

surtout à la coexistence de varices vulvaires, du relâchement des parois abdominales et de la ptose des organes pelviens.

Le traitement agira préventivement ou indirectement, en visant surtout la subinvolution ou le prolapsus et, si les lésions secondaires de l'ovaire l'exigent par elles-mêmes, la question de la castration peut se poser.

#### D. — TUMEURS SOLIDES DU LIGAMENT LARGE.

a. Les *lipomes* sont rares; Peyrot, Middelschen, Terrillon, Pozzi, en ont cité des exemples: ils peuvent acquérir un volume considérable: celui observé par Terrillon pesait 57 livres. Leur diagnostic, en raison de cette rareté, est difficile et la confusion, ordinaire avec un kyste, a pu aller jusqu'à la ponction (Pozzi).

b. Les *tumeurs malignes* observées sur le ligament large sont le plus souvent secondaires ou résultent de la dégénérescence d'un fibrome: ce sont des fibro-sarcomes. Cependant Péan, Chénieux, Polaillon, Playfair ont rapporté des cas de sarcome primitif.

c. *Fibromes*. — Ces tumeurs sont moins exceptionnelles: Lang (1) et Vautrin (2) en ont réuni environ quarante-deux observations. Les uns pensent qu'elles sont d'origine utérine (Kolb, Kiwisch, Virchow); les autres, qu'elles naissent bien réellement dans le ligament large (Sänger, Tedenat, Gross), et particulièrement à sa partie inféro-interne (Vautrin). Si la première opinion est admissible dans certains cas, la seconde s'appuie sur des observations certaines et est plus généralement admise.

Ces tumeurs présentent la même structure que les fibromes utérins. Elles peuvent acquérir, comme ceux-ci, de grandes dimensions (18 kilos, Billroth), sont souvent œdémateuses et subissent facilement la dégénérescence kystique. Elles sont intraligamentaires, rarement pédiculées. Comme les kystes parovariens, elles sont enveloppées d'une couche de tissu cellulaire qui en facilite l'énucléation et leurs vaisseaux sont largement développés. L'utérus, simplement dévié, ne subit généralement aucune modification de volume.

Les fibromes du ligament large ne se signalent que par des phénomènes de compression, souvent très marqués, et nullement par des hémorragies comme ceux de l'utérus. Leur consistance, molle parfois, en raison de l'œdème et des poches kystiques dont ils sont souvent le siège, pourrait prêter à la confusion, les faire prendre pour une *hématocèle*, une *grossesse ectopique*, un *kyste*, une *grosse salpingite*. Mais l'erreur la plus communément commise, au moins pour les tumeurs d'un gros volume, consiste à les prendre pour des

(1) LANG, thèse de Nancy, 1892.

(2) VAUTRIN, *Congrès franç. de chir.*, 1895, p. 884.

*fibromes utérins*: en effet, le cathétérisme de l'utérus déplacé n'est pas toujours possible en pareil cas et la constatation de son indépendance peut échapper à l'examen bimanuel.

d. *Kysto-fibrome végétant*. — Le cas suivant a été observé par l'un de nous. Il s'agit d'une tumeur presque entièrement solide qui s'était développée sur le bord d'un des ligaments larges, au niveau du ligament tubo-ovarien, auquel elle était rattachée par un pédicule très étroit et très mince. Un peu de gêne douloureuse dans le bas-ventre et un retard de quelques jours (cinq et dix) aux deux époques menstruelles antérieures à l'opération, tels avaient été les seuls symptômes présentés par la malade, jeune femme de vingt-trois ans, nullipare, avant la laparotomie qu'elle subit le 24 avril 1890, à

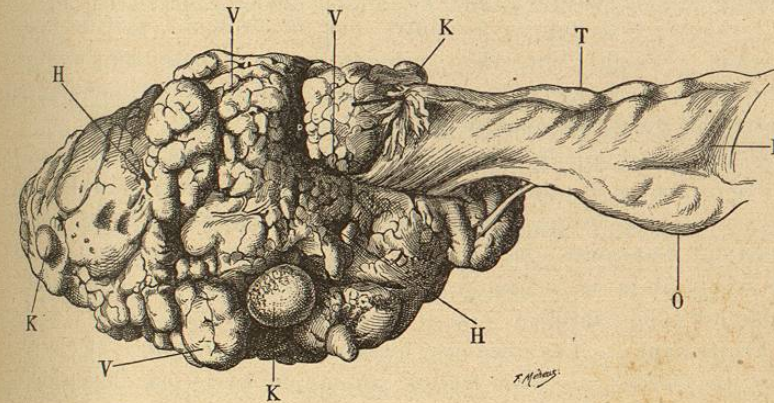


Fig. 245. — Tumeur végétante du ligament large. — L, ligament large; T, trompe perméable d'un bout à l'autre; O, ovaire intact; VV, végétations; HH, points hémorragiques; KK, kyste (Le Dentu).

l'hôpital Beaujon. Depuis janvier seulement elle avait senti la tumeur.

