

## Maladies des ligaments larges.

**Anatomie.** — La distinction qu'il est d'usage d'admettre anatomiquement entre les deux ligaments larges présente certains avantages au point de vue pathologique, avantages qui suffisent à justifier cette description. Néanmoins elle n'est pas absolument exacte et contribue assez souvent à introduire dans cette question une certaine confusion. Le fait exact est que les deux ligaments larges consistent en somme en un *seul repli* du péritoine, dans lequel sont renfermés l'utérus et ses annexes en même temps que certains restes d'organes embryonnaires, qui ont une disposition symétrique, ou à peu près. Mais la pathologie nous démontre que ce repli ne devrait pas être divisé en deux parties, quoique la disposition symétrique de son contenu puisse parfois nous le faire oublier.

A première vue il pourra sembler absurde de consacrer un chapitre spécial à la pathologie des *ligaments larges*, simple repli de la séreuse péritonéale, assez mal défini quant à son étendue, mais très constant dans ses rapports et sa structure, et ne différant pas, quant à ses fonctions, de toute autre partie du revêtement péritonéal.

Chez l'homme, le ligament large n'a par lui-même aucune importance pathologique. Mais je doute fort qu'il existe chez la femme un autre organe ayant l'importance des ligaments larges; il n'existe pas d'autre partie du corps qui contribue autant à la différenciation des processus pathologiques survenant dans son voisinage et je sais que pour les affections

spéciales à la femme ils ont une importance chirurgicale, qui ne saurait être trop prise en considération.

Le ligament large (en considérant pour le moment ses deux moitiés comme un tout) est formé par le péritoine qui descend comme un pli dans la cavité pelvienne en avant du rectum, du sacrum et des gros vaisseaux en formant à la partie la plus déclive le *cul-de-sac de Douglas*. Le plancher de ce cul-de-sac est sur un point limité en rapport avec la paroi vaginale postérieure: ce fait est trop souvent oublié par ceux qui n'ont pas l'habitude de la chirurgie pelvienne, ce qui peut conduire à des résultats désastreux.

De ce bas-fond le péritoine s'élève sur la ligne médiane et en avant sur la face postérieure de l'utérus, passe sur cet organe, recouvre sa face antérieure sur les deux tiers de son étendue, puis il passe sur la base de la vessie et sur la paroi abdominale antérieure en constituant pendant ce trajet le *cul-de-sac péritonéal antérieur ou vésico-utérin*.

Tous ces rapports sont si variables comme étendue et suivant les individus que l'on ne peut en donner une description exacte générale; ainsi on trouvera parfois le cul-de-sac antérieur presque aussi profond que le postérieur, tandis que d'autres fois il est à peine représenté.

On ne doit jamais oublier de l'explorer, surtout pendant les lavages du péritoine, lorsque celui-ci a été le siège de quelque inflammation purulente ou qu'il a été souillé par des débris de nature quelconque.

De chaque côté de l'utérus, le péritoine s'élève sur la trompe de Fallope, il la recouvre, descend un peu en avant, puis remonte pour envelopper le ligament rond de l'utérus, en formant parfois en ce point des *plis supplémentaires*, qui ont une grande importance, mais qui varient sensiblement selon les individus.

De là le péritoine tapisse les parois externes de la vessie et remonte brusquement pour recouvrir la paroi abdominale

antérieure, tandis que son feuillet postérieur s'élève obliquement au niveau du détroit supérieur du bassin. De cette manière la surface péritonéale forme deux dépressions distinctes, de forme ovoïde, de volume, de profondeur et de configuration bien différentes selon les individus et les circonstances.

Ainsi, lorsque la vessie est distendue, la dépression antérieure s'efface en partie, et c'est aussi le cas lorsqu'il existe une tumeur vésicale ou utérine. La cavité rétro-utérine peut être absente par erreur de développement du péritoine, ou elle peut être occupée entièrement et d'une manière permanente par les adhérences d'un utérus en rétroversion ou en rétroflexion. Elle peut être aussi effacée par la présence d'une hématocele du ligament large, d'un abcès pelvien, ou d'une tumeur utérine ou développée dans la cavité du ligament large. Enfin, dans certains cas, ces deux cavités peuvent être intéressées par des kystes congénitaux provenant de la vésicule allantoïde (1).

A la partie moyenne de chaque ligament large les deux feuillets sont à peu près en contact, quoiqu'il existe entre eux différents organes intéressants et importants.

Dans la partie située entre l'utérus et la partie moyenne du ligament, les deux feuillets, quoique assez rapprochés, sont séparés dans le voisinage de l'utérus par du tissu conjonctif lâche, auquel on a attaché une importance à mon avis exagérée. Mais, dans leur portion externe, les deux feuillets du ligament s'écartent de nouveau et sont séparés par une certaine épaisseur de tissu conjonctif lâche, auquel par contre on n'a pas accordé une importance suffisante.

