Et d'ailleurs cette question du diagnostic est en réalité secondaire. Quelle que soit la tumeur, le traitement est identique. Il faut l'extirper. La laparotomie permettra d'enlever en quelques minutes, et avec des chances presque certaines de guérison opératoire toutes ces tumeurs lorsqu'elles sont pédiculées. Le fibrome ne reviendra pas; le sarcome et l'épithéliome pourront au contraire reparaître et récidiver. Mais cette récidive est loin d'être fatale, et à propos des sarcomes, Langmeister cite 10 malades qui sont restés guéries de quatre à seize années.

Si la tumeur est indubitablement maligne et a commencé à se généraliser, il est évident qu'il faudra s'abstenir. Mais s'il y a un doute quelconque sur son opérabilité, si elle est mobile en masse, si l'état général n'est pas trop grave, il faudra pratiquer la laparotomie, quitte à s'en tenir à une simple exploration s'il est matériellement certain, une fois le ventre ouvert, que l'opération est absolument impossible. En dehors de ces cas, il faut marcher, car tout cancer anatomiquement extirpable doit être extirpé.

II

TUMEURS DE LA TROMPE

Les tumeurs de la trompe sont exceptionnelles.

Les petits kystes du pavillon, développés aux dépens de l'hydatide de Morgagni, d'autres petits kystes qu'on voit appendus sur le bord supérieur du ligament large et qui se développent sans doute aux dépens des vestiges du canal de Wolff, n'ont aucune importance clinique.

Doleris à observé un kyste hydatique de la trompe.

Il y a aussi quelques observations de fibromes de la trompe qui font saillie sous la séreuse, sans oblitérer la lumière du canal tubaire et Pozzi a observé une tumeur dermoïde.

Les seules tumeurs de la trompe qui aient une histoire clinique sont les tumeurs papillaires qui peuvent d'ailleurs être bénignes ou malignes. On trouvera leur histoire complète dans les thèses récentes de Macrez et de Danel 2 auxquelles je renvoie pour beaucoup de détails que je ne puis donner ici.

TUMEURS PAPILLAIRES

Elles constituent à peu près exclusivement toutes les tumeurs de la trompe. Mais elles n'en sont pas moins fort différentes les unes des autres, puisque, bien qu'elles aient toutes l'aspect papillaire, les unes sont bénignes et sont de simples papillomes et les autres sont malignes et sont de véritables épithéliomes.

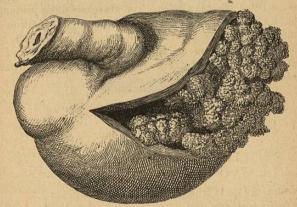


Fig. 489.
Papillome de la trompe (Doleris).

Anatomie pathologique. — Extérieurement la tumeur ressemble à une trompe kystique (fig. 191). Elle est arrondie, du

^{&#}x27; Macrez. Des tumeurs papillaires de la trompe de Fallope. Thèse de Paris, 4899.

^{&#}x27; DANEL. Essai sur les tumeurs malignes primitives de la trompe utérine. Thèse Paris, 4899.

volume d'une orange ou d'une tête de fœtus, d'une couleur grisâtre, ardoisée, rappelant celle d'un kyste de l'ovaire, mais ne présentant pas de vaisseaux à sa surface. Elle a en somme l'aspect d'une salpingite kystique commune qui peut être indépendante des organes voisins ou contracter avec eux des adhériées variables. Dans les cas de tumeur maligne ayancée, la surface de la trompe kystique peut présenter des noyaux néoplasiques, qui peuvent s'étendre aux parties voisines.

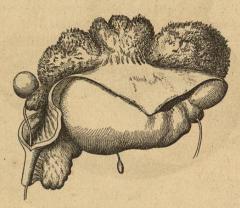


Fig. 190.

Papillome de la trompe (d'après Alban Doran) (Thèse Macrez).

La trompe a été divisée suivant son bord supérieur et a été éversée montrant des masses papillomateuses qui viennent de la muqueuse.

Mais dès qu'on ouvre la poche kystique les phénomènes changent et son aspect n'est plus celui d'une trompe simplement infectée. Sa face interne est, en effet, tapissée de végétations soit villeuses, soit papillaires (fig. 189, 190).

« Dans le type villeux, la villosité s'implante sur la paroi; elle est plus ou moins longue. Certaines sont divisées à leur extrémité libre. Ces villosités sont cylindriques ou conoïdes, quelques-unes sont en forme de massue. Elles sont indépendantes les unes des autres. Elles paraissent semées sur la face

interne de la trompe et donnent à celle-ci l'aspect velvétique. » (MACREZ.)

