

dans ces kystes sont surtout des dents en nombre variable, tantôt libres, d'autres fois implantées sur les parois du kyste ou sur des portions osseuses ou cartilagineuses. Le plus souvent ce sont des dents de première dentition : dans quelques-uns cependant il existe des dents de seconde dentition, ce qui prouve que, malgré des conditions aussi insolites, l'évolution dentaire suit sa marche accoutumée. On a encore trouvé des os appartenant à différentes parties du squelette et des lambeaux qu'on a pris pour de la peau ou pour du tissu musculaire. Tous ces débris sont entourés par une grande quantité de matière blanche ou grisâtre. La plupart de ces tumeurs ne contiennent que des poils et de la graisse; les dents et les fragments d'os ne s'y rencontrent qu'exceptionnellement.

On a beaucoup discuté sur l'origine de ces productions; nous croyons avec Haller, avec MM. Cruveilhier et Velpeau, qu'elles appartiennent à des débris de fœtus. Il faut admettre que, dans les cas dont nous parlons, il y a eu grossesse ovarienne, et que le fœtus, ayant succombé à une époque plus ou moins rapprochée de la conception, a été presque entièrement dissous, tandis que quelques-unes de ses parties ont résisté à la destruction, ou que même elles ont continué de s'accroître. Tels sont les cheveux, telles sont même les dents, qui acquièrent quelquefois un développement considérable.

Ces kystes n'offrent guère qu'un intérêt d'anatomie pathologique, car ils sont ordinairement méconnus pendant la vie, parce qu'ils ne produisent communément aucun accident et qu'ils ne proéminent pas dans le ventre. Quelquefois pourtant ils peuvent s'enflammer et contracter des adhérences avec les parties voisines. C'est ainsi qu'on les a vus se vider par le vagin, par le rectum et par la vessie. Notons également que, si le fœtus n'a succombé qu'à une époque assez éloignée de la conception, comme à quatre ou cinq mois, la tumeur ayant acquis un volume considérable, on pourra alors observer tous les accidents qui accompagnent les grossesses extra-utérines. Nous ne faisons que mentionner n'ayant pas à nous en occuper ici.

#### Des kystes séreux, ou de l'hydropisie enkystée des ovaires.

Les kystes séreux, qu'on rencontre si rarement dans les autres parties du corps, sont au contraire très-communs dans les ovaires. Cette particularité s'explique par la structure de ces organes, qui renferment à l'intérieur quinze ou vingt petites vésicules connues sous le nom d'œufs de de Graaf, lesquelles sont probablement le point de départ le plus ordinaire de la maladie. Cependant la tumeur ne provient pas toujours exactement de l'intérieur de l'ovaire; quelquefois, en effet, elle est extérieure à cet organe, c'est-à-dire placée immédiatement sous le péritoine et en dehors de la tunique fibreuse : assez souvent même la tumeur siège sur un point de l'utérus ou des annexes de cet organe autre que l'ovaire. Dans ces cas, quelques personnes, contrairement à ce que M. Cruveilhier professe, pensent que l'ovaire n'en est pas moins le départ de la maladie ou son organe producteur. Elles supposent alors qu'un ovule, s'étant détaché spontanément ou sous l'influence de l'excitation vénérienne, est tombé dans le péritoine, y a contracté adhérence et a fini par s'accroître. Cette opinion, dont on ne saurait démontrer l'exactitude, est néanmoins très-probable, car les kystes du bassin ne se rencontrent peut-être jamais que chez la femme; il est donc naturel de rattacher la production de ces tumeurs à quelque condition organique spéciale à celle-ci, et cette condition ne peut être autre que

la présence chez cette dernière d'un organe qui n'existe pas chez l'homme.

