

abdominale, dans le cas contraire. L'opération est simple, bénigne et définitivement curative.

S'agit-il d'une tumeur maligne, sarcome ou cancer? la décision opératoire sera subordonnée à l'état général de la malade et aux caractères objectifs de la tumeur. Si la cachexie est très prononcée, la tumeur immobilisée, la dissémination déjà commencée, l'opération serait impossible à terminer et ne pourrait que précipiter l'issue fatale. Il faudra se borner alors à un traitement symptomatique et à des ponctions itératives de l'ascite. Mais l'opération précoce, au moins dans le sarcome, peut donner des guérisons définitives.

En outre, on doit toujours, suivant le conseil de Spencer Wells, escompter une incertitude de diagnostic et, au moins tant que la tumeur est mobile, tenter une laparotomie, dût-elle rester simplement exploratrice.

D. — TUMEURS DE LA TROMPE.

A. *Kystes*. — En dehors des collections enkystées d'origine inflammatoire, la trompe n'est, à proprement parler, le siège d'aucune variété de kyste; l'observation de kyste hydatique rapportée par Doléris (1) doit être unique. Mais on rencontre parfois de petites collections paratubaires, du volume d'un pois ou d'une noisette, à contenu fluide et transparent. Une variété est fournie par les collections de l'*hydatide de Morgagni*, qui apparaissent appendues au pavillon par un pédicule long et grêle. D'autres petits kystes, parfois assez nombreux, greffés au pavillon comme des grains de raisin à la grappe, seraient dus à une inclusion de l'épithélium de la séreuse entre les plicatures externes de la trompe soudées par la péritonite adhésive (P. Petit).

B. *Fibromes*. — Ces tumeurs sont excessivement rares: Jacobs (2) n'en trouve que six cas, dont un personnel. Les autres appartiennent à Simpson, Swartz, Sullivan et Thomas; encore quelques-uns, d'après A. Doran, ne seraient-ils autre chose qu'une exagération de l'hypertrophie des parois tubaires chroniquement enflammées, comme dans un fait de Spaeth, ou une tumeur paratubaire, comme celui de Simpson. Ces tumeurs, sessiles ou pédiculées, sont en réalité des fibro-myomes. Elles n'ont pas de pathologie propre et ne comportent comme traitement que l'extirpation.

C. *Papillomes*. — Signalés à titre de tumeur bénigne par A. Doran, les papillomes ont été bien étudiés par Macrez (3). Ils ne sont, dans un grand nombre de cas, qu'une exagération de l'hypertrophie des villosités de la muqueuse enflammée (Monproffit, Pilliet) et relèvent alors du processus de l'endosalpingite. Cependant les cas

(1) DOLÉRIS, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gynec.*, 1890.

(2) JACOBS, *Ann. de l'Institut Sainte-Anne*, 1898, et POREL, thèse de Paris, 1898.

(3) MACREZ, *La gynécologie*, 15 oct. 1899.

d'Eberth et Kalttenbach, de Doléris (1) (fig. 241), répondaient bien, ce dernier surtout, à la structure du papillome vrai, avec la superposition et le polymorphisme des cellules.

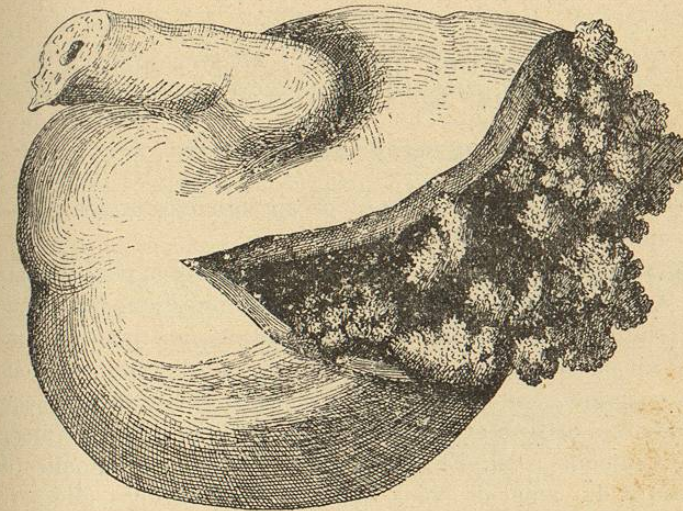


Fig. 241. — Papillome de la trompe (Doléris).