« Dans le type papillaire on se trouve sans doute en présence d'un stade plus avancé. Les papillomes ont une base d'implantation généralement ténue; les différentes petites tu-

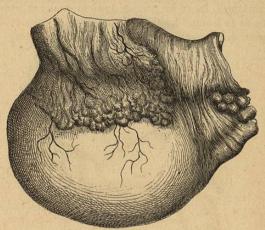


Fig. 191.
Tumeur salpingienne végétante (face antérieure) (DOLERIS).

meurs qui constituent les grosses sont indépendantes les unes des autres et ne sont confondues entre elles que dans le cas d'épithélioma avéré.

« La partie libre de ces papillomes peut être kystique et Sænger et Barth décrivent de simples papillomes et des papillomes à vésicules kystiques.

« La partie libre de ces papillomes n'est jamais ulcérée dans les tumeurs bénignes.

« On peut rencontrer l'ulcération dans les cas d'épithélioma et alors un liquide sanieux les recouvre. » (Macrez.)

Les orifices de la trompe peuvent être oblitérés ou, au contraire, rester perméables, et le liquide sécrété dans la cavité

CHIR. DES ANNEXES DE L'UTÉRUS.

tubaire peut s'écouler dans le péritoine en donnant lieu à de l'ascite, ou, au contraire, s'évacuer par le vagin.

Le liquide contenu dans la poche est d'aspect gommeux, de couleur citrin foncé. Dans les cas malins, il peut être sanguinolent.

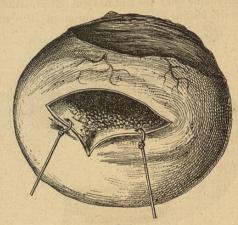


Fig. 192.

La tumeur est ouverte et laisse voir les végétations intérieures (Doleris).

Au point de vue histologique on peut rencontrer, suivant la régularité de la prolification épithéliale, trois formes différentes.

La forme papillomateuse, dans laquelle les papilles à stroma conjonctif et vasculaire sont doublées d'une couche unique de cellules épithéliales cylindriques. En certains points on peut rencontrer deux et même trois assises de cellules.

La forme adénomateuse, souvent mélangée à la précédente, dans laquelle on rencontre des invaginations épithéliales dans la muqueuse et de véritables formations glandulaires (fig. 194).

Enfin la forme épithéliomateuse, dans laquelle on retrouve les dégénérations cellulaires atypiques et les invaginations tubu-

laires dans l'épaisseur de la muqueuse et les tissus sousjacents.

Etiologie. — Il paraît certain que ces tumeurs ne se développent guère que chez des femmes qui ont présenté pendant longtemps des lésions de salpingite chronique. Il n'y a là rien



Fig. 493.

Papillome de la trompe de Fallope (Macrez, d'après Alban Doran).

Coupe d'une végétation montrant un espace limité par un épithélium. Au-dessous une partie de la même végétation grossie.

que de fort naturel et l'on connaît bien l'influence qu'ont les irritations et les infections chroniques sur la genèse des néoplasmes. C'est à cette cause qu'il faut attribuer, sans aucun doute, cette particularité que presque toutes ces tumeurs ont été rencontrées chez des femmes nullipares ou n'ayant eu qu'une grossesse à peine, et encore depuis fort longtemps. Le développement du néoplasme n'a rien à voir avec la stérilité relative ou absolue de ces femmes, mais le néoplasme et la stérilité doivent être attribuées à la même cause, c'est-à-dire à l'existence des l'ésions inflammatoires anciennes et chroniques du côté des trompes.

Symptômes et diagnostic. — Dans la grande majorité des cas les signes des tumeurs de la trompe sont ceux d'une salpingite commune. On sent dans le cul-de-sac latéral, une tumeur peu volumineuse, plus ou moins sensible, plus ou moins mobile suivant les cas et il est dans ces conditions à peu près impossible de songer à autre chose qu'à une salpingite. Il est

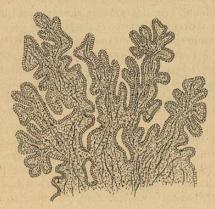


Fig. 194.

Coupe microscopique d'une adénome de la trompe de Fallope (Macrez, d'après Bland Sutton).

donc presque fatal que ces tumeurs ne soient reconnues que pendant l'opération, ou même après l'opération.