**Anatomie pathologique.** — Les tumeurs enkystées des ovaires ont une grosseur très-variable : elles peuvent égaler à peine le volume d'une tête d'épingle; d'autres fois elles acquièrent celui d'une tête d'adulte; elles peuvent même remplir toute la cavité abdominale, qui offre alors le développement qu'elle a dans les ascites les plus abondantes : leur poids peut s'élever à 10, 15, 30, 50 et 100 kilogrammes; dans ce cas elles déplacent, refoulent les viscères abdominaux et peuvent contracter adhérence avec plusieurs d'entre eux. La surface de ces kystes est ordinairement inégale, bosselée; elle offre des sillons irréguliers, des sortes d'étranglements; quelquefois il y a plusieurs tumeurs accolées entre elles; le plus souvent il n'en existe qu'une, mais offrant à l'intérieur un grand nombre de poches isolées ou communiquant les unes avec les autres. Une membrane d'aspect séreux les tapisse; mais, malgré cette uniformité d'organisation, les matières contenues varient souvent dans chacune des loges qui divisent la tumeur : c'est ainsi qu'il peut exister de la sérosité citrine ou un liquide rougeâtre, brunâtre, couleur chocolat ou noir, opaque, purulent, ou bien des matières gélatiniformes, suiffeuses, des acéphalocystes, etc. Les parois de la tumeur ont une épaisseur très-inégale : tantôt le péritoine seul les recouvre; ailleurs, la tunique fibreuse hypertrophiée existe encore; enfin, dans quelques cas, l'épaisseur et la consistance sont encore augmentées par la dégénérescence cartilagineuse ou osseuse que ces membranes ont subie. Delpech et Dubreuil ont prouvé par leurs dissections que les vaisseaux ovariens, artères et veines, ont ordinairement acquis un volume beaucoup plus considérable; les veines surtout sont nombreuses et agrandies, hypertrophiées, plutôt aplaties que cylindriques, et rappelant, dit Dubreuil, par leur organisation, les sinus de la dure-mère. Les vaisseaux artériels et veineux dont nous parlons sont presque toujours situés à la face extérieure du kyste.

M. Adolphe Richard a, dans ces derniers temps, décrit une forme remarquable de kyste qu'il nomme *kystes tubo-ovariens*. Ils sont fournis, en effet, par l'abouchement d'un kyste ovarien avec la cavité de la trompe utérine énormément dilatée. M. Richard suppose que le pavillon de la trompe s'est greffé sur la vésicule de de Graaf dilatée, pour constituer le kyste, et que cette vésicule s'est rompue dans le conduit, comme cela arrive normalement à chaque évolution menstruelle. Les deux ovaires sont rarement atteints simultanément, et lorsque cela a lieu, ils le sont très-inégalement. La maladie semble un peu plus commune dans l'ovaire droit que dans le gauche; cependant Meckel a prétendu le contraire.

**Symptômes.** — Les kystes de l'ovaire ont en général un début lent, très-obscur; ils ne produisent d'abord ni douleur ni gêne; le développement de l'abdomen est généralement le premier phénomène qui fixe l'attention des malades. Dans l'hydropisie enkystée, le ventre se développe par la partie inférieure et latérale. Ainsi, au lieu de se dilater uniformément sur la ligne médiane comme dans la grossesse, cette ampliation se fait seulement sur un des côtés de cette ligne : la fosse iliaque correspondant à l'ovaire malade proémine, et le flanc du même côté s'élargit. Cependant, à mesure que la tumeur s'élève de bas en haut, elle se rapproche de plus en plus de la ligne médiane, bientôt elle s'incline même sur le côté opposé; enfin, après avoir atteint un certain volume, l'aspect du ventre ne diffère plus de celui qu'on observe dans une grossesse un peu avancée. En explorant la cavité de l'abdomen, on reconnaît aisément la tumeur, et on la circonscrit très-facilement en haut et latéralement par la palpation et par la percussion. Les intes-



