

**Contribution à l'étude de la rupture spontanée des kystes de l'ovaire :
thèse présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de médecine
de Montpellier le 3 avril 1908 / par U.-P. Perruche.**

Contributors

Perruche, U.P., 1884-
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Montpellier : Impr. Gust. Firmin, Montane et Sicardi, 1908.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/gsfasb4e>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).

**wellcome
collection**

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 51

DE LA

RUPTURE SPONTANÉE DES KYSTES

DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Avril 1908

PAR

U.-P. PERRUCHÉ

Né à Saint-Etienne (Loire), le 18 novembre 1884



Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUST. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*)
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*).
Clinique ophthalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne.	DU CAMP.
Anatomie.	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.
Médecine opératoire.	SOUBEIRAN, agrégé

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEIRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. TÉDENAT (*), <i>président</i> .	MM. SOUBEIRAN, <i>agrégé</i> .
GILIS, <i>professeur</i> .	RICHE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

Hommage de ma reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

U.-P. PERRUCHE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

U.-P. PERRUCHE.

INTRODUCTION

Notre travail se propose de faire un résumé de la question en l'état où nous l'ont laissée nos devanciers, de mettre jour la bibliographie et d'apporter quelques cas nouveaux. Il nous paraît utile tout d'abord de donner les limites des actes de notre sujet.

Sous le nom de rupture spontanée des kystes de l'ovaire nous étudierons « toutes les solutions de continuité siégeant à un point quelconque de la paroi de ces néoplasmes qui ne sont pas dues à un traumatisme accidentel externe interne ou à un traumatisme chirurgical, mais bien à une dégénérescence préalable ou à un amincissement extrême des enveloppes kystiques. » Mais il est des cas mixtes répondant à un traumatisme léger externe tel qu'un palper abdominal interne, tel que des efforts de toux, des efforts pendant le travail chez une accouchée, où, si le traumatisme intervient, semble être insuffisant pour produire la rupture s'il n'y a pas eu préalablement des modifications de la paroi du kyste. Nous croyons donc que l'on peut ranger ces cas dans la catégorie de rupture spontanée ; l'altération des enveloppes kystiques est la véritable cause ; le traumatisme, léger, n'a fait que hâter l'accident.

Avant d'aborder l'exposé de notre travail, qu'il nous soit permis d'assurer de notre respectueuse gratitude M. le pro-

fesseur Tédénat qui, après avoir bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse, nous fait l'honneur d'en accepter la présidence.

Qu'il nous soit permis également d'adresser nos remerciements à son chef de clinique, M. le docteur Martin.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RUPTURE SPONTANÉE DES KYSTES DE L'OVAIRE

ETIOLOGIE

L'âge ne paraît pas avoir par lui-même beaucoup d'influence sur la rupture des kystes de l'ovaire. Toutefois, c'est dans la période d'activité sexuelle que les kystes et les ruptures de kystes s'observent avec le plus de fréquence.

Le volume de la tumeur ne prédispose pas non plus spécialement à la rupture. La déhiscence spontanée s'observe même plus souvent sur les petits kystes dus à l'hydropisie folliculaire. Mais, par contre, dans presque tous les cas de déhiscence kystique spontanée, on a constaté un léger traumatisme interne ou externe qui est venu hâter la rupture. Parmi les traumatismes externes, on relève les frictions sur l'abdomen, le massage, le lavage et le brossage des parois abdominales, le palper abdominal, une chute. Parmi les traumatismes internes, nous relevons les vomissements, l'action de se baisser, le rire, la

toux, l'éternuement, le coït, la danse. Le mécanisme du traumatisme s'explique aisément : le diaphragme contracté refoule en bas les parois kystiques ; les parois abdominales contractées les refoulent en arrière et le kyste ainsi comprimé éclate en son point faible.

Toutefois, la cause fondamentale de la rupture semble devoir être cherchée dans l'altération des parois du kyste. Ces altérations peuvent être rangées en deux grandes classes :

Altérations de nature inflammatoire ;

— Altérations dues à un processus de dégénérescence.

ALTÉRATIONS DE NATURE INFLAMMATOIRE. — Nombreuses peuvent être les causes d'inflammation kystique. En premier lieu, nous relevons la torsion du pédicule. Une ponction, un traumatisme, une appendicite, une salpingite adhérente au kyste, la puerpéralité, des maladies infectieuses telles que la grippe, la fièvre typhoïde peuvent amener une suppuration du contenu kystique. Les parois peuvent alors se sphacéler (torsions du pédicule) ; en tous cas, elles se ramollissent, la suppuration augmente le contenu du kyste et cette augmentation étant assez brusque, les trois couches qui forment l'enveloppe kystique surdistendue se fusionneront en une seule qui finira par céder. L'augmentation brusque de la pression peut être due aussi à une hémorragie intrakystique dont il faut chercher l'origine dans un traumatisme tel qu'une ponction ou parfois dans une variété curieuse de kystes : les kystes ménorrhagiques avec hémorragie périodique au moment des règles.

ALTÉRATIONS DUES A UN PROCESSUS DE DÉGÉNÉRESCENCE.

— La dégénérescence peut être :

1° *Néoplasique*, auquel cas, tantôt la prolifération trop abondante dans l'intérieur du kyste fait éclater les parois ou bien des végétations prolifèrent extérieurement perforant la paroi ;

2° *Gangréneuse* : Toutes les causes qui compromettent la vitalité du kyste peuvent produire le sphacèle de ses parois ; citons la torsion du pédicule kystique avec arrêt de l'apport sanguin ;

3° *Athéromateuse, graisseuse, calcaire*. — On trouve sur les parois du kyste des plaques jaune-brun de dégénérescence graisseuse, des plaques blanchâtres d'athérome. La dégénérescence calcaire, la plus avancée, résulte de la transformation des dépôts lardacés.

Nous ne pouvons terminer ce chapitre d'étiologie sans citer la grande cause de rupture des kystes de l'ovaire et qu'est la grossesse.

Pendant la grossesse, la rupture se produit souvent au troisième, quatrième, cinquième mois ; l'utérus augmente de volume, comprime le kyste qui éclate à son point faible.

Au moment du travail, les efforts de la femme provoquent ce traumatisme interne physiologique : l'effort, et le kyste peut se rompre pour peu que ses parois soient altérées en un point.

Pendant les suites de couches enfin, lorsqu'il y a infection, celle-ci peut se propager au kyste qui devient suppuré à même dès lors de se rompre.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Nous étudierons successivement :

- 1° Le kyste lui-même avec sa perforation ;
- 2° Le liquide épanché ;
- 3° L'état de la cavité péritonéale et les parties voisines modifiées en cas de rupture extra-péritonéale.

