

contaminé la face inférieure du diaphragme. Dans un fait de Marchand<sup>1</sup>, les tumeurs pleurales contenaient une substance gélatineuse et des alvéoles tapissées d'épithélium cylindrique, cilié par places. Dans une observation de Terrier<sup>2</sup>, la tumeur de la plèvre diaphragmatique offrait les caractères du carcinome. En effet, ces métastases de kystes ovariens peuvent revêtir une structure histologique maligne. C'est ainsi qu'un kyste dermoïde peut devenir le point de départ d'épithélioma, susceptible lui-même de s'étendre à l'utérus, à l'épiploon, au duodénum, au foie, à la rate et au poumon<sup>3</sup>. On a très souvent noté la dégénérescence des kystes dermoïdes en néoplasmes malins, épithélioma, sarcome, carcinome<sup>4</sup>.

Metastase par infection opératoire.

B. **Métastase par infection opératoire.** — On a rapporté de nombreux cas où, peu de temps après l'ovariotomie, on a vu apparaître des masses gélatineuses dans le péritoine (*myxoma peritonei*), paraissant provenir de l'ensemencement de matière analogue contenue dans le kyste. Ces masses forment des nodules vitreux, de la dimension d'un grain de chènevis à celle d'une noisette, disséminés ou réunis en un amas qui peut égaler la grosseur de l'utérus à terme. Ils ont une couleur sucre d'orge ou grisâtre, et de délicates cloisons connectives, parcourues ou non de vaisseaux, peuvent les traverser à la manière du corps vitré. Werth a montré qu'il ne s'agissait pas de vrais myxomes et a proposé de les appeler plutôt des **pseudo-myxomes du péritoine**.

Le péritoine est-il voué à une infection inévitable par l'effusion du contenu des kystes dermoïdes? Deux observations curieuses d'Engström<sup>5</sup> montrent que la guérison peut s'effectuer, quoique la cavité abdominale ait été ainsi fortement souillée. On sait aussi que la large contamination de la séreuse par le contenu colloïde des kystes prolifères, tout en étant une mauvaise condition pour le succès opératoire, ne le rend pourtant pas impossible<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> MARCHAND. *Loc. cit.*, p. 9.

<sup>2</sup> VOIR POUFINEL. *Thèse citée*, p. 154.

<sup>3</sup> BABINSKI. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, mai 1883, p. 254.

<sup>4</sup> OLSHAUSEN. *Loc. cit.*, p. 401. — G. KRUKENBERG. *Arch. f. Gyn.*, 1887, Bd. XXX, p. 241. — POTTION. *Dissert. inaug.*, Iena, 1887.

<sup>5</sup> OTTO ENGSTRÖM. *Ist das Eindringen von Dermoidcysteninhalt in die Bauchhöhle unbedingt schädlich?* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 5, p. 68).

<sup>6</sup> H. SCHMID. *Ovarialcystenriss, Ovariologie, Heilung* (*Centr. f. Gyn.*, 1887, p. 772). — E. NEUBER. *Pseudo-myxoma peritonei*. *Inaug. dissert.*, Erlangen, 1888. — Ce mémoire est basé sur une observation de FROMMEL : kyste gélatineux avec accumulation de masses semblables dans le péritoine; ovariologie, guérison. Huit cas analogues sont rapportés avec trois guérisons.