tings grêles, refoulés par elle vers la partie supérieure du ventre, se logent sur ses parties latérales. Cette tumeur est communément arrondie, ovoïde; sa surface est lisse ou bien lobulée, et dans ce cas elle présente une dureté inégale; la fluctuation peut n'être point perçue, ou bien elle y est très-obscure, ce qui peut tenir à sa disposition cloisonnée, à la distension et à l'épaisseur des parois, ou bien à la consistance du fluide épanché. Mais si les parois n'ont pas une dureté trop grande et si le kyste uniloculaire n'est rempli que de sérosité, on percevra nettement la fluctuation, elle existera sur toute la tumeur et se communiquera aisément d'un côté à l'autre. Ce dernier caractère fera défaut si le kyste est divisé en plusieurs grandes loges. La tumeur est complètement mate quand on la percute; mais, ainsi que M. Piorry l'a noté, elle donne souvent au doigt des sensations diverses de densité et de dureté suivant l'épaisseur des parois et le degré de consistance des matières qui y sont renfermées; s'il y a des acéphalocystes, on pourra percevoir, dans des cas bien rares toutefois, le frémissement hydatique. L'auscultation de la tumeur ne fournit pas en général de signe morbide; quelquefois pourtant on entend ou bien on sent au toucher un bruit de frottement dépendant de ce que des fausses membranes se sont organisées entre le kyste et la paroi abdominale par suite d'une péritonite locale. Ailleurs on perçoit un souffle très-intense pouvant dépendre de ce que la tumeur renferme de gros vaisseaux; mais le plus souvent ce bruit morbide se passe dans les artères iliaques et hypogastriques, et dépend de la compression de ces vaisseaux par la tumeur ovarique. Les troubles fonctionnels qu'on observe sont très-variables, et dépendent surtout du volume de la tumeur et de la compression que celle-ci exerce sur les organes voisins. En général, il n'existe aucune douleur vive, mais seulement de la pesanteur au bas du ventre, dans les reins et aux aines, probablement à cause du déplacement de l'utérus, qui est abaissé, et souvent en état de rétroversion ou d'antéversion, ou bien simplement refoulé du côté du bassin opposé à la tumeur. La compression de la vessie produit des envies fréquentes d'uriner et du ténésme; celle du rectum, une constipation habituelle; celle des veines pelviennes amène la formation d'hémorrhoides, l'infiltration des membres inférieurs et un épanchement ascitique; enfin, lorsque le ventre est trop distendu, les malades ne peuvent se livrer au moindre exercice; les digestions sont pénibles à cause de la gêne que l'estomac éprouve, la respiration est courte, il y a de la dyspnée en raison du refoulement du diaphragme vers la cavité thoracique et de la compression du poumon. Cependant ces derniers accidents sont ordinairement peu marqués, même dans les cas où le ventre a un volume excessif: c'est ce qui s'explique par la marche lente de la tumeur, et parce que l'ampliation du ventre se fait surtout aux dépens des parois antérieures et latérales. Le poids du kyste ovarique portant spécialement sur ces derniers points, on s'explique pourquoi l'infiltration séreuse des extrémités inférieures est un phénomène si rare, et qui ne survient d'ailleurs que lorsque le ventre a acquis un volume excessif; dans ce dernier cas, les parois de cette cavité finissent elles-mêmes par s'infiltrer.

La plupart des femmes atteintes d'hydropisie enkystée conservent les apparences de la santé; la nutrition ne s'altère qu'autant que les digestions sont pénibles ou empêchées, qu'il existe quelque douleur vive, une inflammation du kyste ou une dégénérescence cancéreuse de ses parois.

On a dit que la menstruation était généralement troublée; il n'en est rien dans la généralité des cas; on a même vu cette fonction persister lorsque les deux ovaires étaient simultanément frappés. Aran en a cité un exemple remar-

quable (1). Le kyste d'un ovaire n'empêche pas une grossesse d'avoir lieu et de suivre sa marche, à moins que par son volume il ne gêne le développement de l'utérus; dans tous les cas, la grossesse imprime à la tumeur un développement insolite.

