

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.

et se développent entre ses deux feuillets; on dit qu'ils sont *inclus dans le ligament*. S'ils prêtent aux mêmes considérations de traitement, s'ils sont souvent impossibles à distinguer des kystes du ligament large, ceux-ci ont une pathogénie et une histoire différentes. C'est de ces derniers seuls que nous nous occuperons ici.

Signalés en 1825 par Velpeau, étudiés surtout par Verneuil qui en a soutenu l'origine wolfienne, par Panas, Duplay, Mathews Duncan, Spiegelberg, Schatz, A. Doran, etc., ils ont fait le sujet de plusieurs thèses, dont une, celle de Raimondi (1) en fait très complètement l'histoire et l'étude.

Étiologie et pathogénie. — Pas plus que les kystes de l'ovaire, ces tumeurs ne relèvent d'une étiologie précise; on les observe de vingt-cinq à cinquante ans et l'influence de la grossesse, indiquée par quelques-uns, est très contestable. Plus importantes seraient peut-être les inflammations annexielles en éveillant l'activité des organes embryonnaires contenus dans le ligament (Raimondi).

Le plus grand nombre de ces kystes prennent naissance dans le parovaire, d'où leur nom générique de *kystes parovariens*. Ils se développent soit dans les canalicules verticaux de l'organe de Rosenmüller, soit dans le canal de Kobelt, soit, plus rarement, dans les vestiges du canal de Gärtner, tous débris du corps de Wolf, d'où la dénomination de *kystes wolfiens* sous laquelle ils sont aussi désignés. D'autres peuvent prendre naissance dans le tissu conjonctif, en dehors du parovaire: hygromas ou hydropisie sous-séreuse (Mangin), kystes lacunaires (A. Doran). Pour Güsserow, les gros kystes seraient de véritables kystomes, comme ceux de l'ovaire, et de Sinéty émettait une opinion analogue en attribuant un grand nombre d'entre eux à des ovaires surnuméraires et erratiques.

Nous avons parlé déjà des microkystes paratubaires, de l'hydatide de Morgagni et par inclusion de l'endothélium. Ajoutons qu'on rencontre encore, à titre exceptionnel, dans le ligament large, des kystes dermoïdes et des kystes hydatiques.

Anatomie pathologique. — Ces kystes sont ordinairement uniques, arrondis, régulièrement lisses ou légèrement lobulés (fig. 242). S'ils sont multiloculaires, ce qui n'est pas la disposition habituelle, leur *volume*, variable, atteint en moyenne celui d'un ou deux poings et dépasse rarement 7 à 9 litres; on a observé cependant des poches de 17 litres (Atlee), 20 litres (Bertrand), 23 litres (Jeanbrau et Moitessier), 25 litres (Bleckwen). Le *contenu des kystes wolfiens* est un liquide aqueux, clair comme du cristal de roche, alcalin, de densité faible, 1 002 à 1 008, contenant de 8 à 16 grammes par litre de chlorure de sodium, mais pas de pseudomucine ni de paralbumine; cependant ce défaut d'albuminoïdes n'est pas pathognomonique; on

(1) R. RAIMONDI, Les kystes des ligaments larges, thèse de Paris, 1897.

en trouve dans certaines formes papillaires ou à liquide épais. Duplay, Le Dentu, Winckel, Spiegelberg en ont cité des exemples. Jeanbrau et Moitessier ont trouvé dans leur cas 4^{es}, 98 par litre d'albumine et de globuline.

Structure. — La paroi de ces kystes est généralement mince, transparente, à reflets verdâtres, quelquefois plus épaisse et clivée sur trois couches. Elle est formée de tissu conjonctif contenant quelques fibres lisses qui ne sont pas spéciales à ces kystes, comme le croit Spiegelberg; des vaisseaux ténus rampent dans son épaisseur.

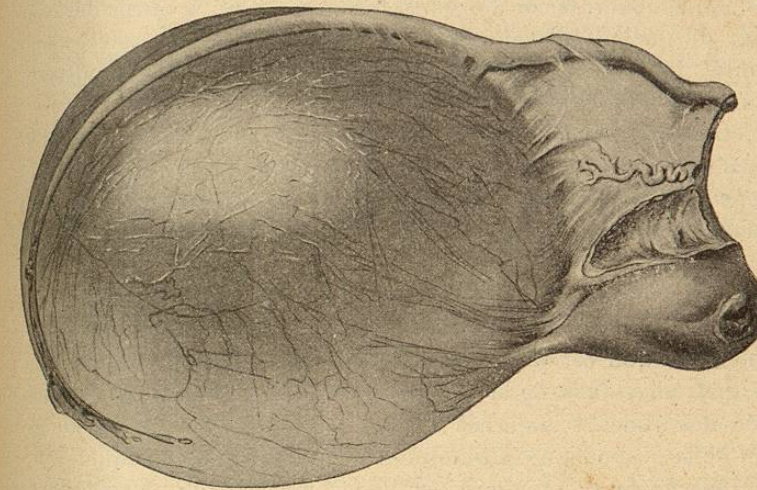


Fig. 242. — Kyste parovarien (d'après Howard A. Kelly).