Il n'y a guère qu'un signe qui, s'il est bien observé, peut mettre sur la voie du diagnostic. C'est un écoulement vaginal abondant, séreux ou aqueux, non purulent. Lorsque l'orifice de la trompe dans l'utérus est resté perméable, le liquide accumulé dans la poche tubaire et dans lequel baignent les végétations papillaires ou épithéliales peut être expulsé au dehors par la cavité utérine et le vagin. Mais on comprend combien cet écoulement est facile à confondre avec les écoulements multiples des voies génitales.

De même l'ascite, qui fait son apparition fréquente lorsque

l'orifice du pavillon de la trompe est perméable et qui peut présenter un certain caractère d'intermittence, sera bien difficile à distinguer de l'ascite qui accompagne les autres affections utéro-ovariennes.

En résumé, ces tumeurs de la trompe, bénignes ou malignes, sont presque toujours confondues soit avec des salpingites communes, soit, au moment où elles prennent une tournure maligne évidente, avec des tumeurs cancéreuses qu'on rapportera le plus souvent à l'ovaire, et il est à peu près impossible qu'il en soit autrement, si l'on songe à la rareté de ces tumeurs tubaires et à l'extrême fréquence des autres affections annexielles avec lesquelles on est exposé à les confondre.

Le traitement des tumeurs de la trompe est bien simple. Il n'y a pas autre chose à faire que de les extirper, et aussitôt qu'elles seront reconnues. La récidive est, en effet, fréquente lorsqu'on se trouve en présence de la forme éphitéliale et que les végétations ne sont plus renfermées dans la trompe distendue. On a donc tout intérêt à pratiquer des opérations précoces. J'ajoute qu'on doit, comme pour tous les cancers, extirper la trompe malade tant qu'il n'est pas évident qu'elle n'est pas extirpable. Cette opération ne diffère en rien d'une laparotomie ordinaire pour salpingite kystique ou tumeur ovarienne.

III

TUMEURS DU LIGAMENT ROND

La pathologie du ligament rond est des plus simples. Les maladies en sont extrêmement rares et on n'y rencontre guère que des kystes et des sibromes.

Kystes. — Les kystes se rencontrent surtout au niveau du point où le ligament rond traverse le canal inguinal. Du canal inguinal dans lequel ils se développent, ils peuvent descendre jusque dans la grande lèvre. Ils dépassent rarement le volume d'un œuf de pigeon. Lorsqu'on les ouvre, le liquide qui s'en écoule est séreux. Leur paroi est lisse, mince et le ligament rond, qui leur adhère, apparaît à leur face interne sous la forme d'une saillie longitudinale qui repousse pour ainsi dire la paroi.

Il est probable que ces kystes ne sont pas, en réalité, développés aux dépens du ligament rond lui-même comme le pense Weber, qui les fait venir du gubernaculum de Hunter. Celui-ci n'est autre chose que le ligament rond embryonnaire et est primitivement creux.

Il est plus probable encore que ces kystes ne sont pas, ainsi que le pense Duplay, des sacs herniaires déshabités.

Il est, au contraire, vraisemblable qu'ils se développent aux dépens du canal de Nuck, diverticule péritonéal qui accompagne le ligament rond, et qui est l'homologue du canal vaginopéritonéal de l'homme. Ces kystes seraient donc analógues aux kystes du cordon.

Leur développement est lent, leur forme oblongue; ils sont lisses, rénitents, parfois réductibles dans le ventre, quelquefois bilobés avec un étranglement au niveau de l'anneau inguinal externe. Leur indolence est complète et leur gravité nulle. Tout au plus apportent-ils une certaine gêne lorsqu'ils augmentent de volume.

Ils peuvent être confondus avec une hernie épiploïque qui n'a pas leur régularité, leur rénitence, et qui, d'autre part, possède un pédicule. L'entérocèle, qui peut également leur ressembler beaucoup, est sonore, alors qu'ils sont mats. La hernie de l'ovaire est douloureuse alors qu'ils sont indolents.

Le diagnostic en est donc en général facile, et bien que le pronostic en soit extrêmement bénin, malgré l'inflammation et la suppuration possibles, ils doivent être enlevés.

Le traitement le meilleur est en effet l'extirpation. La ponction suivie d'injection iodée serait acceptable si elle n'exposait aux accidents que peut entraîner la pénétration de la teinture d'iode dans la cavité péritonéale par suite d'une oblitération incomplète du canal de Nuck. Et puis il faut compter avec les erreurs de diagnostic possibles, avec les hernies,

et dans ce cas, le mieux est toujours d'opérer à ciel ouvert et de bien voir ce que l'on fait.