Il était à supposer qu'il s'agissait d'une tumeur solide d'un des ovaires, placée transversalement derrière le pubis, et très mobile; mais les bosselures de sa surface, perçues à travers la paroi abdominale, avaient fait penser à un tératome. Le diagnostic était resté forcément un peu flottant.

L'incision du ventre permit de constater que cette masse solide, enclavée dans le petit bassin, mais libre de toute adhérence, était appendue au ligament large gauche.

Comme l'ovaire gauche était scléro-kystique, les annexes furent enlevées avec la tumeur; celles du côté droit furent respectées.

L'examen de la pièce, un peu incomplet malheureusement, au point de vue histologique, révéla ce qui suit: La tumeur a 14 centimètres de long sur 8 centimètres de large et 9 centimètres d'épaisseur. Sa surface, très irrégulière, présente un très grand nombre de petites saillies arrondies, dont plusieurs sont constituées par des

kystes. Le plus volumineux d'entre eux a les dimensions d'une petite noisette. Les autres bosselures, fines et résistantes, sont d'un blanc légèrement rosé. A la coupe, le tissu de la tumeur rappelle, par son aspect, les lobes du cervelet. La trame est formée par des arborescences de nature évidemment fibreuse, qui supportent un tissu moins ferme, translucide comme du cartilage, parsemé de nombreuses petites cavités kystiques. Les dimensions de ces dernières n'excèdent pas celles d'un grain de mil. Le pédicule, formé par une membrane fibreuse très mince, semble se détacher de la partie la plus externe du ligament tubo-ovarien et de la grande frange du pavillon de la trompe. Celui-ci est absolument indépendant de la tumeur, comme l'ovaire. La trompe elle-même est perméable dans toute sa longueur (fig. 245).

L'examen histologique a montré que cette tumeur était un kysto-fibrome végétant, contenant peu de kystes et beaucoup de tissu fibreux. Sa surface était recouverte d'un épithélium pavimenteux qui paraissait, lui aussi, quelque peu végétant (1).

Il est à noter que le reste de la cavité péritonéale et les organes pelviens étaient absolument intacts. La malade a guéri dans les conditions les plus simples possibles. Les connexions de cette tumeur nous ont déterminé à la rattacher au ligament large, quoiqu'elle fût en continuité avec la grande frange du pavillon de la trompe et le ligament tubo-ovarien.

**Traitement.** — Les fibromes, lorsqu'ils sont *pédiculés*, et c'est là une disposition rare, sont traités, comme un kyste, par l'excision et la ligature du pédicule.

*Sessiles et de petit volume*, ils peuvent être, à la rigueur, enlevés par la voie vaginale, soit directement, par coeliotomie, ce qui n'est qu'exceptionnellement possible, soit plutôt, comme le recommande Segond (2), par hystérectomie préalable. Mais ces opérations sont généralement longues et particulièrement laborieuses. Nous ne saurions recommander cette méthode que pour les fibromes ne dépassant guère les limites du bassin, et après la ménopause.

Chez une femme jeune, quel que soit le volume de la tumeur, et dans tous les cas où celle-ci atteint et, à plus forte raison, dépasse l'ombilic, il faut recourir à la laparotomie. Alors, suivant les cas, on pourra réaliser l'énucléation simple ou être conduit à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale. En effet, certains fibromes *énormes* ont dédoublé le deuxième ligament large et soulevé tout le péritoine pelvien; ils sont œdémateux et très vasculaires; ils sont, en outre, compliqués d'adhérences viscérales: on se trouve en présence des difficultés les plus graves et on doit s'estimer heureux de parvenir à l'extirpation de la tumeur en sacrifiant l'utérus.

(1) LE DENTU, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 3<sup>e</sup> série, 1890, t. XXIII, p. 444.

(2) PAUL SEGOND, *Congrès franç. de chir.*, 1895.