La *surface interne* est tapissée d'épithélium d'aspect variable et Raimondi reconnaît, d'après leur structure histologique, trois variétés de kystes dont l'évolution clinique est également différente. Dans la première, l'épithélium est nettement cylindrique, à une seule assise, et le liquide est absolument clair; dans la deuxième, kyste à paroi lisse, l'épithélium est cylindro-cubique et le contenu plus épais; enfin, dans les kystes papillaires, caractérisés par la présence de végétations, l'épithélium est polymorphe, formé de plusieurs assises de cellules plates et minces et, en certains points, cylindriques, ciliées ou non, et caliciformes; le liquide est visqueux, plus ou moins teinté, comme celui des kystes mucoïdes.

Connexions et rapports. — La surface extérieure de la poche est lisse et généralement peu adhérente aux feuillets du ligament dont elle est séparée par une couche celluleuse dans laquelle rampent les vaisseaux. Elle atteint d'un côté la paroi pelvienne et, de l'autre, refoule l'utérus qui est généralement en rétroposition; l'ovaire, souvent intact, et la trompe, étirée, surmontent la tumeur. Celle-ci,

tantôt reste pelvienne, tantôt se développe dans la cavité abdominale en étirant le ligament, de manière à se pédiculiser dans une certaine mesure. L'inflammation, l'hémorragie, la rupture, la torsion peuvent en compliquer l'évolution.

Symptômes et marche. — Les signes de début sont nuls ou des plus vagues. Plus tard, le ventre apparaît arrondi, plus volumineux d'un côté, mais non acuminé comme dans le cas de kyste de l'ovaire. Au palper, on constate, au-dessus de l'arcade, une tumeur arrondie, ovoïde, mate, souvent mobile, dépressible et nettement fluctuante, parfois ferme, tendue, résistante, difficile à circonscrire inférieurement. Au toucher, le col utérin est dirigé en haut, le corps dévié en arrière ou quelquefois en avant; souvent il conserve une certaine mobilité (Raimondi). Les phénomènes de *compression*, constants lorsque la tumeur est enclavée, se manifestent du côté de la vessie, du rectum, de l'uretère, plus rarement sur les vaisseaux et les nerfs.

Dans les kystes simples, la douleur est nulle ou ne se traduit que par une certaine gêne; la menstruation est à peine troublée ou reste normale et, sauf quelques troubles dyspeptiques, la santé générale reste longtemps bonne.

Dans les kystes à paroi lisse, la douleur est plus précoce et suffisante pour exiger le repos au moins pendant les périodes menstruelles. La menstruation est ordinairement troublée dès avant l'apparition des signes physiques de la tumeur. Les kystes papillaires évoluent comme des tumeurs malignes à marche lente et leur pronostic est relatif de la proportion d'albuminoïdes contenue dans le liquide.

La *marche* de ces tumeurs est lente, même dans cette dernière variété: Pfannenstiel en a opéré deux qui dataient de douze ans. Elle peut procéder par poussées coïncidant avec une hémorragie ou une complication inflammatoire; elle ne semble influencée ni par le jeune âge, ni par la ménopause.

Les kystes du ligament large coexistent parfois avec d'autres lésions et sont sujets à des *complications* qui ont été bien exposées par Raimondi. Telles sont: la *torsion du pédicule* avec toutes ses conséquences (Bouilly), l'*hémorragie intrakystique* (thèse de Coquelet), la *rupture*, qui a pu causer la mort subite (Bouilly) et qui est dans certains cas un moyen de guérison, l'*obstruction intestinale*, l'*infection* et la *suppuration*; ces dernières s'observent de préférence au cours de la grossesse ou après l'accouchement. En pareil cas, il n'est pas rare de trouver, en même temps que du pus, du liquide kystique clair (Raimondi).

Ces kystes peuvent coexister avec la grossesse, avec un fibrome, un hydrosalpinx, certains cas tératologiques; enfin, ils peuvent être contenus dans une hernie.

