

L'*ascite*. Ventre mou, cylindrique, aplati. Saillie maxima au niveau de l'ombilic ou au-dessus. Concomitance d'affections hépatiques, cardiaques, etc. Son tympanique dans les parties centrales, déplaçable par les mouvements. Le liquide ascitique se coagule; œdème des pieds précoce. Pas de cellules épithéliales ni de cristaux de cholestérine.

Les *tumeurs fibro-cystiques*. Diagnostic très difficile lorsqu'on ne peut pas déterminer les connexions de la tumeur avec l'utérus. Elles ont un développement plus lent et le liquide se coagule spontanément.

L'*hydronéphrose* et les autres tumeurs rénales; débutent entre les fausses côtes et l'os iliaque, se portent ensuite vers l'hypocondre et la région inguinale, tandis que les kystes ovariens apparaissent dans la région inguinale et se portent en haut et en dedans. Intestins situés en avant. Altérations de l'urine.

Les *tumeurs de la rate*.  
Les *néoplasmes du péritoine*. } Tumeurs mal connues, rares, en parties solides.

Les *kystes hydatiques du foie* débutent en haut. Présence de crochets dans le liquide.

**Diagnostic des adhérences.** — Autrefois on attachait une grande importance à cette question en raison des indications favorables à l'intervention. En réalité, les craintes des adhérences sont devenues moindres dans l'ovariotomie. Les meilleurs auteurs avouent que leur diagnostic est illusoire et plusieurs membres de la Société de chirurgie de Paris (1884) partagent cette opinion. Cependant la douleur localisée et persistante, les symptômes de péritonite, la multiplication des ponctions antérieures doivent faire craindre la production d'adhérences. Si la paroi abdominale n'est pas très épaisse, la surface présente des saillies et des dépressions pendant les changements de position et les mouvements respiratoires. L'immobilité de la tumeur, constatée par le toucher vaginal, pourra permettre de présumer l'existence d'adhérences.

**Diagnostic des caractères du pédicule.** — Suivant les auteurs, dans le cas de longs pédicules, le ventre, projeté en avant, prend la forme d'une besace; l'utérus est très élevé et mobile. Le ventre serait plus large lorsque le pédicule est court, l'utérus plus bas et moins mobile. La chirurgie antiseptique a rendu les opérateurs plus hardis; ainsi, en Allemagne, COBLENTZ conseille la laparotomie dans le seul but de recueillir des notions exactes sur les connexions du kyste, sur son pédicule et même sur son contenu. L'incision exploratrice est acceptée par beaucoup d'ovariotomistes (Voy. Terrillon, *Soc. de chir.*, 1885, p. 168.)

**Pronostic.** — Si l'on se rappelle ce que nous avons dit de la terminaison et des complications des kystes ovariens, le pronostic offre toujours de la gravité. Il faut peu compter sur la guérison spontanée et même sur le *statu quo*. Beaucoup de femmes atteintes de la maladie kystique sont stériles; cependant la grossesse peut coïncider avec elle; dans ce cas, tantôt le kyste augmente plus rapidement, tantôt l'avortement survient de bonne heure. Si la grossesse arrive à terme, très fréquemment les suites de couches sont redoutables. JETTER, sur deux cent quinze (215) faits, trouve soixante-quatre (64) morts. L'existence simultanée des deux tumeurs est d'un diagnostic très difficile.

**Traitement.** — Tous les moyens médicaux (mercure, iode, électricité) ayant à peu près uniformément échoué contre les kystes ovariens, on s'est adressé au traitement chirurgical. DE SINÉTY, GRAY pensent qu'il conviendrait peut-être de faire une exception en faveur de l'ergot de seigle; ses préparations auraient donné quelques améliorations.

**Traitement chirurgical.** — Les opérations conseillées pour guérir les kystes de l'ovaire sont: 1° la ponction, 2° le drainage; 3° l'incision; 4° les injections; 5° les ovariectomies.

1° *Ponction.* — Cette petite opération n'a qu'un but palliatif dans les cas inopérables et lorsqu'il y a des accidents; cependant on a cité des exemples de guérison. En général cette ponction soulage les malades, mais présente de sérieux dangers (inflammation et supuration du sac, formation d'adhérences); la mort en a été quelquefois la conséquence à brève échéance et elle avance toujours le terme de la maladie. Presque tous les auteurs préfèrent la ponction abdominale; quelques-uns, et parmi eux KIWSCH, préconisent la ponction vaginale; elle favoriserait, d'après SPENCER WELLS, l'entrée de l'air dans le sac.

2° *Drainage.* — VELPEAU avait déjà combiné la paracentèse vaginale avec le drainage de la cavité; cette méthode, reprise par KIWSCH et par NÖGGERATH,