L'extirpation est d'ailleurs des plus simples. Elle peut, en général, se faire sous la simple anesthésie locale cocaïnique.

La dissection sera faite avec soin, en ouvrant au besoin le canal inguinal. On évitera de couper le ligament rond et on refermera le canal par quelques points de suture au catgut, de façon à prévenir la formation possible d'une hernie consécutive.

FIBROMES. — Les *fibromes* du ligament rond sont fort rares. En 1896, Delbet et Heresco n'en ont trouvé que 16 cas, sur lesquels 4 siégeaient dans la portion abdominale et 12 dans la portion inguinale extérieure.

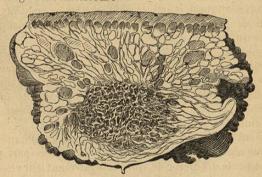


Fig. 195.
Fibro-myome du ligament rond (Kelly).

Ils sont presque toujours situés à droite (13 cas sur 17) et ne se rencontrent guère que chez des multipares.

Ce sont presque toujours, d'après Dort, des fibro-myomes (12 cas sur 13). On aurait rencontré seulement un fibro-sarcome.

'Voir Delbet et Heresco. Des fibromes de la portion abdominale du ligament rond. Rev. de chir., 1896, p. 607.

Il y a aussi des fibro-myxomes.

Comme le fibrome de l'utérus, ils sont en général irrégulièrement lobulés.

Quant à leur volume, il est des plus variables. Ordinairement il ne dépasse guère celui d'un œuf de poule. Mais ils peu-

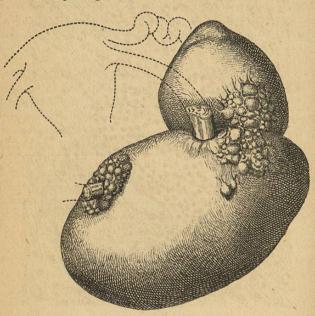


Fig. 196.
Fibrome du ligament rond dans le canal inguinal (Kelly).

vent acquérir des dimensions beaucoup plus considérables et peser 2 kilog., 5 kilog. (Pierre Delbet) et jusqu'à 12 kilog. (Léopold).

Lorsque le fibrome naît dans le canal inguinal ou dans la grande lèvre, il se développe vers l'extérieur. Au contraire lorsqu'il naît dans la portion abdominale du ligament rond, il se développe vers la cavité péritonéale et peut contracter avec les organes pelviens et abdominaux des adhérences secondaires. Il peut encore se développer en partie en avant de la

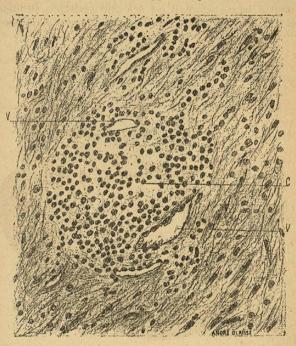


Fig. 197.
Fibro-myome du ligament rond (CLAISSE).
Prolifération cellulaire C, autour des vaisseaux V. 300/1.

paroi abdomidale, en partie en arrière, dans l'espace souspéritonéal en présentant une étranglement qui correspond au canal inguinal (fig. 196).

Symptômes et diagnostic. — Les fibromes extra-abdominaux forment une tumeur dure, bosselée, plus ou moins mo-

bile qui siège dans la grande lèvre, à l'orifice du canal inguinal dans lequel on peut parfois les réduire, ou dans le canal inguinal lui-même. Ces tumeurs sont indolentes et ne font que gêner les malades qui les portent. Ce n'est que lorsqu'elles ont acquis un gros volume qu'elles peuvent provoquer des compressions ou des tiraillements douloureux.

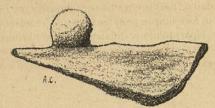


Fig. 198.
Fibro-myome du ligament rond (Claisse).

Lorsque le fibrome se développe dans l'abdomen il présente nécessairement tous les signes d'une tumeur abdominale et en particulier d'une tumeur ovarienne. Il a, lorsqu'il est un peu gros, ce qui est d'ailleurs exceptionnel, assez exactement la consistance et la situation antéro-latérale du fibrome de l'ovaire.