Etat du kyste rompu. — On peut avoir affaire à des kystes prolifères glandulaires ou papillaires (uniloculaires, multiloculaires, aréolaires), à des kystes dermoïdes, à des kystes parovariens. Les kystes rupturés sont par ordre de fréquence : les kystes multiloculaires, les kystes dermoïdes, enfin les kystes uniloculaires.

Les parois du kyste peuvent présenter des plaques de sphacèle, d'athérome, de dégénérescence graisseuse ; elles peuvent être amincies, fusionnées en une seule. On trouve des lésions d'hémorragie interstitielle, des productions papillaires sur la face externe. La déchirure peut s'observer en un point quelconque de la paroi, le plus souvent en arrière et en haut ; parfois elle est à peine visible ; en général, elle est unique, on l'observe linéaire, étoilée.

Le liquide épanché. — Le liquide épanché est en quantité variable allant de 50 gr. à plusieurs kilogr. Le liquide peut être jaune citrin ressemblant au liquide ascitique ; toutefois, le chiffre des matériaux fixes y est plus élevé.

Nous trouvons également le liquide épanché gélatineux, visqueux, hémorragique, enfin, parfois, franchement purulent. Dans ce dernier cas on a décelé la présence de microbes variés : staphylocoque, streptocoque, bacterium coli, bacille d'Eberth...

Une question intéressante est, en l'absence de suppuration, de savoir quelle est la toxicité du liquide épanché. Elle est parfois nulle ou à peu près comparable à celle du sérum artificiel ; d'autres fois il n'en est pas ainsi. Le liquide le plus toxique semble être celui des kystes prolifères de l'ovaire ; la toxicité du liquide des kystes du parovaire est à peu près nulle.

Etat de la cavité péritonéale et des parties voisines. — Si la rupture est intra-péritonéale pour un liquide épanché aseptique, nous n'avons aucune lésion. Le liquide est-il septique, nous observons un péritoine injecté, épaissi, granuleux, rouge, des fausses membranes. D'autres fois la rupture étant plus ancienne, des adhérences ont eu le temps de se former.

Il arrive d'observer un véritable ensemencement de la cavité péritonéale par les éléments du kyste. Si la rupture est extra-péritonéale, lorsque le kyste enflammé était adhérent au préalable, on observe son évacuation dans une cavité viscérale voisine.

M. Duffener (Thèse de Nancy; 1892) a réuni 142 cas de rupture extra-péritonéale qui se répartissent de la façon suivante :

Rupture dans les voies digestives	51 cas
— à l'extérieur	34
— dans les voies génitales	33
— dans la vessie	16
— ouverture double	8

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de la rupture spontanée kystique est très variable. Parfois on trouve les prodromes se traduisant par des douleurs plus ou moins vives, des nausées, des vomissements, des poussées fébriles, des symptômes prémonitoires de la rupture qui accompagnent l'altération des parois kystiques.

Quant à la rupture, elle est parfois brusque avec inondation péritonéale et mort subite; parfois elle est insidieuse, à répétition, passe inaperçue.

L'on conçoit qu'entre ces deux modes de rupture il y ait bien des cas intermédiaires.

En tous cas, une grande division s'impose, motivée par la symptomatologie bien différente entre les ruptures intra et extra-péritonéales.

RUPTURES INTRA-PÉRITONÉALES. — Nous en avons deux grandes formes, la rupture à forme d'inondation péritonéale, la rupture à forme d'ascite à répétition.

1^o *Rupture à forme d'inondation péritonéale.* — On se trouve en présence d'un gros kyste uniloculaire ou pauciloculaire. La rupture se fait brusquement. Comme symptômes immédiats nous avons une douleur vive avec perte

de connaissance. Les douleurs se généralisent à l'abdomen.

L'inspection montre que le ventre n'est plus globuleux, il est aplati.

A la palpation, on ne sent plus de kyste, on trouve tous les signes d'une ascite avec sensation de flot.

La percussion révèle la présence du liquide avec matité à l'hypogastre et les flancs, les intestins, occupent le pourtour de l'ombilic. Si l'on imprime des changements de position, le liquide se déplace.

Il ne faut pas négliger de combiner le toucher vaginal, rectal si l'on a affaire à une vierge, au palper abdominal ; il nous permet souvent de nous rendre compte de la disparition définitive ou non de la tumeur, de sentir la fluctuation.

La mort peut survenir en syncope. D'autres fois, le malade échappe à cet accident immédiat et les symptômes se modifient. Dans le cas où le liquide épanché est aseptique, il y a légère réaction péritonéale, presque toujours un peu de T., la douleur persiste, la malade est forcée de rester couchée. Toutefois si l'on n'intervenait pas par la laparotomie, le liquide finirait par se résorber.

Le cas change dans le cas de liquide septique épanché dans le péritoine ; on a alors le tableau d'une péritonite généralisée à marche rapide et fatale ; parfois des membranes se forment qui cloisonnent l'épanchement purulent donnant une péritonite purulente localisée.

2° *Rupture à forme d'ascite à répétition.* — On se trouve en présence de tumeurs polykystiques, multiloculaires, aréolaires. Nous n'avons plus ici le tableau clinique dramatique de tout à l'heure. Le kyste se rompt insidieusement à intervalles plus ou moins réguliers. La malade

vient consulter se croyant enceinte; par le fait, il y a souvent arrêt des règles; on constate un kyste de l'ovaire; puis à l'occasion d'une secousse de voiture par exemple, la tumeur s'affaisse sans grande douleur et l'on ne se trouve plus qu'en présence de symptômes ascitiques. Le kyste peut d'ailleurs se reformer et s'affaisser à intervalles et une ascite s'établit constante. Les ruptures successives et partielles de kystes multiloculaires s'accompagnent en même temps que d'ascite, de débâcles urinaires, intestinales, avec diarrhées profuses; on a observé de la salivation, de l'anasarque.

RUPTURE EXTRA-PÉRITONÉALE. — Si la rupture est suivie d'évacuation dans une cavité viscérale, des douleurs la précèdent dues aux adhérences et aux ulcérations des parois contiguës.

Lorsque la rupture se produit, des douleurs poignantes éclatent. Le symptôme capital d'une rupture kystique extra-péritonéale est la constatation d'un écoulement coïncidant avec l'affaissement kystique.

L'évacuation dans les voies digestives se traduit par des vomissements, une diarrhée intense, véritable débâcle.

Lorsque le kyste s'ouvre à l'extérieur, l'ouverture siège de préférence à l'ombilic, point faible de la paroi abdominale.

