

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⁽¹⁾. 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⁽²⁾. 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⁽³⁾ 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*⁽⁴⁾. Dort⁽⁵⁾, sur 15 cas de tumeurs solides de ligament rond, a relevé 12 fibromes ou myomes et 1 fibro-sarcome. Léopold⁽⁶⁾ 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)⁽⁷⁾, 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⁽⁸⁾ 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⁽⁹⁾). Quand elles ont pris un certain développement, elles déterminent des douleurs spontanées ou intermittentes irradiées vers le membre inférieur, les lombes, avec exaspération

⁽¹⁾ CHIARI, *Ueber Entzündung der weiblichen Hydrocele*. Wiener med. Blätter, 1879, n° 21, 22, 23.

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

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

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

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

⁽⁶⁾ LÉOPOLD, Arch. für Gyn., 1879, Bd XVI, p. 402.

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

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

⁽⁹⁾ Cités par Pozzi, Loc. cit., 5^e 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⁽¹⁾, 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'aîne 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⁽²⁾, 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 Sängér⁽³⁾, de Bilfinger⁽⁴⁾, de Tédénat⁽⁵⁾, de Gross⁽⁶⁾, de Vautrin⁽⁷⁾, de Griffon⁽⁸⁾ 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⁽⁹⁾, Vautrin en ont réuni seulement 42 cas

⁽¹⁾ S. DUPLAY, *Loc. cit.*

⁽²⁾ VIRCHOW, *Pathologie des tumeurs*. Trad. franç., 1871, t. III, p. 442.

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

⁽⁴⁾ BILFINGER, *Dissert. inaug.* Würzburg, 1887.

⁽⁵⁾ TÉDÉNAT, cité par Pozzi, *Loc. cit.*, 5^e édit., p. 886.

⁽⁶⁾ GROSS, VI^e Congrès franç. de chir. Paris, 1892, p. 240.

⁽⁷⁾ VAUTRIN, IX^e Congrès franç. de chir. Paris, 1893, p. 886.

⁽⁸⁾ GRIFFON, Bull. de la Soc. anat., 27 juin 1899.

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

certaines. Elles peuvent se prolonger le long du vagin jusqu'au niveau de la vulve (1) ou plus rarement s'insinuer vers la grande échancrure sciatique.

B. LIPOMES. — Les lipomes du ligament large sont extrêmement rares. On les confond presque toujours avec des kystes de l'ovaire en partie développés dans le ligament large. Terrillon a enlevé un lipome de 57 livres. Pozzi en a observé un autre cas dans lequel la fausse fluctuation était si nette qu'on pratiqua une ponction exploratrice.

C. ÉPITHÉLIOMES ET SARCOMES. — Il n'existe pas à proprement parler de cancers des ligaments larges. Les néoplasmes malins qui se rencontrent sur ces replis séreux ne sont le plus souvent que l'extension de tumeurs ayant débuté primitivement dans l'utérus, les annexes, le péritoine ou les ganglions pelviens. Cependant Péan (2), Chenieux (3) ont rapporté des exemples de sarcomes primitifs.

Le diagnostic des tumeurs solides des ligaments larges se fait rarement. Le plus souvent on pense à un fibrome utérin ou à un kyste de l'ovaire ayant évolué dans le ligament. L'erreur a d'ailleurs peu d'importance, puisque dans tous les cas il faut opérer.

Traitement. — L'ablation est le seul traitement possible des tumeurs solides du ligament large, et j'estime qu'elle est indiquée dès que la tumeur est nettement reconnue. En cas de grosse tumeur, l'extirpation doit être faite par laparotomie, mais quand les limites supérieures du néoplasme n'atteignent pas l'ombilic, et quand il bombe franchement dans l'un des culs-de-sac vaginaux, j'estime que le morcellement par voie vaginale est l'intervention la plus sûre et la moins grave.