Aussi est-il à peu près impossible de faire avant l'opération le diagnostic des fibromes abdominaux. L'indépendance de l'utérus permettra de les différencier des fibromes de cet organe. Mais pour les distinguer des tumeurs solides de l'ovaire et aussi des kystes dermoïdes, il n'y a qu'un signe, et encore est-il bien aléatoire. Les kystes et tumeurs de l'ovaire naissant derrière le ligament large, repoussent en général l'utérus en bas et en avant. Les fibromes du ligament rond le repoussent au contraire en bas et en arrière. Mais c'est là un symptôme un peu théorique. En clinique on ne porte pour ainsi dire jamais avec exactitude le diagnostic de fibrome du ligament rond. Bien heureux si, par le point d'implantation exact de son pédicule, on peut reconnaître sa nature pendant l'opération.

Pour les fibromes extra-abdominaux le diagnostic est plus simple. Encore sera-t-on exposé à confondre cette tumeur avec

les tumeurs de la grande lèvre et surtout avec les tumeurs du canal inguinal, en particulier les hernies de l'ovaire ou de l'épiploon ou certains lipomes préherniaires. L'examen minutieux des symptômes permettra seul de se prononcer avec quelque chance de ne pas se tromper.

Et d'ailleurs cette question de diagnostic n'a qu'une importance secondaire, toutes ces tumeurs devant être extirpées.

L'opération, fort simple pour les fibromes extra-abdominaux, devient une laparotomie ordinaire pour les fibromes internes qui doivent être enlevés exactement comme on enlève une tumeur annexielle, salpingite kystique, fibrome ou kyste de l'ovaire.

IV

TUMEURS DU LIGAMENT LARGE

Les ligaments larges sont le siège d'affections variées. J'ai décrit plus haut les abcès et les suppurations qui s'y développent et je n'y reviens pas. Mais on y rencontre également des tumeurs solides ou liquides qui présentent un très grand intérêt chirurgical. Elles doivent être étudiées à côté des tumeurs des annexes auxquelles elles ressemblent beaucoup au point de vue clinique et dont elles se rapprochent plus encore par le traitement qu'on leur oppose. Je les décrirai donc ici successivement.

A. TUMEURS SOLIDES

Les tumeurs malignes des ligaments larges n'existent guère, ou même n'existent pas en tant que tumeurs primitives. Sans doute le cancer y est des plus fréquents, mais ce n'est que par envahissement secondaire, comme dans les cas si communs où un cancer du col utérin se propage à la base du ligament large le long des lymphatiques et des espaces celluleux.

396

Il en est de même pour les tumeurs végétantes de l'ovaire, et en un mot pour tous les cancers du voisinage.

Le sarcome y existe peut-être à l'état primitif. Péan, Polail-LON, PLAYFER en auraient cité quelques cas, mais il est beaucoup plus probable que, lorsqu'on l'y rencontre, il est dû à la dégénérescence d'un fibro-myome primitif.

Il y a de la graisse dans le ligament large. Il peut donc y avoir des lipomes. Pozzi en a enlevé un de 57 livres. Ils n'en sont pas moins tout à fait exceptionnels, régulièrement confondus avec d'autres tumeurs et sans véritable intérêt clinique.

Les tumeurs solides du ligament large sont presque toujours des fibromes ou des fibro-myomes.

FIBROMES. - Ce sont des tumeurs assez rares et on n'en a guère signalé plus d'une cinquantaine de cas.

Leur structure est la même que celle des fibromes utérins. Comme eux ils sont denses, souvent formés de noyaux agglomérés, énucléables, de volume très variable, blanchâtres à la coupe, quelque peu élastiques. Le volume de ces fibromes peut être considérable, et Вилкотн en a enlevé un qui ne pesait pas moins de 18 kilogrammes.

Au point de vue histologique on y rencontre, en dehors du tissu fibreux qui forme la plus grande partie de la tumeur, des fibres musculaires lisses. Parfois il y a des cavités kystiques, soit par ramollissement et nécrobiose locale, soit par hémorragie interstitielle, soit enfin à la suite d'une véritable transformation sarcomateuse.

Ces tumeurs sont en général encapsulées et la nappe celluleuse qui les entoure facilite beaucoup leur extraction. Elles sont incluses entre les deux feuillets du ligament large. Suivant leurs volumes elles paraissent complètement sous-péritonéales, ou au contraire, lorsqu'elles sont considérables et font saillie dans la cavité abdominale, intra-péritonéales comme de volumineuses tumeurs annexielles (fig. 199, 200).