D. *Tumeurs malignes: sarcomes et épithéliomes*. — Le cancer de la trompe est le plus souvent secondaire à celui de l'ovaire ou à celui de l'utérus. Primitif, il est beaucoup plus rare: Alban Doran (2) n'en avait réuni que 23 cas en 1898 et S. Danel (3), qui a fait récemment une étude très complète de la question, a pu étudier 27 observations d'épithéliome pur. La lésion est souvent bilatérale, 9 fois sur 23 (Doran) et plus fréquente à droite qu'à gauche, 10/4 sur 23 cas. Elle se présente sous forme nodulaire ou sous forme diffuse et, d'après Sängner et Barth, le cancer tubaire primitif serait toujours mou, médullaire, encéphaloïde et non squirreux. Le sarcome est beaucoup plus rare encore que l'épithéliome et les lésions histologiques respectives de ces deux sortes de tumeurs sont les mêmes que dans tout autre organe. Enfin, Ahfeld et Marchand ont rapporté un cas, unique sans doute dans la science, de déciduome malin de la trompe gauche.

Si l'anatomie pathologique de ces tumeurs est bien connue grâce à l'analyse des observations publiées et aux travaux de A. Doran, de Sängner, von Kahlidin, Danel, leur histoire clinique est moins précise en raison de leur rareté et des difficultés de diagnostic qu'elles présentent. Leur pronostic est grave: sur les 23 cas recueillis par Doran, 2 ne purent être opérés qu'incomplètement; 2 malades succombèrent à

(1) BONNET et PETIT, *Traité pratique de gynécologie*, 1894.

(2) ALBAN DORAN, *London obstetrical Soc.*, 4 mai 1898.

(3) DANIEL, *Journ. des sc. méd. de Lille*, nos 32, 33, 34, 1899, et thèse de Paris, 1899.

l'opération; chez 10, la récurrence se fit entre six et huit mois; 2 furent perdues de vues et sur les 7 signalées comme guéries, une seule l'était depuis sept ans, les autres ne pouvant être jugées comme telles en raison du peu de temps écoulé depuis l'opération.

VI. — TUMEURS DES LIGAMENTS RONDS ET DES LIGAMENTS LARGES.

A. — TUMEURS DU LIGAMENT ROND.

Les seules variétés de tumeurs qu'on ait signalées sur les ligaments ronds sont des kystes et des fibromes.

A. *Kystes*. — Ce sont de petites tumeurs allongées, à contenu séreux, à paroi mince, atteignant parfois le volume d'un œuf, occupant le canal inguinal et pouvant descendre jusque dans la grande lèvre. Duplay fait de la plupart de ces kystes un sac herniaire déshabité. Weber explique leur genèse par un arrêt de développement du gubernaculum de Hunter qui, creux chez l'embryon, doit former plus tard le ligament rond. En réalité, ils résultent d'anomalies dans l'involution du canal de Nück, qui ne s'est oblitéré que partiellement. Ces kystes se présentent sous forme de tumeurs arrondies, rénitentes, mobiles, ordinairement réductibles et indolentes, siégeant soit à l'orifice externe, soit dans le trajet même du conduit inguinal. Ils ne deviennent gênants que par leur volume et douloureux que s'ils s'enflamment. On ne pourrait guère les confondre, à un examen superficiel, qu'avec les lésions suivantes: un *kyste de la glande vulvo-vaginale*, mais celui-ci siège à la base de la grande lèvre et est irréductible; avec un *ovaire hernié*, une *épiplocèle*, mais dans ces deux cas la tuméfaction présente une forme, une consistance et une sensibilité spéciales. — Quand ils sont enflammés, ils peuvent être facilement confondus avec un *hygroma péri-herniaire*, une *épiplocèle* ou une *entérocele étranglées*. — Quant au kyste *sacculaire*, il n'est guère possible d'en faire la distinction.