## CHAPITRE II

### ÉTIOLOGIE, SYMPTÔMES, MARCHE ET DIAGNOSTIC DES KYSTES DE L'OVAIRE.

Étiologie. — Symptômes. Période latente. Période de tuméfaction. Période de dépérissement. Tumeur pelvienne. Maladie kystique de l'ovaire. Tumeur abdominale. Troubles de la menstruation. Stérilité. Compression de la vessie, du rectum, du diaphragme, des uretères. Affections cardiaques. Péritonites partielles. État général. Facies ovarique. — Accidents. Inflammation. Suppuration. Torsion du pédicule. Rupture du kyste. Étranglement interne. Complications pleurales. — Pronostic. Marche. Guérison spontanée. Causes de la mort. Valeur pronostique de l'ascite. Kystes papillaires malins. Dégénérescence cancéreuse des kystes glandulaires. — Diagnostic des tumeurs pelviennes avec : noyau inflammatoire périmétrique; hémato-cèle pelvienne; tumeurs des trompes; grossesse extra-utérine; rétroflexion de l'utérus gravis. Diagnostic des tumeurs kystiques devenues abdominales avec : grossesse; ascite; péritonite tuberculeuse ou cancéreuse (ponction); corps fibreux de l'utérus, hématométrie, distension vésicale; tumeurs du rein, du foie, de la rate, du mésentère, de l'épiploon; échinocoques; tumeurs de la paroi abdominale; pseudo-kystes ou tumeurs-fantômes. (Incision exploratrice.) — Diagnostic de la variété du kyste. Diagnostic des adhérences.

Étiologie. — C'est dans la période de l'activité sexuelle de la femme qu'on observe surtout les kystes de l'ovaire. Cependant, il est certain que non seulement le germe de beaucoup de ces tumeurs existe dès la période fœtale, mais encore que le néoplasme a parfois débuté, dès cette époque, et demeure à l'état latent jusqu'à l'impulsion qui lui permet de se développer. Cela ne saurait être mis en doute pour les tumeurs dermoïdes, et diverses observations tendraient à démontrer qu'il peut en être de même pour les kystes prolifères (kystes mucoïdes de Malassez, cysto-épithéliomes, kystes glandulaires et papillaires). Doran, Winckel, de Sinéty, ont vu, chez le fœtus ou l'enfant à terme, des petites cavités kystiques dont la signification et l'évolution ultérieure ne sont pas déterminées. Les kystes dermoïdes peuvent se développer, même chez l'enfant, de manière à nécessiter une opération (Rœhmer, Hamaker, Polotebnoff, Bell, etc.). D'autre part, on a vu les kystes ovariens ne se développer que dans un âge avancé, de 65 à 75 ans (Johnson, Davis, Terrier, Owen, etc.). Je reviendrai, du reste, sur ce sujet à propos des indications de l'ovariologie. (Voir p. 774.)

Étiologie.

On a noté des cas curieux de kystes dans la même famille, chez des sœurs (Simpson, Rose, Lever, Olshausen).

L'affection est assez souvent bilatérale. Sur mille ovariectomies de Spencer Wells, elle l'était quatre-vingt-deux fois (soit 8, 2 p. 100). La proportion est beaucoup plus forte pour les kystes papillaires et Olshausen l'estime à 77 pour 100, tandis que pour les kystes glandulaires considérés isolément elle ne dépasserait pas 4 pour 100.

Scanzoni a attribué une influence étiologique tout à fait hypothétique à la chlorose.

Symptômes.

**Symptômes.** — Le début n'est marqué que par des troubles vagues, qui n'ont rien de particulier et se rapportent aux formes atténuées de ce que j'ai décrit sous le nom de **syndrome utérin**. Ce sont d'abord de simples troubles réflexes, dus aux congestions et aux tiraillements des annexes. Il s'y joint plus tard des phénomènes de compression du rectum, de la vessie ou des nerfs, quand le kyste est inclus sous le péritoine et ne peut se porter librement dans la cavité abdominale. Mais ces phénomènes manquent dans la grande généralité des cas. Alors, à la période latente, ou simplement *métritique* (pseudo-mérite), succède d'emblée une période de **tuméfaction**, où le ventre prend un développement de plus en plus marqué. A ce moment aussi la santé s'altère et une dernière période de **dépérissement** précède les accidents ultérieurs qui amènent fatalement la mort, si l'art n'intervient pas à temps.

Période latente.

Période de tuméfaction.

Période de dépérissement.

Il faut distinguer deux phases dans l'évolution de la tumeur kystique et à chacune correspondent des signes physiques radicalement distincts : 1<sup>re</sup> phase : la tumeur, petite, est cachée dans le pelvis, appréciable seulement par le toucher combiné à la palpation bi-manuelle ; 2<sup>e</sup> phase : la tumeur est devenue abdominale ; on peut l'explorer facilement, à travers les parois du ventre.