Autour d'elles, dans le ligament large, les vaisseaux sont souvent très développés. Il y a de larges plexus veineux formés de grosses veines entrelacées et anastomosées, et l'on comprend que, au cours de l'opération, il puisse y avoir, de ce fait, des difficultés considérables.

L'enclavement possible de ces tumeurs dans le petit bassin amène, du côté des différents organes, des troubles de compression de toute sorte sur lesquels il est inutile d'insister.

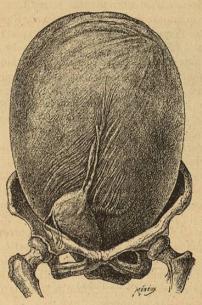


Fig. 199. Fibro-myome kystique du ligament large (SCHAUTA).

Pathogénie. — Il est admis aujourd'hui que ces tumeurs se développent primitivement dans le ligament large.

Longtemps on avait pensé qu'il s'agissait là de fibro-myomes utérins partis du bord de l'utérus, ayant dédoublé les deux feuillets du ligament large et séparés secondairement de l'utérus par rupture ou résorption du pédicule. Mais on n'a jamais trouvé trace de ce pédicule ou de ses vestiges.

CHIR. DES ANNEXES DE L'UTÉRUS.

D'autre part, il y a dans le ligament large des fibres musculaires en grand nombre, décrites par Rouger, et il n'y a aucune raison pour que les tumeurs dont nous parlons ne se développent pas aux dépens de ces fibres musculaires propres. Elles sont d'ailleurs plus communes aux points où ces

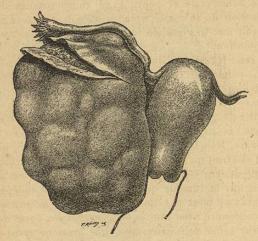


Fig. 200.

Fibrome du ligament large (Labadie-Lagrave et Legueu).

Le feuillet péritonéal est incisé pour la décortication.

fibres sont elles-mêmes les plus nombreuses, c'est-à-dire dans la*partie inféro-interne du ligament large.

Enfin il est un dernier argument, et le meilleur, qui prouve que ces tumeurs appartiennent en propre au ligament large. On en a vu qui étaient munies d'un pédicule très net et qui partait précisément du ligament large lui-même.

Symptômes et diagnostic. — La tumeur et les phénomènes de compression qui en résultent sont à peu près les seuls signes auxquels donne lieu cette affection. Elle ressemble

beaucoup au fibrome de l'utérus, ou plutôt à certains fibromes sous-péritonéaux et n'ayant aucun retentissement sur la muqueuse utérine. En effet, ici, il n'y a pas d'hémorragies, et de plus la cavité utérine n'est pas augmentée. Mais on sait que beaucoup de fibromes sous-péritonéaux ne donnent lieu à aucune hémorragie et peuvent ne s'accompagner d'aucune modification de la cavité utérine. Ces deux signes négatifs, sans avoir une très grande valeur, méritent cependant d'attirer l'attention.

Les renseignements donnés par le toucher sont les plus fidèles, comme il est de règle dans toutes les affections annexielles. La tumeur est en effet située sur le côté de l'utérus qui est repoussé du côté opposé, et en général vers le fond du petit bassin. Il est quelquefois possible d'établir l'indépendance de l'utérus et de la tumeur, et c'est là un signe de premier ordre. Mais bien souvent il y a entre les deux un accolement si étroit qu'il est impossible de se rendre compte de la réalité de leur séparation. D'autre part, si l'on est parvenu à établir que la tumeur que l'on examine est indépendante de l'utérus et n'est pas un fibrome, il est encore possible de la confondre avec une tumeur annexielle, kyste dermoïde ou tumeur solide de l'ovaire, avec une grossesse extra-utérine, ou enfin avec une tumeur du ligament large lui-même, dont le type est formé par les kystes parovariens. Ceux-ci, il est vrai, sont plus réguliers, plus globuleux et présentent souvent une fluctuation véritable. Mais tous ces signes peuvent être obscurs, et en réalité le fibrome du ligament large est presque toujours confondu soit avec un fibrome utérin, soit avec une tumeur des annexes.

Traitement. — Lorsque ces tumeurs sont de petit volume, elles peuvent être enlevées par le vagin. C'est le conseil que donne Segond; c'est aussi l'avis de Legueu. Tous deux conseillent l'hystérectomie vaginale pour mener à bien cette extirpation. Elle me paraît en effet nécessaire, d'autant plus que le diagnostic 'exact est en réalité très rarement porté et qu'on croit, en général, opérer un fibrome utérin.