Le *traitement* consiste dans l'*extirpation*, complète autant que possible, de la poche kystique. La *ponction*, même suivie d'injection de teinture d'iode, expose à la récurrence et parfois à des dangers, si la cavité communique avec la séreuse. Enfin l'*extirpation* est plus sûre et nullement plus grave que l'*incision* simple.

B. *Fibromes*. — Ces tumeurs, bien étudiées par Duplay (1) et Sanger (2), sont rares. Pierre Delbet (3) en y joignant un cas personnel, n'en avait réuni que 17 cas en 1896. Elles s'observent seulement de quarante à cinquante ans, ont une prédilection marquée pour le

(1) DUPLAY, *Arch. de méd.*, mars 1882.

(2) SANGER, *Arch. für Gynæk.*, 1883, p. 279.

(3) PIERRE DELBET et HERESCA, *Revue de chir.*, 1896, p. 607.

côté droit (13 fois sur 17) et peuvent prendre naissance sur l'une ou l'autre des trois portions du ligament. Leur forme, lobulée, souvent irrégulière, leur disposition nodulaire, leur consistance ferme, rappellent celles des tumeurs utérines de même nature. Leur volume est généralement peu considérable: cependant les fibromes enlevés par Kleinwachter, Léopold, Polaillon, P. Delbet pesaient de 2 à 12 kilos. Ils sont généralement pédiculés et mobiles, plus rarement sessiles ou adhérents et, suivant leur point d'implantation, ils évoluent à l'extérieur ou dans la cavité abdominale.

Ce sont, histologiquement, bien plus souvent des fibro-myomes ou des fibro-sarcomes que des fibromes purs. Léopold (1) a décrit un myome lymphangiectasique, Bluhm (2) et Rosinski (3) un kysto-fibrome lymphangiectasique avec inclusions glandulaires, un adénomyome. Leur marche, généralement lente, peut prendre, dans les tumeurs mixtes, la rapidité de celle des productions malignes, et leur pronostic varie, de même, avec leur nature histologique.

Diagnostic. — a. Les fibromes à DÉVELOPPEMENT EXTRA-ABDOMINAL apparaissent sous forme d'une petite masse arrondie, lobulée ou lisse, ferme, indolente à la pression, mobile dans une certaine mesure, sans adhérence à la peau et réductible dans le canal inguinal, si elle est de petit volume.

Ces caractères permettent de la distinguer, si elle est *sessile*, d'une *masse ganglionnaire* ou d'une *collection kystique ou suppurée* de la *glande de Bartholin*; si elle est *pédiculée*, d'une *hernie de l'ovaire*, d'une *épiplocèle irréductible ou enflammée*, d'un *lipome préherniaire*, etc.

b. Les fibromes à DÉVELOPPEMENT INTRA-ABDOMINAL évoluent comme une tumeur anté-utérine, mais indépendante de l'utérus, déforment le ventre et donnent lieu aux symptômes d'une tumeur abdominale. Leur diagnostic est souvent plus difficile: l'indépendance et l'intégrité de l'utérus et sa rétroposition en sont les signes les plus caractéristiques; ils suffisent à les distinguer des tumeurs utérines et, dans la plupart des cas, des kystes dermoïdes et des tumeurs solides de l'ovaire. Ce n'est guère, d'ailleurs, qu'avec ceux-ci que la confusion est possible.

L'*extirpation* est le seul traitement de ces tumeurs. Simple en cas de fibrome extérieur, elle peut être entourée de grandes difficultés lorsqu'il a évolué vers la cavité abdominale.

B. — TUMEURS DU LIGAMENT LARGE.

Kystes. — On sait que certains kystes de l'ovaire, au lieu de se pédiculer sur l'aileron supérieur du ligament large, se dédoublent

(1) LÉOPOLD, *Arch. für Gynæk.*, 1879, p. 402, Band XVI.

(2) BLUHM, *Arch. für Gynæk.*, Band LV, 1899.

(3) ROSINSKI, *Centralbl. für Gynæk.*, 1899, n° 52.