D. VARICOCÈLE TUBO-OVARIEN. — Les premières recherches importantes sur cette lésion ont été faites par Richet (4) et par son élève Devalz (5). Budin (6), dans sa thèse d'agrégation, l'a spécialement étudiée chez les femmes enceintes. Enfin Dudley (7) lui a récemment consacré un important mémoire. D'après lui, c'est une affection assez fréquente qui reconnaît pour causes tout ce qui peut produire et entretenir la congestion pelvienne. De plus, c'est une affection sérieuse puisqu'elle peut déterminer dans l'ovaire des altérations analogues à celles que le varicocèle de l'homme provoque dans le testicule. Coë (8) a réfuté les arguments de Dudley et s'est efforcé de démontrer que ce dernier avait exagéré et la fréquence et les conséquences du varicocèle tubo-ovarien. Quoi qu'il en soit, l'existence de cette affection ne saurait être mise en doute et les recherches histologiques de P. Petit (9) comme la thèse de Roussan (10) inspirée par Pozzi, lui ont rendu l'actualité qu'elle mérite.

(1) STERN, *Dissert. inaug.* Berlin, 1876.

(2) PÉAN, *Leçons cliniques de l'hôpital Saint-Louis*, t. I.

(3) CHÉNIEUX, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1888.

(4) RICHEL, *Traité d'anat. méd.-chir.*, p. 815.

(5) DEVALZ, *Du varicocèle pelvien et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine*. Th. de Paris, 1858.

(6) BUDIN, *Varices chez la femme enceinte*. Thèse d'agrég. Paris, 1880.

(7) DUDLEY, *Varicocele on the female*. *New-York med. Journal*, 11 et 18 août 1888, p. 147 et 174.

(8) COË, *Amer. Journal of Obst.*, mars 1889, p. 504.

(9) P. PETIT, *Bull. et Mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, juin 1891, et *Ibid.*, 1897.

(10) ROUSSAN, *Du varicocèle pelvien*. Thèse de Paris, 1892.

Symptômes. — Le varicocèle tubo-ovarien siège le plus ordinairement à gauche, où il provoque une douleur vive, lancinante, irradiée vers les lombes, douleur qui cesse quand la malade est couchée, pour réapparaître dès qu'elle se lève. Le ligament large donne au toucher vaginal la sensation d'une tumeur molle surtout accusée dans la position debout. Cette sensation, d'après Dudley, est très nette par le toucher rectal. Tous ces signes sont assez vagues et bien souvent le diagnostic du varicocèle tubo-ovarien est impossible à porter, tout au plus pourra-t-on le soupçonner chez des variqueuses qui présenteront nettement les phénomènes que je viens d'indiquer.

Le traitement s'adresse surtout à la cause. L'arrêt d'involution de l'utérus, l'endométrite seront traités par les moyens ordinaires et en particulier par le massage. On combattra la constipation opiniâtre par des purgatifs répétés. Si les douleurs prennent un caractère d'acuité intolérable ou si les lésions retentissent sur l'ovaire et déterminent sa dégénérescence scléro-kystique, on pourra songer à pratiquer la castration, et, bien entendu, dans les cas de lésions bilatérales, c'est à la castration utéro-ovarienne qu'il faudra toujours recourir.

E. KYSTES DU LIGAMENT LARGE. — Ces kystes, encore appelés *kystes parovariens*, ont été décrits pour la première fois par Lieutaud (1), comme des œufs pédiculés du ligament large, puis étudiés par Velpeau (2) sous le nom de *kystes rudimentaires ovariens*, et plus tard par Verneuil sous l'étiquette de *kystes du corps de Wolff* (3).

Anatomie pathologique. — On rapporte généralement l'origine de ces kystes à l'organe de Rosenmüller, parce qu'ils prennent le plus souvent naissance dans la partie du ligament large qui correspond à ces débris embryonnaires. Toutefois il n'est point démontré que tous les kystes du ligament large se développent aux dépens du parovaire. Gusserow (4) avait émis l'idée que les petits kystes du ligament large provenaient de l'organe de Rosenmüller, comme les petits kystes ovariens naissent des follicules dilatés, tandis que les grands kystes seraient de véritables kystomes. De Sinéty (5) semble partager cette manière de voir et rapproche les grands kystes des *épithéliomas mucoïdes* de l'ovaire. Il émet en outre l'hypothèse que les ovaires surnuméraires (6) jouent un rôle dans le développement de certains de ces kystes. A. Doran (7) est disposé à les considérer comme de simples kystes lacuneux et Mangin (8) comme des productions du tissu conjonctif des ligaments larges. Quoi qu'il en soit de leur origine, la caractéristique de ces kystes est d'être complètement inclus dans le ligament large et recouverts plus ou moins par du tissu cellulaire lâche ou des fibres musculaires qui le séparent de la séreuse.