L'ouverture dans les voies génitales se fait presque toujours dans le vagin, parfois par la trompe; l'examen au spéculum fait alors constater l'issue du liquide par l'orifice du col utérin.

L'ouverture dans la vessie s'accompagne de vives douleurs dans la région vésicale, d'un besoin pressant d'uriner avec souvent ténesme vésical.

DIAGNOSTIC ET COMPLICATIONS

Le diagnostic de la rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire se fait dans le cas de rupture extra-péritonéale et dans celui de rupture intra-péritonéale. Dans les deux cas, le diagnostic présente des conditions différentes, dans les deux cas il est facilité par la connaissance préalable de la présence du kyste.

La rupture est extra-péritonéale. — C'est dans ce cas que le diagnostic est ordinairement le plus facile. On sait la femme atteinte d'un kyste ovarique, en même temps que la tumeur abdominale diminue, s'affaisse, il y a un écoulement anormal de liquide, soit par la paroi, soit par un organe.

Mais il est des cas où un malade se présente sans tumeur nette, il existe depuis longtemps un trajet fistuleux établissant la communication avec les organes. Le diagnostic devient alors difficile.

Le liquide évacué peut être un liquide de kyste dermoïde avec des cheveux, des débris de membranes dermoïdes..., mais le liquide peut être séreux, purulent et alors il faudra faire le diagnostic d'avec toutes les suppurations pelviennes : pyosalpinx, abcès pelvien, phlegmon du ligament large, ovarite suppurée. Les commémoratifs : état puerpéral, etc. ; éclairent le diagnostic.

Dans le cas d'ouverture du kyste dans le vagin, il faudra surtout éliminer les fistules urinaires et les fistules recto-vaginales.

Dans le cas d'ouverture du kyste dans la trompe, il faudra surtout faire le diagnostic d'avec les salpingites profluentes à écoulement subit, séreux, hématique ou purulent.

Dans le cas d'ouverture dans la vessie, si l'on ne possède pas la notion de kyste préexistant, le cas devient difficile à moins que l'on ait affaire à une évacuation de kyste dermoïde. Il faut faire alors le diagnostic avec tous les abcès du petit bassin.

La rupture est intra-péritonéale. — Il faut faire le diagnostic dans deux cas différents :

On peut se trouver en présence d'un gros kyste qui se rompt avec inondations péritonéales et accidents péritonitiques.

On peut se trouver en présence de petites poches kystiques qui se rompent insidieusement pour donner lieu à des symptômes d'ascite.

A. Dans le premier cas, il faut faire le diagnostic d'avec les autres accidents du kyste et d'avec les autres tumeurs abdominales.

La torsion du pédicule des kystes de l'ovaire a comme symptômes communs avec la rupture de la douleur, des vomissements, du choc, de la péritonite. Mais dans la torsion, la tumeur ne s'affaisse pas comme dans la rupture, elle se tend au contraire.

L'apoplexie ovarienne a quelques symptômes communs avec la rupture : douleur, ballonnement du ventre, vomissements, pouls petit et rapide.

La grossesse extra-utérine rompue (hématocèle à forme

péritonitique) peut simuler la rupture à forme d'inondation péritonéale, mais les signes de la grossesse ont précédé avec plus de netteté dans la grossesse extra-utérine. On voit des caillots de sang rouges, puis noirâtres, s'écouler par le col utérin qui est ouvert, ramolli, laissant sentir un utérus gros, les phénomènes utérins dominent la scène, le toucher est la clef du diagnostic. Une salpingite purulente kystique rompue, donne en général une mort foudroyante, mais le passé annexiel douloureux de la femme fait le diagnostic.

Enfin, il peut s'agir de fibromes pédiculés tordus, de la torsion des salpingites, de la torsion brusque du pédicule de la rate mobile, d'une torsion épiploïque intra-abdominale, d'une appendicite avec perforation, d'une perforation de l'ulcus stomacal ou duodénal. On n'oubliera pas la grande simulatrice : l'hystérie.

B. Si les accidents consécutifs à la rupture de kystes petits ou moyens rappellent l'ascite, nous aurons à faire le diagnostic, très délicat d'ailleurs, d'avec :

L'hydronéphrose intermittente, qui peut simuler avec ses douleurs et l'accroissement de la tumeur en quelques jours, ses sensations de soulagement et ses débâcles urinaires se répétant à intervalles plus ou moins éloignés.

On pourra faire parfois le diagnostic d'avec une péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

Enfin, on peut être amené à faire le diagnostic d'avec toutes les ascites.

Nous ne pouvons terminer ce chapitre sans parler du cyto-diagnostic de Widal et Ravaut. On conçoit l'intérêt que pourra, même au point de vue diagnostic, dans les ruptures à forme ascitique, présenter l'examen des éléments cellulaires en suspension dans le liquide épanché.

PRONOSTIC

Le pronostic est très variable.

Pronostic immédiat. — La rupture peut passer inaperçue. Elle peut même avoir comme résultat la guérison définitive du néoplasme.

Cela se voit surtout pour les kystes parovariens. La rupture des kystes dermoïdes est presque toujours mortelle par péritonite consécutive.

Dans le cas de kyste purulent, à moins d'adhérences préalables, la péritonite consécutive est à redouter comme étant d'un pronostic en général funeste.

Quant aux kystes ménorragiques rompus, la mort peut survenir soit par hémorragie interne, soit par péritonite.

Pronostic éloigné. — Nous observons des adhérences dues à la poussée péritonitique déterminée en général par la rupture du kyste ; d'où par la suite possibilité d'étranglement interne.

De plus, une première rupture prédispose à des ruptures répétées dont l'une peut finir par devenir mortelle, soit que le liquide de la poche épanchée soit particulièrement toxique, soit que le kyste soit devenu purulent entre deux ruptures.

Cette récurrence n'est pas à craindre avec les kystes paro-

variens qui ne se reproduisent plus après une première rupture.

Il faut signaler un accident éloigné : la généralisation ; l'ensemencement du péritoine par ces végétations intra ou extra-kystiques, par le mucus myxomateux des kystes colloïdes, parfois par un kyste dermoïde.

Enfin, dans le cas où la rupture s'effectue dans un organe voisin, nous trouvons une cavité suppurant continuellement avec tous les inconvénients d'une fistule permanente.

La rupture dans l'intestin est très grave ; elle est suivie d'entérite, de rectite. La rupture dans la vessie est presque d'un pronostic mortel ; la cystite, la pyélonéphrite, la rétention d'urine peuvent encore assombrir le tableau.

Il nous faut enfin signaler l'aggravation que subit le pronostic par le fait de l'état puerpéral.