Le **pronostic** doit être réservé en raison des complications et des dégénérescences possibles, surtout dans les variétés papillaires;

cependant ces dégénérescences ne sont pas fréquentes: la marche est lente, le retentissement sur la santé générale tardif et léger. A ces divers points de vue, ils sont bien moins graves que ceux de l'ovaire.

Diagnostic. — Les *kystes à évolution abdominale* sont rares: ils sont, la plupart du temps, confondus avec les kystes uniloculaires de l'ovaire, confusion sans importance d'ailleurs. Cependant, le ventre est moins proéminent et on peut quelquefois percevoir à la percussion le déplacement en avant du cæcum ou de l'S iliaque.

Les *kystes à évolution pelvienne* sont plus faciles à reconnaître: ils se présentent sous l'aspect d'une tumeur unilatérale, atteignant ou ne dépassant que de fort peu les limites supérieures du bassin, régulière, fixe, rénitente ou dépressible, indolente au toucher, séparée par un sillon de l'utérus qui est reporté en arrière et de l'autre côté et qui suit, dans une certaine mesure, les mouvements qu'on lui communique, faisant saillie dans le vagin qui glisse sur elle; enfin la santé générale est conservée, l'utérus normal et la menstruation non ou peu troublée. Ces caractères permettent généralement de ne pas les confondre avec la *grossesse* normale ou extra-utérine, avec un *fibrome kystique*, une *salpingite* ou une *tumeur de la trompe*. Quant aux *kystes intraligamentaires de l'ovaire*, il n'est guère possible de les différencier que d'après la bilatéralité éventuelle de la lésion et l'examen du contenu obtenu par ponction. Encore, si ce liquide cristallin permet de conclure à un kyste parovarique hyalin, la réciproque n'existe pas; épais, filant, paralbumineux, il peut provenir aussi bien d'un kyste papillaire du parovarium que d'un kyste de l'ovaire.

Les *kystes dermoïdes* du ligament large sont rares: il en existe tout au plus une douzaine d'observations (1). Ils se reconnaissent à leurs signes propres, mais il ne semble guère possible de différencier le point d'origine et d'éviter la confusion avec un kyste ovarique de même nature.

Plus exceptionnels encore sont les *kystes hydatiques* dont il n'existe que trois cas authentiques: ceux de Schatz, de Pinard et de Walther (2).

Traitement. — La *ponction* suffit parfois à guérir les kystes hyalins; elle était jadis le seul traitement appliqué à tous les kystes parovariques et, dans le cas où l'on est fixé sur la nature du liquide contenu, il nous semble légitime encore d'y recourir, au moins à titre de tentative. Aseptiquement faite, elle ne pourra guère compliquer l'extirpation si celle-ci se montre secondairement nécessaire.

Cependant, l'ablation du kyste constitue la méthode la plus sûre dans tous les cas et la seule si quelque hésitation plane encore, soit sur la constitution chimique du liquide, soit sur le diagnostic de l'origine ovarienne ou parovarienne du kyste.

(1) Ces cas appartiennent à Sânger, Abel, Ferrand, Rendu, Braun, Fernwald, Ulmann, L. Tait, Clay, Terrier et Hartmann, Mauclair. Voy. thèse de RAIMONDI.

(2) Voy. thèse de LEMONNIER, Paris, 1896.

Certaines tumeurs sont accessibles et peuvent être énucléées par *caeliotomie vaginale*. On pourrait même avantageusement faire l'incision large et le drainage par cette voie de tout kyste suppuré dont l'énucléation, par suite du travail inflammatoire voisin, serait probable-

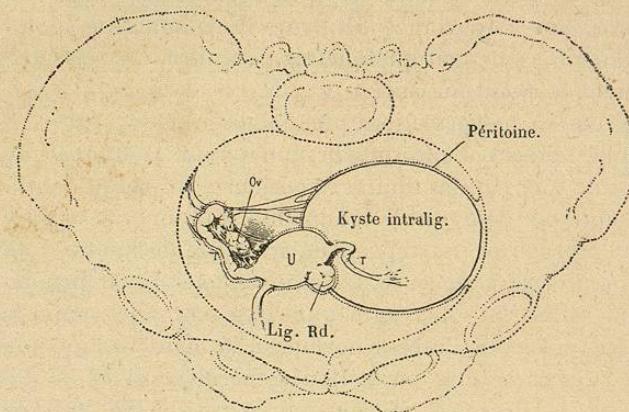


Fig. 243. — Schéma des rapports d'un kyste intraligamentaire (d'après Howard A. Kelly).

ment impossible ou trop laborieuse. Second conseil même, dans certains cas, l'hystérectomie comme temps préalable.