(1) LIEUTAUD, *Anat. hist. et prat.*, t. II.

(2) VELPEAU, *Anatomie pathologique*, 1825, t. XVIII.

(3) VERNEUIL, *Recherches sur les kystes de l'organe de Wolff*. *Mém. de la Soc. de chir.*, 1857, t. IV, p. 58. — GIRARD, *Des kystes du parovaire avec persistance du canal de Gärtner*. Thèse de Paris, 1894. — PILLIET et SOULIGOUX, *Bull. de la Soc. anat.*, 1894, p. 412. — LEGUEU, *Kyste Wolffien du ligament large*. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1896, t. XLV, p. 114.

(4) GUSSEROW, *Ueber Cysten des breiten Mutterbandes*. *Arch. für Gyn.*, 1876, t. IX, p. 481.

(5) DE SINÉTY, *Traité prat. de gyn.*, 2^e édit. Paris, 1884, p. 866.

(6) H. BEIGEL, *Ueber accessorische Ovarien*. *Wiener med. Woch.*, 1877, n° 12, p. 265.

(7) A. DORAN, *Clinical and pathological observations on tumours of the ovary*. Londres, 1884, p. 49.

(8) MANGIN, *Aperçu de l'état des kystes para-ovariens à propos d'un kyste séreux du ligament large*. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 25 juin 1888, p. 104.

Leur *volume* varie de celui d'une noisette à celui d'une poche contenant jusqu'à 25 litres de liquide, mais dépassant rarement 7 à 9 litres (Bouilly). Pour peu que le volume de la tumeur soit un peu considérable, l'ovaire est rejeté en dehors, tandis que la trompe, allongée, aplatie, s'étale comme un cordon en avant ou plus souvent en arrière de la tumeur. La *forme* est généralement sphérique et il n'existe qu'une seule cavité. Cependant il peut arriver que la tumeur soit multiloculaire⁽¹⁾ et prenne alors une forme lobulée. Les parois du kyste sont de couleur blanche tirant sur le vert, presque toujours fort minces; cependant elles peuvent être assez épaisses et formées de trois couches, l'interne et l'externe fibreuses, la moyenne constituée par du *tissu conjonctif lâche*. La présence de fibres musculaires lisses, dont Spiegelberg⁽²⁾ faisait un signe différentiel des kystes du ligament large, n'a rien de pathognomonique, car on la rencontre dans les kystes de l'ovaire⁽³⁾. Le revêtement épithélial qui tapisse la paroi kystique est formé d'épithélium cylindrique simple ou à cils vibratiles; on y rencontre de l'épithélium caliciforme.

Le contenu est un peu différent suivant le volume du kyste. Dans les grands kystes on trouve généralement un liquide clair comme de l'eau de roche, tout à fait fluide, ne donnant, dit Bouilly, aucun fil lorsqu'on écarte le pouce de l'index trempé dans ce liquide. Il est alcalin et ne contient généralement ni albumine, ni paralbumine; en revanche, il renferme une forte proportion de chlorure de sodium, environ 8 à 16 grammes par litre. Sa densité est à peine supérieure à celle de l'eau, elle oscille entre 1002 et 1008.

Ces caractères anatomo-pathologiques sont ceux de la presque totalité des kystes du ligament large, ceux auxquels Pozzi donne le nom de *kystes parovariens hyalins*. Il est une autre variété de kystes du ligament large, désignés par Pozzi⁽⁴⁾ sous le nom de *kystes parovariens papillaires* et dont Lawson Tait ne fait qu'un stade de la variété hyaline. Ils ont pour caractères spéciaux de présenter, sur leurs parois, des végétations papillaires en chou-fleur, et, dans leur cavité, un liquide visqueux, diversement coloré par des extravasations sanguines.

On a signalé dans le ligament large, la présence de *kystes dermoïdes* et de *kystes hydatiques*. Ces derniers ont été l'objet d'un remarquable mémoire de Freund⁽⁵⁾. Ils cheminent dans les interstices cellulaires du plancher pelvien et provoquent autour d'eux une inflammation chronique du tissu conjonctif.

