

vérité, tous les auteurs⁽¹⁾ admettent que les kystes végétants très riches en proliférations papillomateuses intra- et surtout extra-kystiques sont particulièrement redoutables. Le fait est exact; toutefois ce n'est pas absolu, et Terrier, par exemple, a maintes fois opéré des malades chez lesquelles des productions papillaires extra-kystiques s'étaient greffées sur le rectum ou le ligament large, sans que la guérison se soit pour cela démentie⁽²⁾. Bouilly⁽³⁾ pense que la malignité est surtout en rapport avec le séjour plus ou moins prolongé de la tumeur dans la cavité abdominale. Bref il est difficile d'affirmer la malignité d'un kyste sur la simple constatation de sa richesse en végétations papillaires, et comme les kystes les moins végétants sont par contre susceptibles de récidives, il en résulte que la caractéristique macroscopique de la malignité reste à déterminer.

L'histologie, à son tour, fait comprendre comment un kyste quelconque peut entraîner, soit la récurrence, soit la généralisation, puisqu'elle admet qu'il est presque toujours d'origine épithéliale, mais elle n'est certes pas en mesure de fournir les éléments d'un pronostic infailible dans tel ou tel cas particulier. Toutefois, on peut dire avec Poupinel que si la généralisation est à la vérité susceptible de s'observer dans les kystes prolifères ordinaires, elle est incomparablement plus fréquente « lorsque dans la tumeur s'observent des productions adénoïdes, carcinoïdes ou colloïdes », productions qui attestent d'ailleurs que l'épithéliome kystique est en pleine activité de développement. En cas de néoformation adénoïde, la malignité est en quelque sorte plus locale alors que la généralisation des productions carcinoïdes offre plutôt les caractères de la véritable infection cancéreuse.

D'autres incertitudes se rencontrent dans l'étude des causes ou du mécanisme de la récurrence et de la généralisation. Quénu et Terrillon estiment que l'exiguïté du pédicule est un gage de bénignité. Dans ces conditions, dit Terrillon⁽⁴⁾, « le kyste semble vivre d'une vie propre, indépendante.... Il existe donc un véritable isolement qui doit avoir pour la propagation de la maladie et pour sa récurrence ultérieure une grande importance ». L'interprétation est sans doute plausible; elle serait analogue à celle que Labbé et Coyne ont proposée à propos de l'encapsulation des tumeurs du sein; mais jusqu'à plus ample informé elle n'en reste pas moins à l'état d'hypothèse. Il en est de même pour ce qu'on dit des greffes cancéreuses. Un des faits les plus probants à l'appui de cette théorie appartient à Nicaise⁽⁵⁾. A la suite de la ponction d'un kyste ovarique, il a vu « se faire un noyau de généralisation par greffe dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Quelques cellules avaient été entraînées par le trocart et s'étaient arrêtées dans la paroi abdominale, où elles avaient pululé ». Quelques faits sont justiciables d'une interprétation analogue, mais il est excessif de vouloir généraliser ce mécanisme de la récurrence. Le laps de temps qui s'écoule habituellement entre la récurrence et l'opération est trop long pour cela.

(1) PFANNENSTIEL, *Ueber die Malignität der papillaren Ovariengeschwülste. Verh. der deut. Gesell.*, 1875, p. 557. — DURET, *Congrès intern. de gyn. et d'obst.* Bruxelles, 1892, p. 555. — CAZENAVE, *Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale.* Thèse de Paris, 1895.

(2) TERRIER, *Ibid.*, 1885, t. XI, p. 275.

(3) BOUILLY, *Le pronostic des kystes végétants des ovaires. Sem. gyn.*, 1897, p. 545.

(4) TERRILLON, *Des récidives cancéreuses après l'ablation de quelques kystes de l'ovaire. Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1885, t. XI, p. 269.

NICAISE *Revue de chir.*, 1885.

Sans insister plus longtemps, on voit que la récurrence et la généralisation des kystes ovariques n'échappent pas aux incertitudes qui planent encore sur la physiologie pathologique des tumeurs récidivantes et malignes en général. En revanche, nous avons maintenant la preuve clinique de ces récidives ou de ces généralisations, et c'est beaucoup. Nous savons en effet que sous l'influence de la diathèse dont les kystes dérivent, et grâce au terrain sur lequel ils se développent, ils peuvent non seulement donner lieu soit à des récidives par repullulation, soit à des récidives par continuité de tissus, mais encore infecter l'organisme tout entier, se généraliser en un mot et provoquer ainsi la formation de tumeurs secondaires en des régions plus ou moins éloignées du foyer primitif. La connaissance de ces faits, dont l'étude se perfectionne tous les jours, offre la plus haute importance. Toutefois, je tiens à le répéter une dernière fois, il ne faudrait pas s'exagérer la fréquence de ces récidives ou de ces généralisations qui s'observent à peine dans la proportion de 2 à 5 pour 100 d'après les statistiques les plus récentes. La dénomination d'épithélioma appliquée au kyste ovarien a surtout la valeur d'une expression histologique. Cliniquement, les kystes de l'ovaire doivent être considérés comme des tumeurs le plus souvent bénignes, et la guérison qui suit leur ablation est certainement l'une des plus durables et des plus merveilleuses que notre intervention soit capable de conférer. La santé florissante de la majorité des opérées nous en donne tous les jours la péremptoire et victorieuse démonstration.