TRAITEMENT

Actuellement l'accord est fait sur ce point : la laparotomie est le seul traitement des kystes de l'ovaire. Dans le cas de kyste compliqué de rupture, quel est le traitement ? Il faut distinguer plusieurs cas.

A la suite d'une rupture la poche a disparu, la malade ne présente pas d'accidents, l'ascite se résorbe, on peut avoir guérison spontanée. On se contentera de surveiller la malade ; si le kyste se reproduisait, la laparotomie serait indiquée avec ovariectomie portant sur l'ovaire malade.

On se trouve en présence de la rupture intra-péritonéale à forme d'inondation avec apparitions rapides de phénomènes péritonitiques ; l'intervention d'urgence est indiquée, la laparotomie doit être faite immédiatement. On extraira la poche kystique. On liera le pédicule avec de la soie plate et on le cautérisera au thermo-cautère ; puis on procédera à une toilette très soignée de la cavité péritonéale. Si le liquide épanché paraît suspect on n'hésitera pas à pratiquer le drainage sus-pubien : deux drains de caoutchouc accolés placés dans l'angle supérieur de la plaie et plongeant dans le cul-de-sac de Douglas.

Dans le cas d'ouverture du kyste dans les organes du

voisinage, le but que devra se proposer le chirurgien est encore l'ablation totale du kyste, l'ovariotomie pratiquée le plus tôt possible après la rupture. Elle sera suivie de la suture de l'orifice de communication du kyste. Mais ceci n'est qu'une règle de conduite générale; dans bien des cas des adhérences très développées, des lésions trop anciennes forceront à se contenter d'une ablation partielle du kyste avec suture de ce qui reste à la paroi abdominale; bref, la variété des cas pourra imposer des lignes de conduite différentes dans lesquelles il nous est impossible d'entrer.

Enfin, il reste à poser le traitement pendant la grossesse? Si la rupture se produit pendant la grossesse, il faut intervenir et pratiquer l'ovariotomie le plus tôt possible. On aura soin de faire une suture très soignée de la paroi.

Si la rupture se produit pendant le travail, voici ce que dit Pozzi à cet égard: « Je n'hésiterais pas à faire la laparotomie pour reconnaître si l'ablation du kyste est possible; l'ovariotomie lèverait alors l'obstacle et l'accouchement n'aurait plus de difficultés à se faire.

» Dans le cas contraire, l'opération césarienne ou celle de Porro ne me paraissent pas plus graves pour la mère que les violences aveugles et excessives exercées par les voies naturelles et l'on a en outre l'avantage de sauver l'enfant.» (Traité de Gynécologie, p. 871.)

Si la rupture survient pendant les suites de couches, l'ovariotomie, quoique très grave, est encore indiquée.

En tous cas, l'ovariotomie, qui est en somme le traitement de choix dans presque tous les cas, ne trouble, si elle est uni-latérale, ni la menstruation ni la conception.

OBSERVATION PREMIÈRE

(Dr Moulonguet, *Echo médical du Nord*, n° 23, 20 juin 1897, p. 272.)

Rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire droit chez une femme enceinte.

Végétations intra-kystiques. — Ascite. — Ovariectomie. — Guérison.

Une femme de 29 ans, Berthe S..., m'est adressée par le docteur Chevalier. Cette femme, qui a les apparences d'une bonne santé, a un enfant de 3 ans et demi bien portant.

Elle se plaint, depuis une quinzaine de mois, de pesanteur dans la fosse iliaque droite, qui devient douloureuse au palper, pendant la marche et au moment des rapports sexuels. Elle dit percevoir elle-même dans son côté, depuis quelque temps, une grosseur qui augmente de volume.

Ces phénomènes attirèrent bien son attention, mais elle n'eut vraiment d'inquiétude sérieuse qu'au mois de mars, lorsqu'elle s'aperçut de la disparition de ses règles.

Elle vint me consulter dans les premiers jours du mois de mai. Le volume de l'utérus, le ramollissement du col, l'aspect violacé de la muqueuse vulvaire, les modifications des seins me firent reconnaître sa grossesse. Mais à côté de l'utérus, accolé à lui, quoique pouvant s'en distinguer, je sentais, par le palper et le toucher, une masse de consistance souple, immobile, paraissant enclavée dans le petit bassin et débordant dans la fosse iliaque droite.

C'était la tumeur que la malade connaissait et percevait en appliquant la main. Je diagnostiquai : kyste de l'ovaire chez une femme enceinte, et proposai l'intervention.

Elle entra dans mon service le 11 mai, nous déclarant

que, depuis la veille, sans qu'elle eût éprouvé de douleur, sans qu'il fût survenu rien d'anormal, son ventre avait diminué de volume et qu'elle ne sentait plus sa tumeur.

En effet, s'il était toujours facile de reconnaître son utérus gravide, la masse qui lui était accolée s'était bien modifiée et n'était plus représentée que par une petite tumeur mobile qu'on déplaçait par le toucher combiné au palper et qui avait le volume d'une mandarine.

J'ai opéré cette malade le 14 mai, sur le plan incliné.

L'utérus gravide s'est présenté de suite avec ses gros faisceaux de fibres musculaires hypertrophiés. Ma main, introduite dans la fosse iliaque droite, a ramené sans aucune difficulté le kyste de l'ovaire perforé. Cette perforation était angulaire, avait 1 centimètre d'étendue. Sa forme angulaire était probablement due à la rétraction des parois. Ses bords étaient amincis, noirâtres, ecchymotiques. Elle laissait échapper encore quelques gouttes de liquide kystique, clair, séreux. Ce kyste, à parois épaisses, avait sa face interne uniformément tapissée de végétations papillaires rouges, pressées, tassées les unes contre les autres, lui donnant un aspect grenu. Il était développé sur le bord externe de l'ovaire droit, semblant lui former une sorte de prolongement, de diverticule, alors que le reste de l'organe paraissait normal.

La perforation était sans doute due à une érosion produite par une des végétations papillaires. En tout cas, dans aucun des deux faits, il n'est permis d'invoquer ni le traumatisme ni la torsion du pédicule.

Après m'être assuré que les annexes du côté gauche étaient saines, j'ai enlevé, en même temps que le kyste, l'ovaire et la trompe droites, considérant que la continuité du kyste avec l'ovaire pouvait faire concevoir des doutes sur l'intégrité apparente de cet organe. On conçoit facile-

ment que j'aie ensuite porté tous mes soins dans la suture des parois de cet abdomen qui va être distendu par la grossesse en cours. J'ai fendu la gaine des muscles droits pour les isoler. Un premier plan de sutures continues au catgut a réuni le péritoine; son fascia et la paroi profonde de la gaine des muscles droits ont été directement juxtaposés par des sutures au catgut très rapprochées. Audessus d'eux, j'ai refermé par un plan de sutures la paroi antérieure de la gaine des droits. Enfin, des crins de Florence profonds et superficiels ont réuni le tissu cellulaire et la peau.