**Marche. Durée. Terminaisons.** — Les tumeurs enkystées des ovaires ont une marche généralement lente; elles peuvent rester longtemps stationnaires, d'autres fois elles s'accroissent sans cesse et se terminent en quelques mois. On calcule leurs progrès par la mensuration, en mesurant, par exemple, la distance comprise entre la ligne blanche et les épines lombaires, ou bien celle qui existe entre le rebord thoracique et la crête iliaque.

Cette maladie a une durée indéterminée; elle peut persister pendant vingt, trente, quarante et même cinquante ans, ainsi que Morgagni en rapporte plusieurs exemples dans sa 38<sup>e</sup> lettre; ces cas sont très-exceptionnels. Dans la grande majorité des cas, les femmes atteintes de tumeurs enkystées des ovaires luttent bien rarement plus de cinq à huit ans, d'après M. Bauchet (2).

Le liquide peut-il se résorber spontanément? On l'a dit, mais il n'existe aucun fait qui le démontre d'une manière irrécusable. Le liquide du kyste peut se faire jour à l'extérieur par des voies différentes. On a vu la tumeur se vider à travers la paroi abdominale, par l'intestin, par la vessie, par le vagin, par l'utérus et par la trompe de Fallope; mais c'est dans la cavité péritonéale que le liquide a le plus de tendance à se porter. Le kyste s'ouvre dans celle-ci, tantôt spontanément, tantôt à la suite d'un effort, et surtout à la suite d'une chute sur le ventre. Lorsque la tumeur ovarique se vide dans le péritoine, plusieurs effets peuvent en résulter: c'est ce que Camus, médecin aussi judicieux que modeste, a parfaitement établi dans un bon travail qu'il a publié en 1844 dans la *Revue médicale*. Dans le cas que nous supposons: 1<sup>o</sup> la femme peut mourir rapidement avec les symptômes d'une péritonite suraiguë, et cette terminaison est d'autant plus à redouter que le liquide s'éloigne davantage par ses qualités de la sérosité; si le kyste est purulent, par exemple, la mort est inévitable; 2<sup>o</sup> quelques femmes, après avoir subi une ou plusieurs ruptures de leur kyste, deviennent ascitiques, c'est-à-dire que la sérosité de la tumeur épanchée dans le péritoine reste dans cette membrane. Morgagni a cité plusieurs cas semblables; 3<sup>o</sup> la plupart des femmes survivent à une ou plusieurs ruptures, quoique celles-ci provoquent parfois une péritonite plus ou moins grave: cependant, nonobstant cet accident, le liquide finit par se résorber après un temps plus ou moins long, et l'on obtient une guérison momentanée. Camus a observé un cas de ce genre. J'ai vu moi-même une dame qui, dans une chute qu'elle fit sur le ventre, eut probablement une rupture du kyste. Après quelques symptômes de péritonite légère, le ventre diminua considérablement; mais, après quelques mois, il avait repris toute son ampleur, et la maladie suivit dès lors une marche ascendante; 4<sup>o</sup> enfin la rupture du kyste dans le péritoine peut être suivie d'une guérison définitive, radicale.

M. le docteur Chereau, recherchant quelle est la proportion des guérisons suivant les organes dans lesquels s'effectue la rupture du kyste, a trouvé que sur 26 cas, que possède la science, de femmes dont le kyste s'est ouvert dans le péritoine, 5 fois on a observé une guérison définitive; chez 10, la maladie revint au même état qu'auparavant, tandis que 11 succombèrent. La communication du kyste avec un point de l'intestin serait une condition moins défavo-

(1) *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, p. 1055.