Tumeur pelvienne.

1<sup>o</sup> **Tumeur pelvienne.** — Presque toujours, dès que la tumeur a acquis un volume double ou triple de celui de l'ovaire sain, son poids la fait tomber dans le cul-de-sac de Douglas : pourtant, en cas de rétroversion utérine qui lui barre le chemin, elle peut rester fixée sur les côtés, ou en avant. La palpation bi-manuelle fait reconnaître sa présence ; son siège et ses connexions affirment sa nature ovarique ; elle est le plus souvent dure, vu la petitesse et la tension de la poche, rarement élastique ou irrégulière. Pour la recherche du pédicule, la manœuvre de Hegar (abaissement de l'utérus avec des pinces combiné avec le toucher rectal ou la palpation bi-manuelle) est très utile. Quand la tumeur est franchement pédiculée, elle est très mobile et ne peut être sentie par le toucher vaginal que si on la refoule de haut en bas avec l'autre main. Quand elle est incluse dans le ligament large, elle peut paraître faire corps avec l'utérus, mais on

découvre, en examinant avec beaucoup de soin, entre cet organe et elle un léger sillon ; il ne faut pas oublier qu'en pareil cas le corps utérin est dévié, soit sur les côtés, soit en arrière, soit même en avant. Dans les kystes papillaires, la tumeur est souvent bilatérale et on peut exceptionnellement sentir à sa surface, à travers le cul-de-sac vaginal, des végétations analogues à des crêtes de coq ; il y a généralement aussi de l'ascite.

J'ai déjà indiqué, en parlant de l'anatomie pathologique, l'existence d'un type très défini de lésions kystiques de l'ovaire que j'ai proposé d'appeler **maladie kystique**. Elle est caractérisée par la multiplicité des poches, leur petit volume, qui ne permet pas à la tumeur d'acquies d'ordinaire un volume supérieur à celui du poing ou d'une tête de fœtus, enfin par leur bilatéralité très fréquente. Ces tumeurs, grâce à leurs dimensions médiocres, restent indéfiniment pelviennes ; par le toucher et la palpation bi-manuelle, on les rencontre, tantôt sur les côtés de l'utérus, tantôt en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, où peuvent les fixer des adhérences. Un de leurs signes les plus constants est la **ménorrhagie**. L. Tait<sup>1</sup> a incidemment indiqué, quoique d'une façon très nette, cette forme clinique spéciale qu'il considère comme le résultat de kystes folliculaires. Il a noté sa coïncidence fréquente avec des corps fibreux de l'utérus, mais elle existe souvent indépendamment de toute autre lésion, ainsi qu'il en cite des observations et comme j'en ai moi-même observé plusieurs exemples. Il est rare, alors, qu'on fasse le diagnostic exact, et l'on croit plus volontiers à une maladie des trompes (hydro-salpinx ou hémato-salpinx) qui est une affection plus fréquente, et qu'il est, il faut l'avouer, très difficile de distinguer.

Maladie kystique de l'ovaire.

2<sup>o</sup> **Tumeur devenue abdominale.** — La possibilité de sentir le fond de la tumeur à une certaine hauteur, au-dessus du pelvis, change complètement les caractères extérieurs. Si la femme est très grasse, ou si, étant nullipare, elle présente des parois abdominales très fermes et contracturées, l'anesthésie peut être utile pour les relâcher et faire un examen complet des connexions du kyste. Cette anesthésie sera, du reste, d'un égal secours à la première période, ou phase pelvienne, du développement de la tumeur. Par la palpation de l'abdomen, on sent une tumeur sphérique qu'on limite facilement en haut et sur les côtés, plus vaguement en bas ; des irrégularités et proéminences annoncent, ordinairement, une tumeur polykystique ; la résistance est plus élastique, moins dure, à mesure que la tumeur est plus

Tumeur abdominale.

