

ovaires, qui ont suivi le plus assidûment cette pratique dans leurs opérations de tumeurs parovariennes.

J'ai par conséquent dressé une liste spéciale de tous mes cas de kystes du ligament large, autant qu'il m'a été possible de le faire. Au début de ma pratique je ne pouvais faire une distinction de ces cas aussi exacte que je le fais actuellement et par ce fait quelques-uns auront certainement échappé à un classement méthodique.

Comme conclusion de toutes mes observations je puis dire, qu'à une seule exception près, j'ai toujours trouvé que dans tous les cas de véritable tumeur uniloculaire l'ovaire n'était pas intéressé, quoique je l'aie vu différentes fois étalé sur la paroi du kyste. J'ai constaté trois ou quatre fois qu'il était relié à la tumeur par un mésovarium plus ou moins distinct et une fois j'ai trouvé dans ce pli péritonéal différents canaux parovariens, mais sans lésions pathologiques; il s'agissait d'une malade de M. Hallwright, chez laquelle j'enlevai il y a environ 13 ans un kyste uniloculaire assez volumineux.

Dans un autre exemple, l'ovaire était sain et il fut laissé à la distance d'environ trois centimètres au-dessous de la ligature; dans un troisième, je trouvais que l'ovaire et la trompe étaient accolés au kyste, mais qu'ils n'en faisaient aucunement partie. Les parois de cette dernière tumeur étaient extrêmement épaisses et elles contenaient, comme dans quelques exemples analogues, une grande quantité de fibres musculaires lisses, fait qui ne me semble en aucune façon parler contre l'origine parovarique que j'attribue à cette tumeur, car les fibres musculaires lisses existent en assez grande quantité dans le ligament large, comme le prouve d'ailleurs la présence en ce point de tumeurs myomateuses.

TUMEURS PAROVARIIENNES MULTILOCAIRES.

Le cas auquel je viens de faire allusion, et où il s'agissait

d'une tumeur composée de plusieurs kystes, mais devant rentrer dans la même catégorie que les kystes uniloculaires, se présenta chez une dame âgée de soixante-six ans. Elle était veuve et s'était mariée 43 ans avant l'apparition de sa tumeur. Les règles avaient cessé depuis environ 20 ans et son plus jeune enfant avait 25 ans. Il y avait donc toute raison d'admettre que l'activité fonctionnelle de ses ovaires ne devait plus être très grande. La tumeur fut découverte pour la première fois environ 5 ans avant l'époque où je vis la malade, sa croissance avait été très lente pendant 4 ans, mais elle était devenue très rapide depuis 6 mois. Les parois abdominales étaient très minces, et à la percussion la sensation de flot pouvait être communiquée et était nettement perceptible dans toutes les directions. D'après mon expérience acquise par d'autres cas semblables je posai le diagnostic de *kyste uniloculaire du corps de Wolff*, selon toutes probabilités, sans participation de l'ovaire correspondant.

J'eus raison en ce qui concernait l'ovaire, car je le trouvai, ainsi que la trompe, absolument intact et nullement intéressé par la tumeur, qui s'était développée aux dépens du ligament large. Néanmoins j'avais fait une erreur en ce qui concernait la nature de la tumeur, car au lieu d'être uniloculaire je constatai qu'elle était formée de cinq ou six poches différentes. Leurs parois étaient tout particulièrement minces, car elles ressemblaient à de véritable papier de soie, et cette épaisseur n'était pas augmentée à la base de la tumeur, comme c'est toujours le cas pour les tumeurs multiloculaires d'origine ovarienne. J'ai la conviction que cette tumeur représentait un exemple frappant d'hydropisie d'un certain nombre de canaux parovariens, car, du moment que cette éventualité peut se produire pour un tube isolé, il n'existe aucune raison pour que cela ne puisse se rencontrer simultanément pour un certain nombre d'entre eux.

Ma première opinion sur ce cas se trouva encore confirmée

par un nouvel examen de la tumeur dans le but de rechercher un signe de diagnostic sur lequel le Dr *Bantock* avait attiré mon attention, c'est-à-dire la possibilité de séparer le revêtement externe ou péritonéal de la paroi propre du kyste. Ceci pouvait se faire très facilement à la base de la tumeur jusqu'à une certaine distance au-dessus de l'ovaire, et nous reconnûmes que l'ovaire et son ligament pouvaient très bien être détachés de la tumeur sans léser ses parois. La croissance rapide du kyste pendant les derniers six mois, semble toutefois avoir tendu et aminci les parois à un tel point que le revêtement péritonéal ne pouvait en être détaché que sur une étendue de 6 à 9 centimètres à partir de la base de la tumeur. J'ai acquis la conviction qu'il s'agissait bien ici d'un cas de tumeur parovarienne multiloculaire et je me trouve encore confirmé dans cette opinion par une observation d'un cas de *M. Spencer Wells*, relatée par le Dr *Bantock*, où il s'agissait d'un véritable kyste parovarien biloculaire.

J'ai déjà parlé des rapports de voisinage de la trompe de Fallope avec ces tumeurs; dans un cas je trouvai que la trompe était considérablement augmentée de volume, elle avait 26 centimètres de long et une épaisseur correspondante de sorte qu'un cathéter n° 12 pouvait facilement être introduit dans son canal à une profondeur de 6 centimètres à partir de l'incision, mais à ce moment elle se contractait subitement et reprenait ses dimensions normales. Elle était fixée sur la tumeur par le revêtement péritonéal du kyste, comme l'uretère est fixé sur la paroi abdominale postérieure; et elle fut enlevée avec le péritoine, lorsque celui-ci fut détaché de la tumeur, comme on pourrait le faire pour l'uretère en détachant la séreuse sur laquelle il repose.