(2) *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, t. XXIII, p. 107.



nable, puisque, sur 12 femmes qui, d'après M. Chereau, ont présenté ce mode de terminaison, une seule a succombé, tandis que 6 ont guéri presque complètement, et 5 sont restées dans le *statu quo* (1). La guérison a également été observée dans des cas où le kyste s'est ouvert dans la vessie, dans la matrice, dans le vagin, dans la trompe de Fallope et à travers les parois abdominales (2); mais, quoi qu'il en soit, ces exemples sont malheureusement fort rares, eu égard au nombre immense de cas où la maladie reste incurable. Presque toujours, en effet, on voit le kyste continuer lentement ses progrès; les malades, affaiblies par un état habituel de souffrance, succombent enfin à quelques complications; d'autres sont emportées par un accident arrivé du côté du kyste, comme son inflammation, sa suppuration, sa rupture, sa dégénérescence squirreuse; enfin la mort peut survenir avec les symptômes de l'iléus, lorsque, comme on l'a vu, une anse intestinale est comprimée contre l'angle sacro-vertébral par la tumeur indurée.

**Diagnostic.** — Il est inutile de dire qu'il est impossible de distinguer sur le vivant, et souvent aussi sur les cadavres, les kystes séreux ayant leur siège dans l'ovaire, de ceux qui se sont développés sur un autre point des annexes de l'utérus, ou bien encore des hydropisies de la trompe, qu'on a vues contenir jusqu'à 36 kilogrammes de liquide. Mais ces maladies sont très-rares; d'ailleurs elles ne diffèrent point par leurs symptômes et par leur marche des kystes des ovaires proprement dits, avec lesquels on peut les confondre sans nul inconvénient dans une description commune.

On est rarement appelé à diagnostiquer un kyste encore contenu dans l'excavation pelvienne. On peut pourtant, par le toucher vaginal, aidé de la palpation abdominale, sentir et circonscrire sur un des côtés du bassin une tumeur molle, indolore, lisse et complètement indépendante de l'utérus. Cependant, bientôt la tumeur s'élève vers l'abdomen, et en sortant de l'excavation pelvienne, elle peut se placer sur la ligne médiane; mais le plus souvent elle est inclinée sur l'une ou l'autre des fosses iliaques, elle se caractérise alors par les signes décrits plus haut.

Les deux maladies avec lesquelles l'hydropisie de l'ovaire a été le plus souvent confondue sont l'ascite et l'hydrométrie. Dans ces trois affections, en effet, il y a développement du ventre, fluctuation, matité et déplacement des intestins. Mais dans l'ascite on ne distingue pas, comme dans l'hydropisie enkystée, une tumeur ovoïde à surface lisse ou inégale; le développement du ventre s'est fait uniformément de bas en haut et suivant toute l'étendue transversale de l'abdomen, tandis que dans le cas de kyste ovarique la tuméfaction n'a d'abord occupé qu'un des côtés de la ligne médiane. Dans ce dernier, la matité est plus complète que dans l'ascite, tandis que la fluctuation, qui est ordinairement si évidente dans celle-ci, est nulle ou obscure dans l'autre. Les changements de position font peu varier les résultats de la percussion dans les kystes ovariques, tandis qu'on déplace facilement la matité dans les épanchements ascitiques. Enfin, si l'on compare le déplacement des intestins dans l'une et dans l'autre

(1) M. Chereau a réuni 70 cas de rupture de kystes, répartis ainsi qu'il suit : 26 dans le péritoine, 12 dans le canal intestinal, 12 à travers la paroi abdominale, 9 dans le vagin ou l'utérus, 3 dans la trompe de Fallope, 4 dans la vessie; 4 sont douteux. (Extrait de l'*Union médicale*, 13 avril 1847.)

