

Le cancer primitif des trompes est rare. Dittrich<sup>(1)</sup>, sur 94 cas de cancers de différents organes, a noté 4 cancers de la trompe. A. Martin, Doran<sup>(2)</sup>, Routier<sup>(3)</sup>, Tuffier<sup>(4)</sup>, Duret<sup>(5)</sup> ont observé des carcinomes primitifs de la trompe. Sānger et Bārth 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 Fearne<sup>(6)</sup> 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<sup>(7)</sup>, de Landau<sup>(8)</sup> et de Sānger<sup>(9)</sup> et 1 seule observation de sarcome de la musculuse, celle de Janvrin<sup>(10)</sup>. Ahlfeld et Marchand<sup>(11)</sup> ont observé un cas de déciuome malin de la trompe.

D. PAPILLOMES. — Alb. Doran et Routh<sup>(12)</sup> ont décrit un papillome de la trompe, de nature plutôt bénigne, dont Montprofit<sup>(13)</sup> 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<sup>(14)</sup> 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<sup>(15)</sup> a publié un cas de salpingite bilatérale à échinocoques. Les deux trompes pesaient 2 kilogrammes.

F. DERMOÏDE. — Pozzi<sup>(16)</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>(1)</sup>, « 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<sup>(2)</sup>, 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 Nück<sup>(3)</sup>, 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'oblitère en deux points, ou bien encore la possibilité de refouler le liquide dans l'abdomen quand le canal reste perméable<sup>(4)</sup>. 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<sup>(5)</sup>, 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.

grande lèvre est significative ou bien encore avec un *ovaire hernié*. L'ovaire sera reconnu à sa forme, à sa consistance, à sa sensibilité spéciale. Au contraire, quand ces kystes sont développés dans le trajet inguinal, ils peuvent simuler une *entérocele* ou un *hygroma péri-herniaire*. C'est surtout quand les kystes du ligament rond s'enflamment, qu'il est difficile de les distinguer d'une épiplocèle enflammée ou même d'une hernie étranglée<sup>(1)</sup>. L'erreur a d'ailleurs peu de conséquences, puisque dans tous les cas il faut intervenir.

**Traitement.** — La ponction suivie ou non d'injection iodée a été appliquée aux traitements des collections liquides du ligament rond; mais bien souvent ce traitement est suivi de récidive<sup>(2)</sup>. Aussi, quand ces tumeurs déterminent des troubles suffisants pour qu'on intervienne chirurgicalement, c'est à l'incision qu'il faut donner la préférence. J'ajouterai que lorsque le kyste est suppuré, la discussion n'est plus permise : l'incision est l'unique moyen de traitement.

B. TUMEURS SOLIDES. — Les tumeurs solides des ligaments ronds sont extrêmement rares. Delbet et Heresco<sup>(3)</sup> n'ont pu en rassembler que 16 cas. Elles se développent surtout au niveau de la portion inguinale du ligament rond (12 cas sur 16). Le type anatomique qu'on y rencontre surtout c'est le *fibrome*, soit à l'état de pureté, soit à l'état de *fibromyome*<sup>(4)</sup>. Dort<sup>(5)</sup>, sur 15 cas de tumeurs solides de ligament rond, a relevé 12 fibromes ou myomes et 1 fibro-sarcome. Léopold<sup>(6)</sup> a observé un myome lymphangiectasique. Ces tumeurs peuvent subir la dégénérescence calcaire.

**Symptômes et diagnostic.** — Les tumeurs solides du ligament rond siègent surtout du côté droit (8 fois sur 11 cas)<sup>(7)</sup>, on les observe généralement chez des multipares de quarante à cinquante ans. Leur *volume* est variable, le plus souvent il ne dépasse pas celui d'une orange. Dans quelques cas cependant il peut être énorme; ainsi Polaillon<sup>(8)</sup> a enlevé un fibromyome gros comme la tête d'un enfant de deux ans; la tumeur opérée par Léopold pesait 24 livres. Généralement pédiculées, rarement sessiles, de forme variable, lisses ou très légèrement lobulées, ces tumeurs sont indolentes à la pression, sans adhérences avec les téguments, mobiles latéralement et de haut en bas, mais non d'arrière en avant, bridées qu'elles sont par le plan résistant que forme au-devant d'elles le sac dartoïque dans l'intérieur duquel elles se développent (S. Duplay). Elles peuvent également se développer au niveau de l'orifice interne du canal inguinal vers le péritoine (cas de Winkel, Duncan, Kleinwächter<sup>(9)</sup>). Quand elles ont pris un certain développement, elles déterminent des douleurs spontanées ou intermittentes irradiées vers le membre inférieur, les lombes, avec exaspération

<sup>(1)</sup> CHIARI, *Ueber Entzündung der weiblichen Hydrocele*. Wiener med. Blätter, 1879, n° 21, 22, 25.

<sup>(2)</sup> SEVEN, *Idrocele del cordone rotundo dell' utero*. Rivista clin. di Bologna, 1875.