<sup>1</sup> L. TAIT (*Diseases of the ovaries* 4<sup>e</sup> édit., 1885, p. 115) dit qu'en pareil cas, l'absence de tumeur proprement dite, par suite du petit volume des kystes, doit faire rejeter le mot d'*ovariotomie*, pour qualifier leur extirpation ; celui d'*oophorotomie* n'est pas plus approprié, et l'on est fort embarrassé pour désigner l'opération.

grosse; la fluctuation, qu'il était impossible de sentir auparavant, devient souvent très appréciable aussitôt que la malade est endormie. La percussion au niveau de la tumeur donne une matité souvent obscure: il faut percuter très légèrement, sans quoi on obtient la sonorité transmise du paquet intestinal; cette sonorité de voisinage rend même trop souvent illusoire la délimitation exacte du kyste, à l'aide du plessimètre.

Par le toucher et la palpation bi-manuelle, on sent, le plus souvent, l'utérus couché au-devant du pubis en antéversion, un peu dévié du côté opposé à celui où siège le kyste. Le col, attiré en haut, est moins facilement accessible, et parfois il est comme absorbé par le déplissement des culs-de-sac du vagin. Au cathétérisme, on peut trouver alors une elongation notable de la cavité utérine<sup>1</sup>. Plus tard, en se développant, le kyste repousse l'utérus en arrière (Peaslee). Enfin, il est des cas où l'utérus est refoulé en bas, en prolapsus: j'en ai observé un sur une malade guérie après l'ovariotomie avec fixation du pédicule dans la plaie abdominale. Dans les grands kystes du ligament large, l'utérus peut être tout à fait luxé sur le côté.

Quand le kyste a atteint des dimensions énormes, les parois abdominales sont amincies, craquelées, la ligne blanche est élargie, l'ombilic est très distendu; ce n'est que s'il existe aussi de l'ascite que l'ombilic est proéminent. Des veines dilatées rampent sur les parois abdominales, surtout dans la région des fosses iliaques, tandis que dans l'ascite symptomatique de la cirrhose elles sont surtout visibles à la région sus-ombilicale. Quand la tumeur a dépassé l'ombilic, la fluctuation est facile à sentir, au moins dans une grande portion de la tumeur; c'est surtout dans les kystes parovariens à parois minces, qu'elle est très nette. En déterminant l'étendue de sa répercussion, on peut avoir une idée du volume des poches, et, s'il y a plusieurs centres de fluctuation, affirmer que la tumeur est polykystique. Parfois, on perçoit plutôt une vibration, un ébranlement qu'une vraie fluctuation. En d'autres points, généralement vers les flancs, on trouve des masses solides, en forme de gâteau, de placenta. Ce sont des agglomérations microkystiques généralement aréolaires et colloïdes. La percussion accuse une matité irrégulièrement sphérique, convexe en haut, séparée par une zone claire de la matité hépatique, à moins de dimensions excessives de la tumeur qui amènent la confusion des deux matités. Tout autour existe encore la sonorité intestinale. Celle de l'estomac peut être diminuée, mais persiste toujours à l'épigastre et sur le bord gauche du thorax. Les changements de

<sup>1</sup> W. FARR (*Hypertrophic elongation of the uterus upward into the abdominal cavity, etc. in Amer. Journ. of Obstet.*, 1890, t. XXIII, p. 1195) a décrit un cas d'énorme elongation de l'utérus (21 centimètres) due à un volumineux kyste de l'ovaire.

position sont sans influence sur la répartition de la matité. Dans les cas extrêmes, les cartilages costaux et l'appendice xyphoïde sont déjetés; le foie, devenu horizontal, est repoussé dans la concavité du diaphragme, le cœur est soulevé, l'abdomen fait saillie dans le thorax; le ventre n'est plus cylindrique, mais proéminent en avant et se continue en pente douce avec la poitrine qui semble en être devenue une dépendance.

La pression sur les vaisseaux, aorte, artères crurales, peut amener la production de souffles vasculaires qui n'ont aucune importance.