(2) Sur 4 femmes chez lesquelles le kyste s'est vidé dans la vessie, 1 a succombé, 1 a guéri, 2 sont revenues au même état de maladie. — Sur 12 femmes dont le kyste s'est ouvert à travers les parois du ventre, 2 sont mortes, 5 ont guéri, et dans 5 cas il y a eu retour au *statu quo*. L'ouverture par l'utérus ou le vagin a été fatale à 2 femmes : 6 ont guéri, 4 sont restées dans le *statu quo*.

maladie, on trouve, comme M. Rostan l'a observé le premier, que, dans l'hydropisie enkystée, les intestins sont placés derrière la tumeur ou sur ses côtés, tandis que, dans l'ascite, ils flottent uniformément au-dessus de la couche liquide. C'est la percussion qui, dans tous les cas, permet de reconnaître la place qu'ils occupent. Enfin, sans avoir égard aux signes spéciaux et aux résultats fournis par l'exploration directe, on peut dire d'une manière générale que, lorsque dans une hydropisie abdominale on voit la santé générale de la femme se conserver presque intacte pendant des années entières, on peut être certain que l'épanchement n'occupe point le péritoine, mais qu'il siège dans l'ovaire : c'est ce que l'on conçoit aisément lorsqu'on se rappelle que, dans la presque totalité des cas, l'ascite est symptomatique de lésions viscérales graves et souvent incurables. L'hydropisie péritonéale pourtant vient souvent compliquer celle de l'ovaire. On reconnaîtra cette coïncidence par la sensation de fluctuation superficielle qu'on détermine à l'hypogastre, et si, exerçant une pression brusque avec la main, on déplace la couche du liquide interposée, les doigts arrivent alors sur la tumeur.

L'hydrométrie sera aisément distinguée de l'hydropisie enkystée, parce que la tumeur occupe l'hypogastre, parce qu'elle s'élève rarement au-dessus de cette région, parce que la fluctuation y est à peu près nulle; ajoutons que les règles ont cessé de paraître; qu'il existe des douleurs aux aines, aux reins et à la partie interne et supérieure des cuisses; enfin le toucher par le vagin et par le rectum fait aisément reconnaître que la tumeur est formée aux dépens de l'utérus.

Plusieurs fois une tumeur enkystée de l'ovaire a fait croire à l'existence d'une grossesse, et réciproquement. Le volume du ventre, la constatation d'une tumeur située à la partie inférieure de cette cavité, quelquefois la suppression des règles, un développement insolite des seins, un bruit de soufflé dans la tumeur, quelques fausses sensations donnant à la femme l'idée d'un mouvement de fœtus, ont plusieurs fois fait penser qu'il existait une grossesse utérine ou ovarique. Mais, dans la première, la tumeur occupe l'hypogastre, et le toucher démontre qu'elle est formée par l'utérus; enfin le phénomène du ballotement et les bruits du cœur du fœtus ne laisseront aucun doute sur l'existence d'une grossesse utérine. Dans la grossesse ovarique, la tumeur, comme dans l'hydropisie enkystée, n'occupe qu'un des côtés du ventre; mais, dans la première, le développement de l'abdomen est plus rapide, il s'accompagne souvent de douleurs vives et d'accidents sympathiques plus ou moins fâcheux. Cependant, avouons que le diagnostic est incertain jusqu'à quatre mois; mais, après cette époque, les mouvements du fœtus, quelquefois les bruits cardiaques perçus à l'auscultation, enfin les résultats fournis par le toucher vaginal et par le toucher rectal, qui permettent parfois de reconnaître différentes parties de l'enfant, éclaireront suffisamment le praticien sur la véritable nature de la tumeur.

**Pronostic.** — L'hydropisie enkystée, quoique se terminant rarement par la mort, doit néanmoins être considérée comme une affection grave, en raison de sa marche toujours croissante, de son incurabilité et de l'incommodité quelle produit. En général, son accroissement est d'autant plus rapide que les femmes sont plus jeunes.