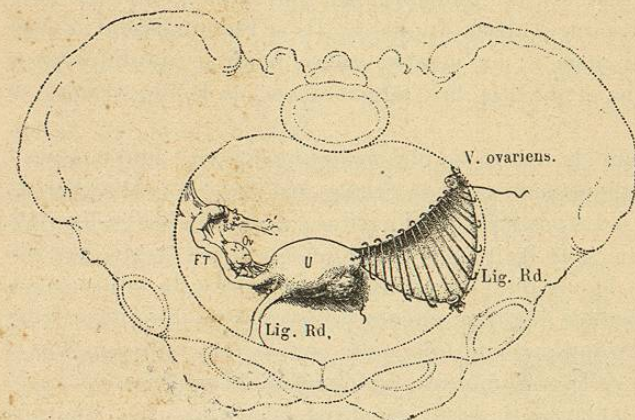


Fig. 244. — Suture continue de la cavité, après énucléation d'un kyste intraligamentaire (d'après Howard A. Kelly).

Mais, presque toujours, c'est à la laparotomie qu'on doit avoir recours. La tumeur et ses connexions ayant été reconnues, on incise sans ponctionner si elle est peu volumineuse, après ponction dans le cas contraire, le feuillet le plus accessible du ligament large sur sa convexité. Chaque lèvres de l'incision est saisie dans des pinces, puis on procède, avec la main, à l'énucléation du kyste. Le décollement est facile et se fait complètement, ou bien l'adhérence est telle qu'il devient impossible ou qu'il ne peut être que partiellement réalisé.

Dans le premier cas, après ablation de la poche en totalité et ligature des vaisseaux, on se trouve en présence d'une vaste cavité cruentée qu'on ferme au moyen d'une série de sutures en capiton, ou

suture en bourse (Lebedeff); une suture continue, superficielle, à larges points, parfait la réunion des deux feuillets de la séreuse dont il est nécessaire parfois de réséquer un lambeau (fig. 243 et 244). Le drainage n'a sa raison d'être, en pareil cas, que si on n'a pu réaliser qu'imparfaitement l'hémostase. Parfois, le ligament large a été étiré et aminci de telle sorte qu'il forme un véritable pédicule; en pareil cas, il n'y a pas lieu de faire l'énucléation et on traite le kyste comme toute tumeur pédiculée.

En cas d'adhérences, et c'est surtout au pôle inférieur de la tumeur qu'elles sont plus résistantes, on peut en être réduit, comme nous l'avons vu pour les kystes ovariens, à ne faire qu'une opération incomplète, limitée à l'incision ou à l'excision d'une partie seulement de la poche, dont on *marsupialise* ensuite la portion abandonnée.

La guérison, pour être longue, n'en sera pas moins assurée. C'est dans ces cas compliqués qu'on s'expose, par trop de ténacité, à déchirer les organes voisins et, en particulier, l'uretère.

Les kystes ovariens inclus s'opèrent de la même manière.

C. — VARICOCÈLE PELVIEN.

Le varicocèle pelvien, signalé déjà par Richet, invoqué comme cause d'hématocèle par Devalz, en 1858, et étudié par Budin, en 1875, dans la grossesse, est caractérisé par une dilatation passive et permanente des veines du bassin. Dudley (1) lui a consacré un important mémoire, vivement discuté par Coe, et Roussan (2) en a fait le sujet de sa thèse.

Il reconnaît pour causes prédisposantes l'absence de valvules des veines, leur défaut de soutien dans le ligament large, les congestions périodiques, la constipation, les grossesses rapprochées, les tumeurs, le prolapsus.

Les veines sont dilatées et contiennent parfois des phlébolithes (Klob, Baude) et des thrombus (Winckel); mais les lésions les plus remarquables qu'entraîne le varicocèle portent sur l'ovaire, et Paul Petit (3) en a fait une étude spéciale. Elles débutent par l'œdème généralisé de l'organe pour aboutir à la sclérose, et telle serait un des modes de la dégénérescence scléro-kystique.

Comme chez l'homme, le varicocèle féminin est plus fréquent à gauche. Il se signale par une sensation de pesanteur et par une douleur plus ou moins lancinante, s'irradiant aux lombes et disparaissant par le décubitus. Au toucher vaginal et surtout rectal (Dudley), il donne la sensation d'une tumeur molle, dépressible, accusée surtout dans la station debout. On pourra le soupçonner à ce signe, mais

(1) DUDLEY, *New York med. Journal*, août 1888.

(2) ROUSSAN, thèse de Paris, 1892.

(3) P. PETIT, *Nouv. arch. de gynec. et d'obst.*, 1891.