Diagnostic des kystes parovariens. — Le diagnostic des tumeurs kystiques parovariennes est en général très facile pour une main exercée, car elles donnent la sensation d'une fluctuation uniforme et rapide, se propageant dans toutes les di-

rections de la tumeur. Leur forme est habituellement globulaire et elles ne sont pas mobiles dans le bassin, comme c'est si souvent le cas pour les petits kystes d'origine ovarienne. Elles donnent lieu à fort peu de symptômes et exigent très rarement une intervention d'urgence. Leur croissance est parfois très rapide.

J'enlevai il y a quelques années chez une malade, soignée par le Dr *Campbell*, de Stourbridge, un kyste parovarien très volumineux, dont le développement se fit certainement en moins de six semaines.

Il peut se faire néanmoins que tous les caractères et les quelques symptômes d'une tumeur parovarienne puissent être simulés par une tumeur d'origine ovarienne et il existe encore deux autres variétés de kystes assez rares, qui peuvent aussi donner lieu aux mêmes caractères physiques; la première est due au développement du canal de l'ouraque ou d'un reste de la vésicule allantoïde et la seconde est, je crois, formée par le développement d'un ovule égaré.

Les parois des tumeurs parovariennes sont parfois si minces et si flasques, qu'à la percussion elles présentent absolument les caractères d'une ascite. Pour le *diagnostic différentiel* entre l'ascite et les tumeurs ovariennes ou parovariennes, il existe un signe qui a une certaine importance; dans le premier cas on s'aperçoit facilement par le facies de la malade qu'elle souffre de quelques troubles fonctionnels plus ou moins graves, tandis que dans le second cas la malade a l'air d'être en parfaite santé.

C'est à propos de cette variété de tumeurs que se sont produites les interminables discussions sur la pathogénie et sur le meilleur traitement des tumeurs ovariennes, procédés que *Matthews Duncan* a traités avec raison d'*illusaires*. Ainsi *Boinet* pensait que l'on pouvait obtenir la guérison radicale des tumeurs par la ponction simple ou suivie d'une injection iodée, parce que *M. Baker Brown* appelait la formation d'un

faux oviducte, l'application de sétons, ou par un certain nombre d'autres procédés plus ou moins barbares et aussi peu scientifiques les uns que les autres.

Nous avons déjà vu que les parois de ces kystes sont toujours très minces, qu'elles ne consistent le plus souvent qu'en une mince membrane de support et une couche d'épithélium cylindrique. Sans aucun doute cet épithélium peut subir toutes les modifications que j'ai décrites pour les kystes de l'ovaire, car je les ai toutes observées pour ces tumeurs parovariennes. Elles peuvent subir la dégénérescence maligne, elles peuvent suppurer ou se gangréner, comme c'est le cas pour les kystes de l'ovaire. D'autre part nous avons déjà vu que leur membrane basale, qui contient beaucoup de fibres musculaires, peut s'hypertrophier jusqu'à atteindre une épaisseur de plus d'un centimètre.

On ne saurait d'ailleurs attacher trop d'attention à ces tumeurs; elles ne doivent jamais être négligées. Au début, leur extirpation est simple et facile. On ne devra jamais perdre du temps à les ponctionner, il faut de suite les opérer par laparotomie comme on le fait pour les tumeurs d'origine ovarienne. Parfois elles se rompent et elles semblent ainsi disparaître spontanément; on a prétendu que cette terminaison pouvait aussi se produire pour les kystes de l'ovaire. Lorsque cet incident survient pendant la période de début il n'aura probablement aucune conséquence fâcheuse, tandis que s'il se produit à une période plus avancée, il pourra en résulter l'inoculation du péritoine, comme si le kyste avait été d'origine ovarienne.

Il y a quelques années j'eus l'occasion d'enlever un kyste parovarien volumineux, qui avait été ponctionné plusieurs fois et qui s'était rompu dans la cavité abdominale. Au moment de l'opération je constatai que toute la surface péritonéale était recouverte de papillomes; la malade succomba peu de temps après.

Le développement d'un ovule entre les feuillets du ligament large, résultant de la rupture d'une grossesse tubaire dans cette direction, constitue une circonstance très intéressante du développement de certains cas de grossesse ectopique; nous en parlerons dans le chapitre consacré à cette étude.

HÉMATOCÈLE DU LIGAMENT LARGE.

La formation d'un épanchement de sang dans la cavité du ligament large se rattache intimement à cette rupture de la trompe gravide, de sorte que ce que nous avons à dire de cet accident se trouvera mieux placé dans ce même chapitre; je dois néanmoins anticiper un peu sur ce sujet, car je désire parler ici des abcès du ligament large.

Nous abordons ici une question qui a une importance toute particulière au point de vue pathologique et clinique, car l'accident, que l'on a appelé *hématocèle pelvienne*, acquiert une importance considérable si l'hémorragie se fait dans la cavité péritonéale, c'est-à-dire en dehors de la cavité du ligament large, tandis qu'elle n'a pas grande signification par elle-même si elle se produit entre les feuillets du ligament, c'est-à-dire si elle reste extra-péritonéale.

Les feuillets du ligament large renferment dans leur épaisseur un certain nombre de vaisseaux et de filets nerveux, dont je n'ai pas encore parlé; il est inutile d'en donner la description détaillée. Une lésion ou la rupture spontanée d'un de ces vaisseaux détermine un épanchement de sang qui se limitera à la cavité du ligament large et restera par conséquent extra-péritonéal, si le ligament lui-même n'est pas lésé, tandis que, dans le cas contraire, le sang s'écoulera probablement dans la cavité péritonéale, et souvent en si grande quantité que la malade pourra succomber aux suites de l'hémorragie.

Quelques auteurs ont proposé de donner le nom d'héma-