Symptômes. — Diagnostic. — Les kystes du ligament large n'ont pas à proprement parler de symptomatologie particulière, qui les différencie nettement des kystes de l'ovaire. Ce qu'on peut dire, c'est que la tumeur n'atteignant jamais un volume bien considérable, les phénomènes de compression sont peu accusés et la santé générale reste bonne. Le ventre surtout développé d'un côté est asymétrique et n'a pas d'habitude « l'aspect conique donné par les kystes ovariens⁽⁶⁾ ». Le toucher vaginal, combiné à la palpation abdominale, fait reconnaître une tumeur arrondie, régulière, fluctuante, franchement unilatérale, accolée à l'utérus qu'elle immobilise. Cette tumeur fait presque toujours dans

⁽¹⁾ L. TAIT, *Edinb. med. Journal*, juillet-août 1889, t. XXXV, p. 97.

⁽²⁾ SPIEGELBERG, *Arch. für Gyn.*, 1870, t. I, p. 485.

⁽³⁾ DE SINÉTY, *Loc. cit.*, p. 867.

⁽⁴⁾ S. POZZI, *Loc. cit.*, 5^e édit., p. 805.

⁽⁵⁾ W.-A. FREUND, *Die Echinococcenkrankheiten in weiblichen Becken. Gyn. Klin.*, 1885, p. 299.

⁽⁶⁾ BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 450.

le vagin une saillie assez forte. Il est impossible de lui imprimer le moindre mouvement et cette immobilité, fort importante dans l'espèce, ne se modifie point sous chloroforme. L'élément le plus important du diagnostic est fourni par la ponction, qui ramène un liquide clair, dont les caractères chimiques sont bien définis. Toutefois, si la ponction donne un résultat presque pathognomonique dans le cas de *kyste hyalin*, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de *kystes papillaires ou dermoïdes*. Loin d'éclairer le diagnostic, la ponction est presque toujours alors un élément de confusion et de doute. Quant aux kystes hydatiques, il est impossible sans ponction de les distinguer des kystes hyalins. Tout au plus ce diagnostic pourra-t-il être fait, comme le dit Pozzi⁽¹⁾, par exclusion et à l'aide des notions fournies par la géographie médicale, qui nous fait connaître la grande fréquence relative des échinocoques dans certains pays.

Marche. — Terminaison. — Pronostic. — Après une période insidieuse parfois assez longue, les kystes du ligament large peuvent, comme les kystes de l'ovaire, prendre une marche rapide⁽²⁾. Mais leur accroissement étant forcément limité, ils ne sont pas susceptibles, comme ceux-ci, d'amener la mort par compression des organes thoraciques, ou par cachexie. Ils peuvent *supprimer* sous l'influence d'un avortement, d'une grossesse normale. Parfois ils se rompent dans le péritoine sans provoquer d'accidents, et la guérison peut s'ensuivre après résorption du liquide; mais cette rupture a déterminé dans quelques cas la mort subite⁽³⁾. La torsion du pédicule n'a été observée qu'une seule fois⁽⁴⁾. En somme, le pronostic des kystes du ligament large est moins sévère que celui des kystes de l'ovaire. Cette bénignité relative tient à la fois à leur moindre volume et au peu de complications qui troublent leur évolution normale. Néanmoins les symptômes qu'ils déterminent sont assez sérieux pour justifier l'intervention.

Traitement. — Il est démontré qu'un certain nombre de kystes du ligament large guérissent après une seule ou plusieurs ponctions. On conçoit donc que ce mode de traitement ait été pendant longtemps considéré comme l'intervention de choix⁽⁵⁾ et même à l'heure actuelle on pourrait à la rigueur y recourir avec avantage. Toutefois, dans l'immense majorité des cas, ce traitement médical n'a vraiment plus aucune raison d'être. Je sais bien que l'ablation complète des kystes du ligament large peut offrir des difficultés sérieuses. Leur décortication est parfois très laborieuse, il se peut même qu'on soit obligé de se contenter d'une ablation incomplète. Mais, en dépit de ces difficultés matérielles et grâce aux ressources actuelles de la chirurgie abdominale, il est certain que l'ablation d'un kyste du ligament large est toujours une opération bénigne; d'autre part, l'infaillibilité des guérisons par ponction, dont on parlait si volontiers il y a quelques années, s'est plus d'une fois trouvée en défaut⁽⁶⁾. Aussi bien la question me semble-t-elle jugée : aujourd'hui, tout kyste du ligament large doit être opéré d'emblée comme un kyste ovarien ordinaire. Au point de vue du

⁽¹⁾ S. POZZI, *Loc. cit.*, 5^e édit., p. 888.