Les suites ont été normales. L'évolution de la grossesse ne paraît avoir été troublée en rien par cette intervention. Il n'y a eu ni coliques ni douleurs lombaires. La suture abdominale est bien solide, et la malade a quitté l'hôpital le 7 juin.

OBSERVATION II

(Dr Fossard, thèse de Paris, 1^{er} juin 1901)

Kyste de l'ovaire droit rompu. — Ruptures spontanées et répétées du kyste.

M^{me} A. E..., épicière, âgée de 46 ans, des environs de Poitiers, est une femme de bonne constitution, se portant habituellement très bien. Mariée à 16 ans, elle a eu deux grossesses normales à 18 et 20 ans. A 40 ans, troisième grossesse; l'enfant naît à terme mais meurt un mois après l'accouchement.

Il y a deux ans, cette femme constate que son ventre a un peu augmenté de volume à l'occasion d'une poussée d'ictère catarrhal qu'elle fit à cette époque. Elle ne con-

sulte personne, et son ictere était presque complètement disparu lorsqu'elle tomba à terre accidentellement de la hauteur d'un meuble. Elle ressent une sensation violente de déchirure dans la fosse iliaque droite, se trouve mal, revient peu à peu à elle. Au bout de deux jours, elle ne ressentait plus rien de son accident.

Ce n'est qu'au mois de janvier 1900 que la malade, s'observant minutieusement, constate que son ventre augmente réellement de volume. Ne souffrant aucunement, elle ne s'inquiète pas et continue de vaquer à ses occupations. Peu à peu le ventre se développe uniformément dans tout son ensemble, devient plus lourd, plus sensible.

Au mois de mars 1900, cette femme voyageant dans une voiture mal suspendue, ressent tout à coup une douleur violente dans le côté droit du ventre, accompagnée d'une sensation bizarre. Il lui semble que son ventre a diminué de volume.

Elle rentre chez elle et dans la nuit qui suit l'accident elle remarque qu'elle urine beaucoup plus que de coutume.

Cette polyurie s'accroît le lendemain et se continue pendant trois ou quatre jours.

Cette femme commença alors à souffrir du ventre; ce ne sont pas des douleurs continues, ce sont des poussées douloureuses qui se répètent à des intervalles plus ou moins éloignés et qui siègent dans tout le ventre, surtout à droite.

Peu à peu l'abdomen a acquis le volume qu'il présentait lors de l'accident de voiture; à la fin de mai 1900, il n'a jamais été aussi volumineux. La malade est dyspnéique et présente une constipation intense. Très alarmée, elle consulte le 10 juin 1900, un météorisme qui rend toute palpation et tout toucher impossibles. On prescrit un

purgatif, des lavements, des diurétiques et une antiseptie intestinale soignée.

Au bout de quelques jours, la tension abdominale ayant disparu, on peut passer à l'examen de la malade.

Cette dernière étant placée dans le décubitus horizontal et respirant largement, la palpation simple fait constater au-dessus de l'arcade crurale, entre le pubis et l'épine iliaque droite, une tumeur arrondie un peu douloureuse, paraissant fluctuante, mate à la percussion.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal démontre qu'il existe nettement dans la fosse iliaque droite une tumeur assez volumineuse, lisse, tendue, arrondie, très nettement fluctuante, débordant la ligne médiane et envahissant le côté gauche de l'abdomen. En pressant fortement la paroi abdominale au-dessus du pubis et en imprimant avec le doigt vaginal des mouvements à la tumeur, on constate que les ébranlements ne sont pas transmis à l'utérus qui est bien indépendant.

L'examen successif du cœur, des poumons, des reins, du foie est complètement négatif.

En présence de tels symptômes, M. Pouliot pense à un kyste de l'ovaire qui, s'étant rompu autrefois, s'est développé de nouveau dans la suite, fait appeler un chirurgien de Poitiers qui confirme entièrement son diagnostic et propose l'intervention chirurgicale.

La malade est bien décidée à se faire opérer. Habitant à quelques kilomètres de Poitiers, on la transporte en voiture le 29 juin 1900 à la maison de santé.

Un peu avant d'arriver à Poitiers, cette femme ressent, comme au mois de mars, tout à coup une douleur violente dans le côté droit du ventre comparable à une sensation de déchirure, a une légère syncope, puis revient à elle et constate encore une fois avec étonnement que son ventre,

qui était énorme et pointait en avant, est maintenant absolument aplati.

On examine la malade de suite après l'accident ; on trouve tous les signes de l'ascite : sensation de flot dans les flancs, matité du liquide à la percussion. Ce liquide occupe les parties déclives et se déplace si on imprime des changements de position à la malade. On cherche la tumeur, elle a disparu.

La malade sue abondamment et les deuxième et troisième jours, elle urine d'une façon inusitée, se réveillant pour satisfaire ses besoins à tout instant de la nuit.

Le quatrième jour, les parois du ventre étant absolument dépressibles et toute tumeur disparue, la malade refuse énergiquement au chirurgien toute opération et sort de la maison de santé le 4 juillet 1900.

Nous avons fait prendre depuis des nouvelles de cette femme : le ventre a augmenté de nouveau et peu à peu de volume. Le kyste s'est donc reproduit.

OBSERVATION III

(Inédite. — Due à l'obligeance du docteur Martin, chef de clinique)
Rupture intra-péritonéale d'un gros kyste inclus sans réaction cliniquement appréciable. — Laparotomie quinze jours après la rupture. — Guérison.

Philomène G.... 38 ans, des Salins de Giraud, près Arles, entre le 19 janvier 1908 dans le service de M. le professeur Tédénat, salle Paulet, n° 9, pour tumeur abdominale.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Il y a 12 ans elle a subi une amputation du sein gauche

(aujourd'hui cicatrice souple ne remontant pas jusqu'à l'aisselle, pas d'adénopathie axillaire, il est donc vraisemblable qu'on a enlevé un adénome).

Réglée à 17 ans, régulièrement tous les 28 jours, pendant deux jours, peu abondamment, sans caillots ni douleurs. Mariée il y a 15 ans; pas de grossesse, pas de pertes blanches.

Maladie actuelle. — Il y a deux mois et demi la malade a ressenti une *violente douleur* dans le bas-ventre qui a rapidement diminué d'intensité mais a persisté pendant 7 à 8 jours. *Pas de vomissements.* Plusieurs crises douloureuses se sont manifestées depuis lors. Le médecin traitant a remarqué, il y a deux mois, l'existence d'une *tumeur* qui a depuis constamment augmenté de volume.