## E. — KYSTES HYDATIQUES PELVIENS.

Nous avons vu qu'on peut rencontrer exceptionnellement des kystes à échinocoques dans l'ovaire et même dans les trompes (cas de Doléris, p. 778). L'utérus et la cavité du bassin en contiennent aussi et on les rencontre aussi dans les ligaments larges. La fréquence absolue de tous ces cas réunis est loin d'être considérable. On en connaît une centaine d'observations environ, et ils ne viennent qu'au dixième rang au point de vue de la fréquence relative. Ils sont généralement secondaires, quelquefois primitifs, et on les a décrits en bloc, sous le nom de *kystes hydatiques pelviens*. Signalés en 1817, par Park, puis en 1840, par Puchelt, ils ont fait l'objet d'un certain nombre d'observations isolées ou de mémoires parmi lesquels nous citerons seulement ceux de Charcot, Schatz, F. Villard, Freund, Porak; les thèses de Dermigny (1), Le Monnier (2), Le Nadan (3), Benoit (4).

Les uns sont secondaires à un kyste du foie, de la rate, du mésentère, etc., et se grefferaient soit directement, après rupture d'une vésicule (L. Tait), soit par l'intermédiaire de la circulation. Bröse a trouvé, en effet, des vésicules dans les vaisseaux. Les autres sont primitifs et l'embryon arrive dans le bassin, soit par le vagin (Freund), soit plutôt par la voie sanguine, ou peut-être par effraction des tuniques intestinales (Secheyron). Charcot, Freund pensent qu'ils sont d'abord et toujours sous-séreux. Sur 88 cas, nettement classés au point de vue du siège, Benoit en trouve 61 pelviens; les autres, utérins, ovariens ou tubaires. Les statistiques de Porak et de Dermigny concordent pour indiquer que leur siège de prédilection est la région rétro-utérine et surtout le cul-de-sac de Douglas. Ils peuvent prendre naissance également sur les muscles et sur les os du bassin.

Ces kystes sont arrondis, sans bosselures, leur volume variable jusqu'à celui d'une tête d'adulte, leur surface lisse, blanc nacré, recouverte d'adhérences qui les unissent aux organes voisins; leur consistance dure et élastique en même temps; et ils sont sous-séreux.

Les **symptômes** de début et les troubles fonctionnels qu'ils comportent n'ont rien de caractéristique et sont communs à toutes les tumeurs pelviennes. A l'examen, on constate une masse arrondie, élastique, dont la consistance est uniforme partout, ce qui les distingue du sarcome kystique et, lorsqu'ils sont très tendus, pourrait les faire prendre pour un fibrome. Cette tension de la tumeur est remarquable surtout au moment de l'accouchement, si elle coïncide

(1) DERMIGNY, thèse de Paris, 1894.

(2) LE MONNIER, thèse de Paris, 1896.

(3) LE NADAN, thèse de Bordeaux, 1896.

(4) BENOIT, thèse de Paris, 1897.

avec une grossesse. L'utérus est ordinairement dévié en avant et reporté en haut. Trois fois seulement le *frémissement hydatique* a été noté (Davaine, Guéniot, Tillaux). Il est vrai qu'il a été rarement recherché, le diagnostic n'ayant presque jamais été fait avant l'opération. Parfois on a signalé l'issue de vésicules hydatiques par l'utérus et le rectum.

La *durée* de ces kystes est longue et peut se prolonger pendant quinze, vingt ans. Abandonnés à eux-mêmes, ils exposent à la suppuration, à la rupture, à la cachexie.

La guérison spontanée n'a été notée que deux fois, par Freund. Leur *pronostic* est donc réservé : il s'aggrave encore des adhérences constantes qui compliquent l'opération et, au point de vue obstétrical, s'ils ne compromettent pas toujours la grossesse, ils sont une cause de dystocie redoutable. Sur 22 cas relevés par Porak, l'accouchement n'a pu se terminer spontanément, mais difficilement, que 8 fois, et les opérations obstétricales nécessitées par la présence du kyste ont entraîné la mort six fois.

**Traitement.** — La *ponction* n'est justifiée qu'au moment de l'accouchement et pour faciliter celui-ci. Elle expose à la suppuration ou à la récurrence. Le même reproche peut être adressé à l'*incision*, qui ne permet pas d'enlever la poche. Bouilly a eu recours à l'*hystérectomie vaginale* dans le cas d'un kyste situé très bas, dans le septum recto-utérin. Mais la *laparotomie* est l'opération de choix. Si on ne peut enlever en totalité la poche trop adhérente, on en fera la marsupialisation, en évitant l'issue des vésicules dans la cavité abdominale. Schröder s'est même contenté une fois de réséquer la poche au ras des adhérences et d'en faire un nettoyage complet, puis il a refermé complètement la cavité abdominale.