⁽²⁾ L. TAIT, *Edinb. med. Journal*, août 1889, t. XXXV, p. 10.

⁽³⁾ G. BOUILLY, *Loc. cit.*, p. 450.

⁽⁴⁾ BINAUD et CHAVANNAZ, *Gaz. hebdomadaire des sc. méd. de Bordeaux*, 1896, n° 25, p. 260.

⁽⁵⁾ PANAS, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 18 mars 1876.

⁽⁶⁾ TERRILLON, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1885.

pronostic opératoire, les malades n'ont rien à perdre et pour l'avenir elles ont la sécurité définitive.

Dans certains cas de kystes de volume moyen bombant franchement dans l'un des culs-de-sac vaginaux, plusieurs faits de ma pratique m'ont démontré que la large incision vaginale avec résection plus ou moins étendue des parois de la poche est l'intervention de choix. Mais, dans la majorité des cas, c'est par la laparotomie qu'il faut aborder les tumeurs kystiques du ligament large. Une fois le ventre ouvert, on incise le feuillet du ligament large jusque sur le kyste, on pratique alors son évacuation; puis on procède à sa décortication. Deux alternatives peuvent se présenter : la poche est énucléable ou elle ne l'est pas. Dans le premier cas, une fois le kyste enlevé, il reste une cavité saignante dont il faut pratiquer soigneusement l'hémostase. Pour cela on peut réséquer le plus possible des débris du ligament large et le suturer complètement du côté du ventre, sans drainage ou en drainant par le vagin, à l'aide d'un tube en T, sur lequel les bords de la poche sont exactement suturés. Parfois il suffit de tamponner à la gaze iodoformée la surface cruentée du ligament large; dans quelques cas enfin, il faut suturer les bords de la poche à la plaie abdominale et la tamponner avec soin pour arrêter le suintement sanguin. Ce procédé opératoire, préconisé d'abord par Péan⁽¹⁾, est désigné par quelques auteurs américains sous le nom de *marsupialisation*. Il constitue une ressource opératoire précieuse toutes les fois que l'énucléation kystique est impossible. La guérison qu'elle donne est sans doute un peu longue, mais elle est en général très sûre et, malgré l'opinion inverse de quelques chirurgiens⁽²⁾, je ne crois pas qu'il soit avantageux de recourir au curettage de la poche pour activer la cicatrisation.

⁽¹⁾ PÉAN, *Union médicale*, déc. 1869, p. 874 et suiv.

⁽²⁾ A. RHEMSTADTER, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1884, Bd X, p. 257.

MALADIES DES MEMBRES

Par le D^r KIRMISSON

Professeur agrégé à la Faculté de médecine. — Chirurgien de l'hôpital Trousseau.

Nous diviserons en quatre grands chapitres les maladies chirurgicales des membres, et nous étudierons successivement : 1^o les lésions traumatiques; 2^o les affections inflammatoires et les troubles de nutrition; 3^o les néoplasmes ou tumeurs; 4^o les vices de conformation et les difformités acquises des membres.

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES MEMBRES

Elles comprennent les fractures et les luxations, qui ont déjà été étudiées dans cet ouvrage à propos des maladies osseuses et articulaires⁽¹⁾. Quant aux grands broiements des membres, uniquement justiciables de l'exérèse, les considérations qui s'y rapportent sont du domaine de la médecine opératoire, bien plutôt que de la pathologie.

Cette réserve étant faite, il nous reste à étudier, pour chaque segment de membre en particulier, certaines lésions traumatiques qui donnent naissance à des considérations spéciales. Nous les examinerons successivement : *a*, au membre supérieur; *b*, au membre inférieur, dans l'espoir qu'une étude parallèle des lésions similaires, dans chacun des deux membres, donnera naissance à d'utiles rapprochements.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Elles sont surtout importantes au niveau de l'extrémité terminale du membre supérieur, tant à cause de leur fréquence que de la multiplicité des organes qui peuvent être atteints.

I

PLAIES DE LA MAIN ET DES DOIGTS

Division. — Nous diviserons ces plaies en : *a*, plaies par instruments piquants; *b*, plaies par instruments tranchants; *c*, plaies par instruments con-

⁽¹⁾ Voy. *Traité de chirurgie*, t. II et III.