Il est un bruit que la main perçoit mieux que l'oreille: c'est, quand on palpe avec force certaines tumeurs, un cri de neige écrasée; il serait dû, d'après Olshausen, au déplacement de matière colloïde soit d'une cavité dans l'autre, soit à la surface du kyste s'il est rompu: je crois qu'un simple frottement péritonéal donne la même sensation. et il m'est difficile de lui accorder beaucoup de valeur.

Les troubles du côté de la menstruation sont beaucoup plus rares qu'on ne pourrait le supposer *a priori*, il ne faut pas oublier que l'affection étant le plus souvent unilatérale, dans les grands kystes, l'ovaire sain suffit à assurer la régularité des règles.

La stérilité ne serait certaine que si les deux ovaires étaient pris, et on sait que les kystes de l'ovaire compliquent souvent la grossesse. Gallard<sup>1</sup>, pour préciser l'influence des kystes sur la menstruation, a analysé cent soixante-neuf observations; une fois sur cinq, il y a eu diminution ou retard; et une fois sur huit, irrégularités, douleur, ou augmentation. On a remarqué que la ménorrhagie n'est pas rare dans les cas de kystes inclus au voisinage immédiat de l'utérus. Après la ménopause, on a noté du côté de l'utérus des phénomènes congestifs, amenant la réapparition d'un écoulement sanguin plus ou moins irrégulier<sup>2</sup> qui a fait croire au retour des règles. Parfois enfin, sous l'influence des tumeurs ovariques ainsi que des tumeurs utérines, on voit se produire une modification réflexe du côté des seins qui se gonflent et dont l'aréole se pigmente comme dans la grossesse. On a vu survenir de la sécrétion lactée, même chez de très jeunes filles.

Il faut distinguer les phénomènes de compression du début de la tumeur qui ne se montrent que lorsqu'elle est enclavée dans le petit bassin (kystes inclus dans le ligament large et rétro-péritonéaux) et les troubles de compression qui se produisent à une période avancée de la maladie, quand le kyste agit par son poids et par son volume plus que par ses connexions.

La compression de la vessie amène assez souvent l'incontinence

<sup>1</sup> GALLARD. *Leçons clin. sur les maladies des ovaires*, Paris, 1886.

<sup>2</sup> F. TERRIER. *Revue de chir.*, 1884, p. 1.

Troubles de la menstruation.

Stérilité.

Compression.

Vessie.

d'urine, au début des kystes inclus dans le ligament large; d'autres fois, c'est du ténesme et de la dysurie; des douleurs très vives par compression des nerfs peuvent se montrer dans les mêmes circonstances. Le plus souvent, ce n'est que dans les dernières périodes du développement de la tumeur et quand elle distend l'abdomen que les troubles, dus à la compression, se prononcent. On peut encore alors voir apparaître des troubles vésicaux, des envies fréquentes d'uriner, par effacement de la capacité du réservoir urinaire; la constipation est la règle, par compression du rectum, et gêne des phénomènes physiologiques de l'effort; l'obstacle apporté à la dilatation normale de l'estomac et aux mouvements de l'intestin est une cause d'anorexie, de vomissements, et contribue à amener le marasme. Dans les cas où la tumeur remonte très haut, le jeu du diaphragme et même des côtes peut être gêné, d'où une dyspnée et une cyanose très pénibles. Une autre cause de dyspnée qui vient souvent se joindre à la première, et qui est parfois méconnue, est celle qui résulte de la compression des uretères et de l'urémie chronique qui en est la conséquence. On ne saurait trop insister sur l'importance capitale de cette complication, ni la trop rechercher par l'examen attentif des urines<sup>1</sup>. Les affections cardiaques qui ont été notées en pareil cas, sont peut-être sous la dépendance indirecte des altérations rénales. J'ai assez longuement insisté sur ce sujet, dans le chapitre relatif aux corps fibreux, pour être dispensé d'y revenir ici. Les varices, les hémorroïdes, l'œdème des extrémités ne méritent qu'une simple mention, ainsi que les vergetures et les éventrations.