<sup>(3)</sup> DELBET et HERESCO, *Des fibromyomes de la portion abdominale du ligament rond*. Revue de Chir., 1896, p. 607.

<sup>(4)</sup> S. DUPLAY, *Contribution à l'étude des tumeurs du ligament rond*. Arch. gén. de méd. mars 1882.

<sup>(5)</sup> DORT, *Tumoren des Ligamentum Uteri rotundum*. Dissert. Inaug. Leiden, 1891.

<sup>(6)</sup> LÉOPOLD, Arch. für Gyn., 1879, Bd XVI, p. 402.

<sup>(7)</sup> M. SÄNGER, Arch. für Gyn., 1885, Bd XXI, p. 279 et 1884, Bd XXIV, p. 1.

<sup>(8)</sup> POLAILLON, Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 1891, t. XVII, p. 551.

<sup>(9)</sup> Cités par Pozzi, Loc. cit., 5<sup>e</sup> édit. p. 889.

au moment des règles. On a signalé aussi leur accroissement à chaque période menstruelle ou à l'occasion d'une grossesse. « La marche de ces tumeurs, généralement très lente pour les fibromes purs, peut offrir dans les cas de tumeurs mixtes la rapidité de celle des productions malignes (Pozzi). » Leur pronostic dépend, on le conçoit, de leur nature histologique.

Pour *diagnostiquer* ces tumeurs, il faut, comme le dit Duplay<sup>(1)</sup>, distinguer les cas où elles sont *pédiculées* et ceux où elles sont *sessiles*. Dans le premier cas, si le pédicule s'enfonce au-dessous de l'arcade crurale, le ligament rond ne saurait être en cause; si, au contraire, le pédicule passe au-dessus du ligament de Poupart, on doit aussitôt songer à la possibilité d'une tumeur du ligament. Les signes que j'ai énumérés et surtout les commémoratifs la feront distinguer d'une *épiplocèle* irréductible. L'*ovaire hernié* sera reconnu aux caractères signalés plus haut. Si la tumeur est sessile, on pourra la confondre avec une *masse ganglionnaire* ou un *kyste de la glande de Bartholin*. Dans le premier cas, le néoplasme est multilobulé et surtout développé vers l'aine sans connexions bien nettes avec l'orifice inguinal externe. Dans le second cas, il faudra tenir grand compte du point de départ de la tumeur, qui progresse de bas en haut quand elle provient de la glande de Bartholin et au contraire de haut en bas quand elle appartient au ligament rond.

L'extirpation est le seul *traitement* qui convienne aux tumeurs du ligament rond. Facile quand la tumeur progresse vers l'extérieur, elle peut présenter les plus grandes difficultés quand le néoplasme évolue vers la cavité abdominale.

## III

## TUMEURS DES LIGAMENTS LARGES

A. FIBROMES. — Il existe dans le ligament large des tumeurs fibreuses qui n'ont aucune connexion apparente avec l'utérus et qui, par conséquent, semblent nées sur place. Quelques auteurs, Klob, Kiwisch, Virchow<sup>(2)</sup>, ont, à la vérité, soutenu que ces tumeurs n'étaient point autochtones et qu'elles n'étaient que des fibromes utérins émigrés dans le ligament, mais cette opinion est trop absolue. Les observations très précises de Säger<sup>(3)</sup>, de Bilfinger<sup>(4)</sup>, de Tédénat<sup>(5)</sup>, de Gross<sup>(6)</sup>, de Vautrin<sup>(7)</sup>, de Griffon<sup>(8)</sup> démontrent, en effet, que les fibromes du ligament large peuvent être absolument indépendants de l'utérus. Dans le cas de Tédénat en particulier, l'utérus était petit et normal. Ces tumeurs sont rares. Bilfinger, Lang<sup>(9)</sup>, Vautrin en ont réuni seulement 42 cas

<sup>(1)</sup> S. DUPLAY, Loc. cit.

<sup>(2)</sup> VIRCHOW, *Pathologie des tumeurs*. Trad. franç., 1871, t. III, p. 412.

<sup>(3)</sup> SÄNGER, *Ueber primitive dermoide Geschwülste der Ligamenta Lata*. Arch. für Gyn., 1880, Bd XVI, p. 258, et 1885, Bd XXI, p. 179.

<sup>(4)</sup> BILFINGER, *Dissert. inaug.* Würzburg, 1887.

<sup>(5)</sup> TÉDÉNAT, cité par Pozzi, Loc. cit., 5<sup>e</sup> édit., p. 886.

<sup>(6)</sup> GROSS, VI<sup>e</sup> Congrès franç. de chir. Paris, 1892, p. 240.

<sup>(7)</sup> VAUTRIN, IX<sup>e</sup> Congrès franç. de chir. Paris, 1893, p. 886.

<sup>(8)</sup> GRIFFON, Bull. de la Soc. anat., 27 juin 1899.

<sup>(9)</sup> LANG, *Des tumeurs solides primitives des ligaments larges*. Thèse de Nancy, 1891-1892.