CHAPITRE IV

TUMEURS DES TROMPES, DES LIGAMENTS ROUNDS ET DES LIGAMENTS LARGES

I

TUMEURS DES TROMPES.

A. FIBROMES. — Les fibromes de la trompe sont très rares. Sanger et Barth n'ont pu en réunir que 5 cas⁽¹⁾. Ils se développent généralement vers le péritoine et n'ont pas de tendance à oblitérer la cavité de l'oviducte.

B. ÉPITHÉLIOMES. — La dégénérescence maligne des trompes est le plus souvent secondaire; elle n'est qu'une propagation d'un cancer de l'ovaire, ou une métastase du cancer de l'utérus (Pozzi)⁽²⁾. C'est ainsi que sur 75 cas de cancer de l'utérus, Kiwisch⁽³⁾ a relevé 18 fois la propagation aux trompes. Orthmann⁽⁴⁾ a relevé 15 observations de cancer secondaire de la trompe, 9 fois l'utérus cancéreux en était le point de départ, 4 fois la propagation s'était faite par l'ovaire dégénéré.

(1) A. MARTIN, *Die Krankheiten der Eileiter*, p. 291.

(2) S. POZZI, *Loc. cit.*, 5^e édit., p. 882.

(3) KIWISCH, cité par Pozzi, *Loc. cit.*, p. 882.

(4) ORTHMANN, *Centr. für Gyn.*, 1888, n^o 21, p. 545.

Le cancer primitif des trompes est rare. Dittrich⁽¹⁾, sur 94 cas de cancers de différents organes, a noté 4 cancers de la trompe. A. Martin, Doran⁽²⁾, Routier⁽³⁾, Tuffier⁽⁴⁾, Duret⁽⁵⁾ ont observé des carcinomes primitifs de la trompe. Sanger et Barth en ont réuni 17 observations authentiques. Elles appartiennent toutes à des femmes près de la ménopause; l'âge des malades, en effet, varie de quarante-trois à soixante ans. Doran et Fearné⁽⁶⁾ admettent que le carcinome de la trompe est toujours le résultat d'une dégénérescence maligne d'un papillome bénin préexistant. Au point de vue anatomique il existe une forme papillaire et une forme alvéolaire.

C. SARCOMES. — Le sarcome de la trompe est fort rare. On cite 5 observations de sarcome de la muqueuse, celles de Senger⁽⁷⁾, de Landau⁽⁸⁾ et de Sanger⁽⁹⁾ et 1 seule observation de sarcome de la musculuse, celle de Janvrin⁽¹⁰⁾. Ahlfeld et Marchand⁽¹¹⁾ ont observé un cas de déciuome malin de la trompe.

D. PAPILLOMES. — Alb. Doran et Routh⁽¹²⁾ ont décrit un papillome de la trompe, de nature plutôt bénigne, dont Montprofit⁽¹³⁾ fait une *salpingite spéciale*, la salpingite papillomateuse. La nature de cette lésion serait la même que celles des papillomes de la vulve et du vagin. Pour Routh, les papillomes des organes génitaux externes peuvent se propager aux trompes aussi bien que la blennorrhagie. Doléris⁽¹⁴⁾ en a publié 5 cas intéressants. Il considère cette affection comme bénigne et il insiste sur un symptôme constant « la profluence de la tumeur, tantôt à l'extérieur sous forme d'hydrorrhée tubaire, tantôt à l'intérieur sous forme de vomique péritonéale ».

E. ÉCHINOQUES. — Doléris⁽¹⁵⁾ a publié un cas de salpingite bilatérale à échinocoques. Les deux trompes pesaient 2 kilogrammes.

F. DERMOÏDE. — Pozzi⁽¹⁶⁾ a observé une tumeur dermoïde de la trompe.

Symptômes et diagnostic. — Les tumeurs des trompes n'ont pas une physionomie clinique qui permette d'en faire avec précision le diagnostic. On confondra généralement les productions néoplasiques bénignes avec des *salpingo-ovarites*. Le papillome, les épithéliomes et les sarcomes qui provoquent presque toujours de l'ascite, feront penser à une dégénérescence maligne des annexes, mais le plus souvent on localisera dans l'ovaire une lésion de la trompe. On ne pourrait guère soupçonner une lésion cancéreuse des trompes

(1) DITTRICH, cité par Pozzi, *Loc. cit.*, p. 882.

(2) A. DORAN, *Primary cancer of the Fallopian tube. Trans. of the path. Soc. of London*, vol. XXXIX, p. 208.

(3) ROUTIER, *Ann. de gyn.*, 1895, t. XL, p. 59.

(4) TUFFIER, *Ann. de gyn.*, 1894, t. XLII, n. 205.