Pour peu qu'un kyste acquière un certain volume, l'épithélium cylindrique qui lui sert de vernis protecteur se desquame par places et, dès lors, des adhérences se produisent sous l'influence des frottements. C'est surtout à la paroi antérieure, la plus directement en contact avec un plan résistant, qu'elles se forment, mais elles peuvent atteindre tous les autres organes contenus dans le ventre. Ce travail de péritonite partielle se fait sourdement, sans réaction fébrile, à moins d'être provoqué par un accident survenu du côté du kyste, torsion ou rupture, cas où tous les signes d'une inflammation plus ou moins violente peuvent se manifester.

L'état général s'altère rapidement. Deux facteurs principaux concourent à amener le dépérissement des malades; la compression des divers segments du tube digestif qui, jointe à la dyspepsie d'origine réflexe qu'on observe dans toute maladie utéro-ovarienne, empêche la réparation des pertes incessantes de l'organisme; la compression

<sup>1</sup> ALBAN DORAN. *Tumours of the ovary*, etc., Londres, 1884, p. 152. — TERRIER. *Ovariectomie; mort par péritonite; lésions des reins et albuminurie légère* (*Union méd.*, 1887, p. 224).

des uretères qui, alors même qu'elle resterait longtemps sans produire l'albuminurie, n'en trouble pas moins fortement l'europiëse, avant d'être cliniquement reconnue, et contribue à la dénutrition; toutes les autres compressions qui font souffrir la malade et la privent de sommeil, agissent dans le même sens. Les femmes deviennent alors très émaciées, mais sans que le prétendu facies ovarien, auquel certains auteurs ont voulu donner une valeur presque pathognomonique, ait, en somme, rien de très spécial.

**Accidents.** — **Inflammation. Suppuration.** L'élévation temporaire de la température et la sensibilité du ventre chez une femme atteinte de kyste de l'ovaire sont des indices d'une inflammation vive, soit autour du kyste, soit dans son intérieur; mais il n'y a que la suppuration du kyste qui donne lieu à des accès réguliers de fièvre intense, avec frissons et sueur, accompagnés de douleur locale vive. On trouvera ordinairement dans les commémoratifs la raison de ces accidents (contusion, ponction, torsion du pédicule).

**Torsion du pédicule.** — Cet accident a d'abord été signalé par Rokitansky<sup>1</sup>. De nombreux travaux ont été faits depuis sur ce point spécial. Thornton<sup>2</sup> les a récemment résumés, en y ajoutant le fruit de sa grande expérience personnelle. Sur 600 ovariectomies il a observé la torsion du pédicule 57 fois. Cet accident semble moins fréquent que du temps de Rokitansky, car il était alors de 15,8 pour 100 et n'est plus maintenant que de 9,5 pour 100<sup>3</sup>. Cela tient à ce qu'on opère maintenant les kystes beaucoup plus tôt. Comme étiologie, il faut signaler la grossesse; sur six cas de kystes compliqués de grossesse opérés par Thornton, la torsion existait cinq fois, et dans neuf cas les phénomènes aigus commencèrent après un accouchement ou un avortement. Dans quatre de ses observations, Thornton mentionne l'arrêt de la menstruation par le froid; quatre fois la ponction du kyste; huit fois, il n'existait aucune cause appréciable.

On a vu la torsion du pédicule se produire par l'effet de l'exploration d'une tumeur très mobile (Olshausen), par le changement de position dû à l'évacuation du kyste. Tout ce qui accroît la mobilité de la tumeur, ascite, longueur et gracilité du pédicule, est une cause prédisposante<sup>4</sup>. Les kystes dermoïdes y sont spécialement sujets, pour peu qu'ils soient mobiles, à cause de leur poids considérable.

<sup>1</sup> ROKITANSKY. *Ueber die Strangulation von Ovarial-Tumoren durch Achsendrehung* (*Zeitschr. der k. k. Gesellsch. der Aerzte*, Vienne, 1865.)