La malade, qui a un peu maigri, a bon appétit, digère bien, n'est pas constipée. Pas de troubles de la miction.

Examen le 20 juin 1908. — *A l'inspection* : le ventre présente un volume considérable; il est en tronc de cône (comme c'est l'habitude dans les kystes ovariens). La peau, normale, présente quelques légères varicosités.

A la palpation : On sent une grosse tumeur surtout développée à gauche de l'abdomen, qui remonte jusque sous les fausses côtes et s'enfonce en bas dans le petit bassin. Cette tumeur, lisse, est nettement fluctuante. La mobilisation en est à peu près impossible,

Au toucher : Le col est très haut, le corps plaqué contre la symphyse. Dans le cul-de-sac gauche il existe un prolongement de la tumeur.

DIAGNOSTIC. — *Kyste inclus dans le ligament large gauche.*

Le 26 on devait opérer, mais l'arrivée inopinée des règles fait retarder l'intervention.

Le 28, on s'aperçoit que la tumeur n'est plus perceptible par la palpation abdominale. Le ventre, affaissé, est sonore partout, sauf dans le flanc droit où il y a une légère matité. *Il n'y a pas le moindre signe de réaction péritonéale, il n'y a pas de douleur, il n'y a eu ni vomissements, ni diarrhée, ni polyurie.* Au toucher on sent toujours l'utérus en position haute plaqué contre la symphyse et dans le cul-de-sac droit une masse dure, irrégulière, adhérente à l'utérus et au pelvis.

M. Tédénat pose le diagnostic de rupture kystique intrapéritonéale.

Opération le 10 février 1908.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoule environ 8 litres de sérosité roussâtre avec des grumeaux fibrineux. L'utérus apparaît haut, à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse et à droite de la ligne médiane. Le ligament large gauche se voit rouge, musculaire, saillant par distension.

Le doigt, en l'explorant, trouve sur son versant postérieur un orifice admettant l'index. Cet orifice de perforation est en partie comblé par des adhérences épiploïques. Le ligament large, saisi entre deux pinces, est tendu en haut et en dehors et on pratique la décortication d'une masse kystique qui est composée d'une poche. Au préalable, le ligament infundibulo-pelvien avait été lié. Le ligament large gauche est alors réséqué dans la plus grande partie de sa portion externe et le volet interne restant est suturé sur le bord correspondant de l'utérus.

La décortication a pu se faire sans hémorragie, l'artère utérine ayant été liée juste au-dessus de l'isthme. Les annexes du côté droit en bon état ont été laissées.

En somme, il s'agissait d'un kyste inclus dans le liga

ment large gauche, formé d'une poche volumineuse et s'étant rompu au niveau de son bord utérin.

Après un petit abcès de la paroi, la malade a bien guéri.

OBSERVATION IV

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat.)

Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. — Rupture d'une grande poche. — Accidents péritonitiques légers. — Laparotomie. — Guérison.

Il s'agit d'une malade, Jeanne R..., 38 ans, réglée à 15 ans, toujours régulièrement. Elle a eu des accouchements normaux et faciles, sans complications, à 23 et à 27 ans. Depuis deux ans son ventre grossit sans douleurs ; les règles durent 6 ou 7 jours au lieu de 4 ou 5. Pas de pertes blanches. Un peu de gêne respiratoire due au volume du ventre.

M. le professeur Tédénat diagnostique un kyste de l'ovaire mobile, médian, remontant à l'ombilic et conseille l'opération (3 mai 1893).

Le 5 juin, dans un cahot de voiture, la malade contusionne son ventre ; elle éprouve de vives douleurs avec malaise allant presque jusqu'à la syncope. Elle fait encore demi-heure de voiture et peut être couchée dans le lit qui lui était destiné en vue de son opération. M. le professeur Tédénat l'y voit une heure après, à 5 heures de l'après-midi. La malade présente un facies un peu tiré, le pouls faible à 100, de vagues nausées. Le ventre est un peu douloureux, moins saillant et arrondi qu'il y a un mois. On a de la matité dans le flanc gauche qui était sonore. M. le professeur Tédénat croit à une simple contusion,

conseille un bandage de corps et une potion avec 3 gr. d'acétate d'ammoniaque.

Le lendemain et le surlendemain les douleurs diminuent rapidement, l'état nauséux disparaît. Le 8 juin, c'est-à-dire trois jours après l'accident, M^{me} R... ne souffre plus.

L'exploration du ventre montre une notable proportion de liquide non enkysté. Y a-t-il eu rupture du kyste ?

On pratique l'ovariotomie le 10 juin. Dès que le péritoine est ouvert, il s'écoule un liquide filant, très visqueux, jaune verdâtre. Le kyste présente une déchirure linéaire de 3 centim. de long au niveau d'une poche à paroi mince contenant environ un tiers de litre. Le kyste est facilement attiré au dehors et son pédicule, long de 5 centim., du volume du pouce, est lié. Le reste du liquide est asséché avec des compresses. L'hémorragie de rupture avait été insignifiante.

La guérison s'est effectuée sans accidents. La malade quitta la clinique le 4 juillet 1893. Elle restait guérie en septembre 1905.

OBSERVATION V

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédénat)

Kyste dermoïde de l'ovaire droit. Rupture à la suite d'efforts, de vomissements. Accidents péritonitiques. Laparotomie. Excision du kyste. Guérison.

Rose Gén..., 28 ans. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Réglée à 15 ans, régulièrement pendant quatre ou cinq jours. Mariée à 21 ans. Accouchement à 23 ans sans accidents. Depuis un an, règles plus

abondantes, durant six, huit jours, sans leucorrhée, avec quelques douleurs dans les flancs et le bas ventre.

Le 10 mai 1893, la malade ayant quelques douleurs abdominales, de l'anorexie depuis quelques jours, prit un gramme d'ipéca sur le conseil d'une sage-femme. Vomissements violents au cours desquels elle éprouva de vives douleurs dans le bas ventre avec menaces de syncope. Le ventre se ballonna et le surlendemain, les douleurs persistant, un médecin conseilla l'application de vessies de glace. Les douleurs, l'état nauséux persistèrent jusqu'au 16 mai, ainsi que la constipation. Le 20 mai, le docteur Puech me montra la malade. Elle était pâle, le facies encore un peu tiré. Malgré un léger ballonnement du ventre, l'exploration combinée me permit de faire les constatations suivantes : utérus en légère rétroversion repoussé à gauche.