(5) H. DURET, *Épithélioma primitif de la trompe utérine. Rev. de Gyn. et de Chir. Abd.*, 1899, p. 215.

(6) FEARNE, *Ueber primäres Tubencarcinom. Leopold Geb. und Gyn.*, 1895, Bd II, p. 537.

(7) E. SENGER, *Centr. für Gyn.*, 1886, p. 601.

(8) GOTTSCHALK, *Centr. für Gyn.*, 1886, p. 727.

(9) SÄNGER, *Verhandl. der Gesellsch. für Geb. zu Leipzig. 1890-1891*, p. 50.

(10) JANVRIN, *New-York med. Journal*, 1889, p. 609.

(11) AHLFELD, *Monats. für Geb. und Gyn.*, 1895, Bd I, p. 209.

(12) ALB. DORAN ET ROUTH, *Trans. obs. Soc. Londres*, 1886, t. XXVIII, p. 229.

(13) MONTPROFIT, *Salpingites et ovarites. Thèse de Paris*, 1888, p. 45.

(14) DOLÉRIS ET MACREZ, *Du papillome endo-salpingitique. La Gynécologie*, 1898, p. 289. — MACREZ, *Des tumeurs papillaires de la trompe de Fallope. Thèse de Paris*, 1894.

(15) DOLÉRIS, *La Gynécologie*, 1896, p. 97.

(16) S. POZZI, *Traité de gyn. clin. et opérat.*, 5^e éd., p. 886.

que si l'existence d'un écoulement utéro-vaginal sanieux et fétide était constatée chez une femme se présentant à l'examen avec un utérus sain.

Traitement. — Le seul traitement des néoplasmes de la trompe, c'est l'extirpation par laparotomie, cette intervention radicale aura d'autant plus chance de donner des résultats complets et durables qu'elle sera plus précoce. Malheureusement, comme le dit Martin⁽¹⁾, « dans l'état actuel de nos moyens d'investigation, l'édification précoce du diagnostic ne peut être que l'exception ».

II

TUMEURS DES LIGAMENTS ROUNDS

A. KYSTES. — On a signalé au niveau de l'orifice externe et dans l'intérieur du trajet inguinal la présence de petites tumeurs liquides. Les unes, véritables hydrocèles enkystées⁽²⁾, se présentent sous la forme de tumeurs allongées pouvant atteindre le volume d'un œuf. Elles remplissent tout le canal inguinal et peuvent même s'étendre jusque dans les grandes lèvres. Lorsqu'on les dissèque, il est fréquent de reconnaître à leur face postérieure ou interne, une bride rouge pâle qui n'est autre que le ligament rond étalé. Ces kystes proviennent d'anomalies dans l'involution du canal de Nüch⁽³⁾, qui, au lieu de disparaître complètement dans son trajet inguinal, s'est simplement oblitéré au niveau de l'orifice interne de ce trajet. Ce qui semble le démontrer, c'est la forme en bissac que prend le kyste quand le canal péritonéal s'oblitére en deux points, ou bien encore la possibilité de refouler le liquide dans l'abdomen quand le canal reste perméable⁽⁴⁾. Les autres sont de véritables kystes du ligament rond, et c'est dans l'épaisseur même de ce tractus fibro-musculaire qu'on les trouve. Pour Weber⁽⁵⁾, leur genèse s'explique par la persistance d'un état foetal, c'est-à-dire par un arrêt de développement du gubernaculum de Hunter (futur ligament rond) lequel est toujours creux chez l'embryon.

Symptômes et diagnostic. — Ces collections liquides, quelle que soit leur variété, se présentent sous la forme de petites tumeurs du volume d'une amande ou d'une noix à l'orifice externe du conduit inguinal au travers duquel on peut les refouler dans l'abdomen. Parfois, ces tumeurs plus volumineuses sont irréductibles, dans d'autres cas, elles occupent l'intérieur du canal inguinal. Quand elles siègent à l'orifice externe de ce canal, il faut éviter de les confondre avec les kystes de la glande de Bartholin, dont la situation à la partie inférieure de la

(1) A. MARTIN, *Loc. cit.*, p. 484.

(2) HENNIG, *Zeitschr. für med. Chir. und Gebh.*, 1888, n° 16, et *Arch. für Gyn.*, 1885, Bd XXV, p. 105. — BANDL, *Die Krankheiten der Tuben, etc.*, p. 92-95. — C. BRUNNER, *Hydrocele ligamenti rotundi, etc. Beitr. zur klin. Chir.*, vol. IV, p. 56. — W. WECHSELMANN, *Ueber Hydrocele muliebris. Arch. für klin. Chir.*, 1890, t. XL, p. 678.

(3) HEGAR ET KALTENBACH, *Traité de gyn. opér.* Trad. Bar. Paris, 1885, p. 468.

(4) SCHROEDER, *Maladies des organes génitaux de la femme. Trad. franç.*, 1886, p. 455.

(5) E.-H. WEBER, cité par SCHROEDER, *Loc. cit.* — Voy. aussi STAFFEL, *Ueber Cysten des Canalis Nuckii. Centr. für Gyn.*, 1887, p. 272.