<sup>2</sup> J. KNOWSLEY THORNTON. *Rotation of ovarian tumours, its etiology, pathology, diagnosis and treatment* (*Amer. Journ. of the med. sciences*, oct. 1888, p. 557).

<sup>3</sup> O. TERRILLON (*De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*, in *Revue de chir.*, 1887, p. 245) indique le chiffre de 6 pour 100; et Olshausen, celui de 6,5 pour 100. — O. KÜSTNER (*Centr. f. Gyn.*, 1891, n° 11, p. 210) paraît avoir exceptionnellement observé une série de 11 torsions du pédicule sur 55 cas.

<sup>4</sup> J'ai même observé un cas où toutes les lésions et les accidents occasionnés par tor-

Facies ovarien.

Accidents.

Inflammation.

Suppuration.

Torsion du pédicule.

Lawson Tait a vu plus souvent la torsion à droite, Olshausen à gauche. Veit, Röhrig et Thornton l'ont vue des deux côtés.

Si cette torsion se fait lentement, il peut en résulter une diminution progressive de la tumeur, et c'est plutôt un événement favorable qu'un accident. Mais si elle a lieu d'une façon brusque, une douleur vive, des signes de réaction péritonéale se produisent aussitôt, et sont bientôt suivis par une péritonite d'intensité variable. Celle-ci peut être rapidement mortelle, ou bien elle revêt le caractère d'hydropisie; du météorisme et une ascite aiguë se manifestent. On a vu ces accidents se dissiper en quelques jours, et Olshausen ne doute pas qu'il y ait des torsions du pédicule temporaires : il en a observé deux exemples qui lui paraissent certains. Enfin les accidents fébriles peuvent continuer par suite de la résorption des matériaux de mortification lente de la tumeur (*intoxication* plutôt qu'*infection*) et la malade meurt dans le marasme et la cachexie<sup>1</sup>. La rupture du kyste coïncide souvent avec la torsion du pédicule; celle-ci se complique parfois d'hémorragies intérieures considérables, le sang artériel continuant à affluer, tandis que les veines ont leur calibre effacé par la torsion. Ces hémorragies viennent ajouter une anémie aiguë à l'état déjà grave de la malade. Des signes de péritonite autour de la poche se montrent bientôt après, et la formation d'adhérences étendues est un des effets les plus constants de la torsion.

Rupture du  
kyste.

**Rupture du kyste.** — La rupture des petits kystes dus à l'hydropisie folliculaire paraît être un fait assez fréquent et sans grande conséquence; elle peut se faire par déhiscence spontanée<sup>2</sup>.

Quant aux grandes poches kystiques, leur rupture est peut-être causée, soit par un traumatisme, un coup sur le ventre, une chute, un effort de vomissement<sup>3</sup>, soit par un travail antérieur d'usure de la paroi ou de dégénérescence graisseuse causée par la thrombose. Ce

sion progressive du pédicule, avaient été produits par sa seule élongation exagérée, ayant succédé à une grossesse pendant laquelle le kyste avait contracté des adhérences à la partie supérieure de l'abdomen. S. Pozzi. *Remarques clin. et opérat. sur trente laparotomies* (*Annal. de Gyn.*, avril 1890, t. XXXIII, p. 252 et suiv.).

<sup>1</sup> OLSHAUSEN. *Loc. cit.*, p. 109. — TERRILLON. *Revue de chir.*, nov. 1886, p. 950. — On a noté la parotidite au nombre des accidents infectieux que peut provoquer la torsion du pédicule.

<sup>2</sup> Toutefois si ces kystes ont été le siège d'une hémorragie, leur rupture peut provoquer un épanchement sanguin plus ou moins grave dans le péritoine. C'est peut-être là l'origine de certaines hématoécèles pelviennes. E. BÖCKEL. *Des kystes ménorrhagiques de l'ovaire* (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1861, p. 79). — F. ROLLIN. *Des hémorragies de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1889, p. 25.