Sur son côté droit, masse irrégulière, du volume des deux poings, avec empatement du Douglas, peu douloureux. Comme il n'y avait eu aucune interruption des règles, j'éloignai l'idée de grossesse extra-utérine et j'admis un kyste de l'ovaire tordu.

3 juin. — La malade vint à Montpellier. Etat général bon, moins de sensibilité du ventre. Mêmes symptômes d'exploration.

8 juin. — Laparotomie. Liquide huileux avec flocons caséiformes englués de quelques poils. Après nettoyage avec des tampons de gaze, j'arrivai sur une masse kystique présentant une rupture allongée de quatre centimètres en partie comblée par une touffe de poils. Malgré des adhérences diffuses rouges et molles, la décortication du kyste se fit sans difficultés. Ligature du pédicule du volume du pouce et long de six centimètres. Guérison par première intention.

La poche présentait une surface arrondie de sept centimètres de diamètre, saillante de deux à trois centimètres suivant les points où s'implantaient des poils blonds, longs et une dent appliquée contre une lamelle osseuse encastrée dans un bloc de tissu fibreux dense.

BIBLIOGRAPHIE

- ALCOCK (R.). — A case with comments ; ruptured ovarian cyst ; ovariectomy ; death in nine months from peritoneal sarcoma. *Practitioner*. London, mai 1904, LXXII, p. 596-600.
- ARNAL. — De l'intervention chirurgicale dans la rupture traumatique des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1898, n° 454.
- AUCHÉ et CHAVANNAZ. — Action des injections intra-péritonéales du contenu des kystes ovariens (étude expérimentale). *Comptes rendus de la Société de biologie*, 3 juillet 1897, p. 635.
- Lésions du foie par injections intra-péritonéales du contenu des kystes ovariens. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1^{er} juillet 1899.
- Lésions du rein par injections intra-péritonéales du contenu des kystes ovariens. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 26 juillet 1899.
- BAILEY E.-S. et CAMERON A.-N. — Ovarian kyst which evacuated its own contents through the tube and uterus. *Clinique Chicago*, février 1904, XXV, 20.
- BALDT (H.-J.). — Ruptured ovarian cyst probably caused by the rupture of a small secondary cyst with in the large one which had large blood vessels these causing very profuses hemorrhages ; death from shock a few hours later (*Ann. J. obst.*, N-Y, 1903, XLVII, 359, avril 1903).
- BAR et DAMBRIN. — Dystocie causée par un kyste hydatique du petit bassin. Rupture du kyste. Laparotomie. Guérison. In thèse de J. d'Herbécourt. De la voie vaginale sans hystérectomie. Paris, 1900, p. 112.

- BARON. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Thèse Paris, 1898.
- BATTLE (W.-H.). — Ruptured ovarian cyst with an inguinal hernia. *Med et Circ. London*, avril 1905, n... s..., XXIX, 221.
- BÉNARD. — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire et en particulier de l'occlusion intestinale consécutive à cette torsion. Thèse Paris, 1898, n° 379.
- BENDER (X.) et MARCILLE. — Inondation péritonéale due à la rupture d'un petit kyste folliculaire hémorragique de l'ovaire. *Tribune médicale. Paris*, octobre 1904, 2^e série, XXXV, 533.
- BOGDANOVICS. — Ruptured twisted intangled ovarian cyst. *Gyneologia. Budapest*, mai 1907, 75.
- BOUILLY. — De la suppression des kystes de l'ovaire. *La gynécologie*, juin 1896.
- Manuel de pathologie externe, t. IV, 1897.
 - Le pronostic des kystes végétants de l'ovaire. VI^e congrès de chirurgie. Paris 1897.
 - Contribution à l'étude des grosses tumeurs fibro-kystiques de l'utérus. *La gynécologie*, 1897.
- BOURSIER. — Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux, 25 février 1896.
- Considérations sur la rupture intra-péritonéale des kystes colloïdes de l'ovaire, à propos d'un cas de rupture avec ascite gélatineuse. Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux, 1898, et *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1897.
 - Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux, 12 décembre 1897.
- BROKESCH. — A case of ruptured cyst. *Gynecologia. Budapest*, août 1904, p. 215-217.
- BRUNET. — Essai sur une forme spéciale d'épiploïte chronique et sur la torsion de l'épiploon. Thèse Paris, 1900.
- CATHELIN. — La torsion des hydrosalpinx. *Revue de chirurgie*, février 1901.
- CLARK A. — A case of ruptured ovarian cyst. *Lancet. Lond.*, juin 1903, I, 1370.

- COCARD. — Les traitements des kystes de l'ovaire pendant la grossesse et les suites de couches. Thèse Paris, 1896.
- DEMONS. — Kystes de l'ovaire rompus. Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux, 25 février 1896.
- Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux, 1896, p. 219.
- Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux, 12 décembre 1899.
- Gazette des Hôpitaux de Toulouse, du 21 octobre 1899, n° 42.
- Journal de Médecine de Bordeaux. 1899.
- Journal de Médecine de Bordeaux, 1900.
- Journal de Médecine de Bordeaux, 1907. XXXVIII. 425.
- DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne. Art. « Appendicite ».
- DUJARDIN. — Contribution à l'étude des kystes de l'ovaire dans l'état puerpéral. Thèse Lille 1897-98.
- FRITSCH. — Traité des maladies des femmes. Traduction Stas.
- FOSSARD. — Rupture spontanée des kystes de l'ovaire. Thèse Paris, 1901.
- GLADSPORN (Al). — Tubo-ovarian cysts with interesting cases. Americ. Journ. of Obstetrics, 1896.
- GOSSET et MOUCHOTTE. — Annales de gynécologie, 1900, p. 543.
- GREIG SMITH (de Bristol). — Chirurgie abdominale. Traduction française par Vallin. Paris, Steinheil, 1895.
- GROSSE (de Halle). — XXVII^e Congrès de chirurgie allemand. 1899.
- HARRISON CRIPPS — Ovarian cysts communicating with the rectum. British med. Journal, 2 janvier 1897.
- HARTMANN. — Note sur quatre cas de rate mobile. Comptes rendus du Congrès de chirurgie français, 1895.
- HEINRICIUS. — De l'infection des kystes de l'ovaire. Annales de gynécologie, 1897.
- HOCHENEGG. — Ein Fall intraabdomineller Netztorsion. Wiener Klin. Woch., 1900, n° 13.
- HUREL. — Kyste de l'ovaire et grossesse. Thèse de Lyon, 1899.
- JACOBS. — Rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire pendant la chloroformisation, laparotomie immédiate. Progrès méd belge, Brux. 1904. VI-175