#### VII. — GROSSESSE ECTOPIQUE.

La grossesse ectopique est caractérisée par l'arrêt et le développement de l'ovule fécondé en un point situé entre le follicule de Graaf et la cavité utérine. Comme la nidation anormale de l'ovule peut se faire aussi dans une corne utérine rudimentaire, le terme de grossesse *ectopique*, adopté par Barnes, comprend, mieux que celui de grossesse *extra-utérine*, la généralité des cas.

**Étiologie et pathogénie.** — La *fréquence* de cette anomalie est encore difficile à apprécier exactement : les statistiques récentes sont assurément plus chargées que celles d'autrefois, puisqu'elles englobent la presque totalité des hématosalpinx et des hématoécèles. Toth (1) en a relevé 31 cas sur un total de 1700 affections gynécologiques. Küstner (2), à lui seul, a opéré 107 malades de 1893 à 1898

(1) TOTH, *Arch. für Gynæk.*, Band XLI, 1896.

(2) KÜSTNER, *Sammlung klin. Vorträge*, 1899, nos 244, 245.

à Breslau. Il est certain que le nombre des cas publiés augmente de jour en jour parallèlement aux progrès du diagnostic abdominal.

L'*étiologie* s'en résume dans un obstacle à la migration régulière de l'ovule : soit que cet obstacle siège dans la cavité de la trompe, soit qu'il résulte de modifications inflammatoires ou congénitales de ses parois ou d'un étranglement de sa lumière par une compression extérieure. Wyder a incriminé, dans un cas, un polype intratubaire; W. A. Freund, l'atrésie et les coutures de la trompe arrêtée dans son développement; Landau et Rheinlein, des diverticules de la paroi, assez fréquents pour expliquer un bon nombre de grossesses tubaires; Williams a démontré l'influence de cette cause 4 fois sur 30 cas. Kosmann et d'autres l'attribuent à l'existence de pavillons accessoires qui permettent l'issue rétrograde de l'ovule, etc.

Les *lésions inflammatoires* de la muqueuse tubaire ne semblent pas favoriser la production de la grossesse ectopique (Bouilly), malgré l'opinion contraire de L. Tait, d'Orthmann, et même de Küstner. Ce dernier conclut, de ses expériences personnelles et de celles de Mandl et Schmidt, qu'il faut autre chose que les obstacles mécaniques, que la muqueuse tubaire saine est impropre à fournir les conditions nécessaires à l'évolution de la grossesse tubaire et qu'il faut un état inflammatoire. Martin, et plus récemment Paquy (1), Williams (2) ont montré que, dans la grossesse tubaire, les cils persistent souvent et l'épithélium reste intact en dehors de l'aire de nidation. Si les antécédents révèlent un passé génital (20 fois sur 50) et si la lésion s'observe plus fréquemment chez des multipares (33 contre 7 nullipares, Bouilly) (3), il faut faire intervenir plutôt la suppression du péristaltisme tubaire, l'atrésie, et surtout les lésions de périsalpingite qui dévient la trompe ou l'étranglent dans une bride (Dolérus). Ces deux ordres de lésions peuvent d'ailleurs associer leur influence pathogénique. Le spermatozoïde peut, en pareil cas, traverser la trompe restée perméable pour aller féconder un ovule du côté opposé (Kelly); ou bien, l'ovule fait une migration rétrograde de la trompe saine à la trompe atrésiée. Coe a opéré une grossesse tubaire correspondant à cette pathogénie, et Williams a interprété dans le même sens 5 cas sur 30 opérés par Kelly. Knauer (4) a d'ailleurs démontré expérimentalement la migration de l'ovule à distance et observé la grossesse après des transplantations d'ovaires ou après l'ablation de l'ovaire d'un côté et de la trompe de l'autre.

De la même manière que la péritonite, par compression périphérique ou déviation, agissent les tumeurs pelviennes, les fibromes en particulier (Léopold). Enfin, citons comme curiosité pathogénique

(1) PAQUY, thèse de Paris, 1897.

(2) HOWARD A. KELLY, *Operative Gynecology*, vol. II, p. 432.

(3) BOUILLY, *La gynécologie*, 1898.

(4) KNAUER, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, 1897.