<sup>3</sup> SÄNGER (*Soc. gynéc. de Leipzig*, in *Centr. f. Gyn.*, 1887, n° 9, p. 147) a vu un kyste ovarique se rompre spontanément sous l'influence des efforts de vomissement, durant l'anesthésie, sur la table d'opération, avant l'incision abdominale. Si le diagnostic n'eût été soigneusement établi d'avance, la disparition de la tumeur eût pu faire croire à une erreur clinique. — Mon frère, ADRIEN POZZI, a été témoin d'un fait semblable, en 1885, dans le service de TRÉLAT, où il était interne.

sont des kystes gélatineux qui présentent le plus fréquemment cet accident; la torsion du pédicule la précède souvent. L'érosion de la poche par des végétations papillaires peut encore être une cause suffisante.

La perforation peut se faire dans la cavité péritonéale, ou dans un organe voisin. Le premier cas est le plus fréquent : la résorption du liquide peut avoir lieu, sans grande réaction, si ce liquide n'est pas trop irritant, comme dans les kystes séreux<sup>4</sup>. Sur 127 cas recueillis par Nepveu, il y aurait eu 45 guérisons prolongées, 21 disparitions temporaires et 63 morts<sup>5</sup>. La mort peut être si rapide qu'elle semble due à une véritable intoxication par résorption des liquides morbides; ou bien elle est précédée des symptômes de péritonite aiguë<sup>5</sup>.

La disparition brusque de la tumeur, le changement de forme du ventre, la présence d'une collection libre dans sa cavité, que la main doit déplacer pour arriver sur le restant du kyste, tels sont les signes pathognomoniques de l'accident, qu'annoncent, du reste, parfois à la malade une sensation particulière de défaillance et souvent une vive douleur. Si la malade survit, elle pourra présenter plus tard les signes d'une métastase péritonéale avec ascite. Rarement la rupture se fait d'une façon latente, et est annoncée par des symptômes qui attirent l'attention<sup>4</sup>.

L'épanchement peut, du reste, être séquestré par des fausses membranes et former de nouveau une loge kystique intra-péritonéale.

Une diurèse et une diaphorèse abondantes ont été signalées dans les cas de rupture intra-péritonéale de kystes ovariques; on a vu aussi l'anasarque. Küstner a attiré l'attention sur un signe curieux, la peptonurie<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> LANELONGUE, de Bordeaux (*Leçons de clin. chir.*, 1888, p. 565 et suiv.), en a cité un bel exemple.

<sup>5</sup> G. NEPVEU. *Annal. de Gyn.*, juill. 1875, t. IV, p. 14. — Consulter sur ce sujet ARONSON. (*Dissert. inaug.*, Zurich, 1882), qui a réuni 255 cas. — J. HEITZMANN. *Ueber Ruptur der Ovarialcysten* (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1889, p. 45 et 56). — S. ROSINSKI. *Dissert. inaug.*, Breslau, 1891.

<sup>5</sup> On peut, en pareil cas, sauver les malades par une intervention rapide, comme le prouvent quelques observations : R. MORISON. *Multilocular ovarian cyst, ruptured into the peritoneum; operation; recovery* (*Edinb. med. Journ.*, 1888, t. XXXIV, p. 45).

<sup>4</sup> EMMET (*New-York med. Journ.* 1884, t. I, p. 649) en a cité un remarquable exemple devant la Société obstétricale de New-York. — ROKITANSKY (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1886, n° 28) rapporte un cas bien fait pour montrer la tolérance extrême du péritoine dans certaines ruptures. Il s'agissait d'une femme ayant déjà subi 21 ponctions pour un kyste ovarique, qui tomba et vit sa tumeur s'affaïsser. Il se produisit à la suite une ascite, mais sans aucune réaction fébrile; on lui fit encore 24 ponctions, puis la laparotomie qui permit de retirer une masse ratatinée, de la grosseur du poing; c'était tout ce qui restait de l'ancien kyste.

<sup>5</sup> KÜSTNER. *Peptonurie bei geborstener Ovarialcyste* (*Centr. f. Gyn.*, 1884, n° 47, p. 745).