- JALABER. — Dystocie par kyste de l'ovaire pendant l'accouchement. Thèse de Paris 1898.
- JEWETT. — Ruptured dermoïd cyst. Brooklyns N. J. 1903, XVII, 283. Juin 1903.
- JESSETTS et EVANS. — Case of ruptured ovarian cyst. Med. Press. and circ. Lond. XXXIII. 478. Mai 1906.
- Ruptured ovarian cyst with generalised peritonites. Décembre 1906.
- KEATING et Coë. — Clinical Gynecology by american authors. 1895.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico chirurgical de gynécologie.
- LANNELONGUE. — Variabilité du pronostic dans les ruptures kystiques intra-péritonéales. Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux. 12 avril 1896.
- LEJARS. — Traité de chirurgie d'urgence. 4^e édition.
- LE NADAN. — Etude sur les kystes hydatiques de l'ovaire. Thèse de Bordeaux 1896-97. N^o 20
- LÉO. — Ruptures spontanées multiples et totales des poches d'un kyste multiloculaire de l'ovaire à contenu gélatiniforme. Bull. et Mém. Soc. anatom. de Paris. Octobre 1903. 451-452.
- LORRAIN. — Kyste dermoïde de l'ovaire ; dégénérescence sarcomateuse : rupture spontanée. Bull. et Mém. Soc. anatom. de Paris. Octobre 1904. 421-424.
- MACÉ. — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus. Thèse Paris, 1897, n^o 284.
- MAILLARD. — De la torsion des salpingites. Thèse Paris, 1898, n^o 429.
- MANGIN. — Kystes dermoïdes et grossesse. La Gynécologie, 15 juin 1896, page 221.
- MANGOLD. — De l'infection des kystes de l'ovaire. Thèse de Bâle, 1895.
- MARTIN (A.). — Traité clinique des maladies de femmes. Traductions Varnier et Weiss.
- MAUGER (A.). — Contribution à l'étude de l'ovarite suppurée. Thèse de Paris, 1900.
- MAYGRIER. — Article « Kyste de l'ovaire et grossesse », in Traité de l'art des accouchements de Tarnier et Budin.
- MOULONGUET. — Rupture spontanée de deux kystes de l'ovaire dans le péritoine. Echo médical du Nord, n^o 13. 20 juin 1897.

- OLIVER. — Rotura traumatica de un quista del ovario. Rev. méd. de Uruguay. Montevideo, mai 1903.
- PÉAN — Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis, 1895.
- Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, tome III, 1895.
- PERRIMOND. — Des abcès pelviens spontanément ouverts dans la vessie chez la femme (fistules tubo-vésicales) et en particulier de leur traitement. Thèse de Lyon, 1897.
- PEYROT. — Possibilité de l'ensemencement hydatique des tissus par le liquide et les vésicules des kystes. Bulletin de la Société de chirurgie, 1900. Séance du 9 mars.
- PLANQUE. — Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins. Thèse Paris, 1897.
- POLLOSSON. — Tumeur mate de l'ovaire polykystique ; rupture complète du pédicule consécutive, probablement, à une torsion. Gangrène et rupture de la paroi d'une des grosses loges kystiques. Lyon Médical, juillet 1906, p. 955-959.
- POTHERAT. — De la rupture spontanée dans les kystes de l'ovaire. Bull. et mém. Soc. chirurg. de Paris, XXIX, 1000. Décembre 1903.
- Kyste de l'ovaire gauche rompu spontanément dans l'abdomen. Laparotomie. Guérison. Bull. et mém. Soc. chirurg. de Paris, XXXIII, 1003-1011, décembre 1907.
- POTHERAT et LUTAUD. — Sur un cas de rupture intra-péritonéale spontanée d'un kyste de l'ovaire. Journal de médecine de Paris, 2^e série, XVI, p. 150-153. Mai 1904.
- POLLAK. — Ruptured ovarian cyst. Brooklyn M. J., XIX, 107. Mai 1905.
- POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire.
- Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale. 1900.
- POZZI et BEAUSSENAT. — Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1897.
- PUECH. — Kyste de l'ovaire et grossesse ; ovariectomie. Guérison. Montpellier médical, XVIII, p. 128-131. Mars 1904.
- QUÉNU. — Discussion sur le traitement des péritonites. Bulletin de la Société de chirurgie, avril-mai 1897.
- Traitement chirurgical des kystes hydatiques. Bulletin de la Société de chirurgie, 1900.

- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- ROCHE. — Kyste déhiscent de l'ovaire avec ascite gélatineuse. Journal de médecine de Bordeaux, XXXV, p. 98. Juin 1905.
- SABRAZÈS et MURALET — Formule cytologique des liquides séreux contenus normalement dans le péritoine du bœuf. Comptes rendus de la Société de biologie, 1900.
- SCUROEDER. — Maladies des organes génitaux de la femme.
- SCHULTZE. — Wieder an Echinococcus ovaridextri. Zeitschrift für Geburts und Gynakologie, 1898. Heft 3.
- SCHWARTZ. — Trois observations de suppuration des kystes de l'ovaire. Annales de gynécologie, 1897, p. 276.
- SEGOND. — Article « Kyste de l'ovaire », in Traité de chirurgie Duplay et Reclus.
- SGOURDÉOS. — De la rupture dans le péritoine des kystes dermoïdes de l'ovaire. Thèse de Lyon, 1898.
- TARDIF. — Des complications des kystes ovariens pendant la grossesse. Thèse Paris, n° 108, avril 1907.
- TERMIER. — Tumeur kystique de l'ovaire rompue dans le péritoine. Dauphiné médical, Grenoble, XXVI, février 1902.
- THÉVENARD. — Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro utérine. Thèse de Paris, 1896.
- TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique.
- TUFFIER et MILIAN. — Cyto-diagnostic du kyste de l'ovaire et de la péritonite tuberculeuse. Comptes rendus de la Société de biologie, 1901.
- VLACCOS (DE). — Kyste de l'ovaire simulant une grossesse ectopique rompue. Laparotomie. Mort. Bulletin et mém. de la Soc. de chir., 1900, t. XXVI, I.
- WUILLIÈME. — De la rupture des collections enkystées au cours du palper abdominal. Thèse Paris, 1900.
- WIDAL et RAVAUT. — Cyto-diagnostic. Congrès international de Paris, 1900 et Comptes rendus de la Société de biologie, 1900.
- WINS. — Rupture des kystes parovariens. Nord Médical, 1^{er} décembre 1896.
- YOUNG. — The intraabdominal ruptur of ovarian cysts ; with report of a case. Boston M. and S. J. 235-245. Avril 1904.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 27 Mars 1908.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 27 Mars 1908.
Le Doyen
MAIRET.







TIGHT
GUTTERS.