**Étiologie.** — On a parfois rencontré l'hydropisie des ovaires chez des filles encore impubères; le plus communément la maladie se déclare entre quarante et cinquante ans, surtout à l'époque de la cessation des règles. On a dit que les avortements, que les accouchements nombreux y prédisposaient, tandis que d'autres ont accusé, avec moins de raison peut-être, le célibat. On a encore



prétendu que quelquefois l'hydropisie était consécutive à une contusion, à une chute, etc.; mais on ne sait encore rien de précis sur les causes qui produisent l'affection dont nous parlons; son développement est presque toujours spontané.

**Traitement.** — On a vainement employé contre cette maladie tous les moyens préconisés contre les hydropisies. Les purgatifs, les drastiques, les diurétiques, les sudorifiques, les exutoires, les fondants donnés souvent sans mesure, ont parfois altéré la constitution sans améliorer l'état local. D'un autre côté, presque tous les moyens chirurgicaux qu'on a proposés dans le même but entraînent des périls; aussi la majorité des praticiens conseillent-ils de recourir à un traitement purement palliatif. On soutient le ventre avec une ceinture; on évite les fatigues, le frottement, toutes les causes d'irritation; on entoure la femme de tous les soins hygiéniques, et lorsque, rien n'empêchant la marche de la maladie, la tumeur a acquis un développement trop considérable, on évacue le liquide par la ponction du kyste. Cette opération a d'ailleurs été quelquefois suivie de la guérison radicale de la maladie. Presque toujours on pratique la ponction à travers les parois abdominales; cependant M. Velpeau, en 1831, et plusieurs médecins depuis, ont proposé d'évacuer le liquide par le vagin, en raison de la facilité qu'on a de faire l'ouverture dans un point déclive, et de maintenir celle-ci béante, par l'interposition d'une canule qui permet au liquide de s'échapper au fur et à mesure qu'il est produit. On a espéré pouvoir amener plus facilement de la sorte la cure radicale de la tumeur; c'est, en effet, ce qui paraît avoir eu lieu. Ainsi, d'après Cazeaux, on aurait par ce procédé au moins cinq cas de guérison complète. Cependant, cette méthode entraînant beaucoup plus de dangers, et exposant davantage aux épanchements péritonéaux et à une péritonite suraiguë, il ne faut y recourir que dans certains cas spéciaux, c'est-à-dire lorsque la tumeur proémine fortement dans le vagin et qu'elle est facilement accessible au doigt. Il faut en outre être certain que le kyste est uniloculaire et qu'il n'est le siège d'aucune dégénérescence qui puisse empêcher le retrait de la tumeur et son oblitération.

Dans presque tous les cas où l'on emploie la ponction comme moyen palliatif ou comme moyen curatif, on a recours à la paracentèse, comme pour les cas d'ascite. La multiplicité des poches exige quelquefois qu'on fasse plusieurs ponctions successives. Le liquide écoulé, on exerce une compression sur le ventre avec un bandage de corps: mais bientôt un nouvel épanchement se forme, et au bout d'un temps plus ou moins long il faut recourir à de nouvelles ponctions: c'est ainsi que quelques femmes en ont subi jusqu'à trois ou quatre cents. J'ai donné pendant un an des soins à une femme que j'étais obligé de ponctionner tous les quinze ou vingt jours au plus tard. Cette opération est généralement sans danger: cependant, chez quelques femmes elle a été suivie d'hémorrhagie, de syncope, d'inflammation avec suppuration du kyste et de péritonite; ces deux derniers accidents ont presque toujours entraîné la mort des malades. Il est superflu de dire que la ponction est inutile si la matière contenue dans la tumeur est trop consistante, ou si le liquide est renfermé dans un grand nombre de petites cellules isolées les unes des autres.

