

Le trois avril au soir, je fis de nouveau un nouvel examen. La malade venait d'avoir, dans la journée, sa première menstruation. De la grosseur d'une mandarine, il y avait à peine quelques jours, la tumeur abdominale me paraissait maintenant grosse comme deux poings. En dedans, elle ne débordait pas la ligne médiane; en haut, elle remontait de un à deux travers de doigt au-dessus d'une ligne transversale passant par l'ombilic.

Vu l'évolution aussi rapide de ce néoplasme abdominal, avec cette fièvre et l'état de dépérissement dans lequel ma patiente avait été plongée en si peu de jours, je portai le diagnostic de kyste hémato-suppuré de l'ovaire gauche.

Comme antécédents héréditaires, on ne relève aucun cas de tuberculose, de cancer, etc., dans l'histoire de famille.

A son entrée à l'hôpital, la malade, qui pouvait encore marcher avec assez de facilité, avait une température de 104° et un pouls à 140, des vomissements noirâtres et de la diarrhée noirâtre. Le deuxième jour, comme ces symptômes alarmants de même que l'augmentation énorme de la tumeur, menaçaient l'existence de la malade, je décidai de faire d'urgence une laparotomie exploratrice avec l'évacuation d'une collection que je soupçonnais. A mon grand désappointement, à l'ouverture du ventre je me trouvai en présence d'un épiploon étranglé et gangréné, et d'une tumeur solide, qu'il me fallut enlever malgré les nombreuses adhérences et l'état grave dans lequel se trouvait la malade. Des injections de sérum artificiel, d'huile stérilisée, de caféine, etc., enfin un traitement médical bien conduit par le Dr Verner, relevèrent du véritable choc opératoire la malade qui menaçait de succomber d'une heure à l'autre avec un pouls à 160 et une température à 97°F . Enfin, dix jours après l'opération, tout semble rentrer dans l'ordre et la malade marche vers la convalescence.

L'examen anatomo-pathologique de ce néoplasme ne présente pas moins d'intérêt et de bizarreries que son histoire clinique. Sa forme sphérique et régulière est celle des tumeurs ordinaires de l'ovaire, une large surface friable et lardacée adhérait à la vessie et à toute la paroi abdominale pré-vésicale, tout l'épiploon étranglé entre la tumeur et la paroi abdominale lui adhérait ainsi que les deux anses intestinales, mais il existait un assez long pédicule formé par le ligament ovarien hypertrophié comme dans les kystes