Quelques personnes ont proposé de tenter la cure radicale de la maladie par des moyens chirurgicaux: les uns ont incisé le kyste, après avoir produit son adhérence aux parois abdominales par les procédés de Récamier et de Bégin, que nous ferons connaître plus tard, en traitant des acéphalocystes du foie; c'est là un procédé des plus vicieux, car l'adhérence qu'on provoque entre la paroi abdominale et le kyste met nécessairement obstacle à la rétraction de

celui-ci. Presque tous vident simplement la tumeur par une ponction; quel que soit le procédé, on conseille d'injecter ensuite dans le kyste des vapeurs ou des liquides irritants dans le but de l'enflammer et d'opérer l'adhésion des parois. On a unanimement donné la préférence à la teinture d'iode, qui, presque toujours, fait naître une phlegmasie non purulente, non extensive et facilement curable. M. Boinet s'est surtout déclaré le partisan de cette médication; il a cité des faits irrécusables de succès, mais on ignore encore dans quelles proportions réussit cette opération lorsqu'on se place dans les conditions les plus favorables, telles que le volume peu considérable du kyste, cavité unique, issue par la ponction d'un liquide séreux. Ce n'est pas à dire qu'on ne doive jamais opérer lorsque le kyste est volumineux, lorsqu'il est divisé en deux ou trois loges et qu'il contient un liquide visqueux, noirâtre ou purulent, mais il importe de savoir que ces conditions sont défavorables. Il en est d'autres qui contre-indiquent l'opération d'une manière absolue, c'est lorsque le kyste multiloculaire renferme une matière gélatiniforme, lorsque ses parois sont dégénérées ou qu'elles ont contracté avec les parties voisines des adhérences qui devraient s'opposer au retrait de la tumeur.

Lorsqu'on juge un kyste opérable, on doit le ponctionner inférieurement au-dessus du ligament de Poupert, en choisissant le côté par où la tumeur s'est développée; une fois vidée, si le liquide est visqueux ou purulent, il peut être utile d'y injecter de l'eau tiède pour laver sa surface. Après avoir donné issue à ce liquide, on procède à l'injection iodée. M. Boinet, pour les kystes contenant 8 à 10 litres de liquide, c'est-à-dire pour les kystes moyens, injecte un mélange de 100 grammes d'eau, 100 grammes de teinture d'iode et 4 grammes d'iodure de potassium; le liquide est laissé en contact avec le kyste pendant cinq à dix minutes, et, pour multiplier le plus possible les points de contact, on a soin de malaxer légèrement la tumeur. Le liquide injecté est ensuite extrait aussi complètement que possible. M. Boinet se sert pour l'opération d'un gros trocart dans la canule duquel il peut glisser une sonde de gomme élastique qui la remplit exactement et qui lui sert à la fois pour laver le kyste et pour prévenir la pénétration dans le péritoine de la teinture iodée. La guérison peut arriver après cette seule injection, mais il en faut communément plusieurs, à une ou plusieurs semaines de distance. On voit, en effet, le plus ordinairement, le liquide se reproduire tel qu'il était d'abord, d'autres fois plus ou moins modifié.

On a cité de nombreuses guérisons, mais on a échoué souvent, et quelques malades ont succombé par suite de l'opération. On dit que la mort a été la conséquence des injections dans un dixième des cas. A-t-on bien exactement compté? La mort peut être rapide par le développement d'une inflammation péritonéale; d'autres présentent des signes d'infection. Dans le seul cas où j'ai pratiqué cette opération avec l'intervention du docteur Boinet et dans les conditions les plus favorables, j'ai échoué; la femme, après avoir traîné misérablement, est allée succomber chez elle au bout de quelques mois. En 1863, j'ai assisté à une opération faite par mon ami le professeur Nélaton; je ne sais encore si le résultat a été meilleur.

La question des injections iodées est donc chose fort délicate, il ne faut point s'y décider à la légère: on peut hésiter si le kyste reste stationnaire; l'intervention est rationnelle s'il chemine rapidement.

Les chirurgiens ont eu fréquemment recours dans ces cas à l'extirpation de l'ovaire. L'ovariotomie, née en France, fut pourtant jusque dans ces derniers temps à peine pratiquée chez nous, mais elle le fut en Allemagne et plus en-