Nous verrons que des tumeurs ou d'autres processus pathologiques peuvent transformer toute cette partie si plissée du revêtement péritonéal, la disséquer et la réduire à l'état d'une simple membrane bien étalée, beaucoup mieux que ne pourrait le faire le scalpel de l'anatomiste.

(1) Voir le chapitre traitant des *Kystes congénitaux*.

Nous n'avons donc à nous occuper que des deux faces de cette membrane, l'une séreuse, l'autre située du côté du tissu conjonctif, c'est-à-dire de la surface *intra-péritonéale* et de la surface *extra-péritonéale* des ligaments larges.

Il n'est pas nécessaire de rappeler ici que, en dehors de l'ouverture du pavillon de la trompe de Fallope, le péritoine est une cavité close, non seulement dans le sens qu'il n'existe aucune ouverture, mais close encore dans un sens qui ne peut être compris et démontré que par la préparation et l'étude minutieuses de coupes, provenant de cadavres soumis à la congélation avant leur ouverture.

En appliquant cette méthode on se rend compte combien les renseignements fournis par la dissection sur les rapports exacts des organes sont erronés ; la dissection mène à étudier chaque organe en particulier au lieu de permettre d'envisager l'ensemble des parties et leurs rapports normaux.

En combinant même les deux méthodes d'étude, il est loin d'être facile de faire entrer dans l'esprit de l'étudiant et de lui faire comprendre la grande importance des ligaments larges dans la pratique chirurgicale, aussi bien que de lui enseigner ce que nous entendons par les termes de *extra* ou *intra-péritonéal* appliqués à cette région.

Pour les commençants ces mots sembleront contradictoires et même pour les personnes qui croient connaître à fond ce sujet, il est évident qu'ils donnent souvent lieu à une extrême confusion. Ceux qui ne connaissent pas très bien leur anatomie du bassin seront sûrement embarrassés pour comprendre comment un produit pathologique, comme une grossesse ectopique, peut être en même temps *dans la cavité du ligament large et extra-péritonéal* et, même pour ceux qui connaissent bien leur anatomie pelvienne, la rupture du ligament large et le passage de l'ovule dans la cavité péritonéale peuvent sembler des faits difficiles à comprendre.

**Organes contenus dans la cavité du ligament large. — Il**

est clair qu'il n'existe pas de *cavité réelle* du ligament large, elle est toute *virtuelle* et nous n'employons le mot de cavité que pour exprimer le fait qu'il existe là un espace qui contient des organes, offrant un certain intérêt embryologique et ayant souvent une grande importance pathologique. La cavité du ligament large renferme en premier lieu la *trompe de Fallope*, à laquelle je consacrerai plus tard un chapitre spécial, et *l'ovaire*, dont je ne parlerai pas davantage en ce moment, attaché par un long pédicule à l'une des franges de la trompe de Fallope; on trouve aussi une petite cavité kystique que l'on a appelée maladroitement « *hydatide de Morgagni* », et qui constitue le seul organe pelvien, ne présentant jamais que je sache, une importance pathologique quelconque. Entre les deux feuillets du ligament large nous rencontrons encore les différents canaux du para-ovarium. Le canal principal, connu sous le nom de *canal de Gärtner* a un trajet à peu près horizontal; il se termine par une dilatation ampullaire, constituant *l'organe de Rosenmüller*, qui, ainsi que je l'ai observé plusieurs fois, peut donner lieu à des kystes assez volumineux. Des canaux accessoires en nombre variable cheminent de bas en haut et aboutissent dans le canal principal; leur trajet est assez souvent interrompu par oblitération des canaux et c'est à cette particularité que certains kystes pathologiques semblent devoir leur origine. En effet il n'est pas douteux qu'une grande partie des tumeurs que nous appelons *kystes parovariens* ou *kystes du ligament large* se forment de cette manière par oblitération de ces canaux, mais cette interprétation ne peut certainement pas s'appliquer à toutes ces tumeurs.

#### KYSTES DU LIGAMENT LARGE.

**Étiologie.** — Le véritable *kyste parovarien* présente certains caractères, à l'aide desquels il peut, je crois, toujours

être facilement reconnu; l'importance de ces kystes, tant au point de vue pathologique qu'au point de vue opératoire, est beaucoup plus grande qu'on ne l'a supposé jusqu'à présent. Le revêtement épithélial de ces kystes présente dès le début une activité très remarquable. Les cellules sont très irrégulières de forme et de dimension; souvent recouvertes en partie de cils vibratiles, elles présentent un état cellulaire embryonnaire que je regarde comme caractéristique des *tumeurs malignes*. Lorsque ces tumeurs ont atteint un certain volume, cette prolifération épithéliale donne lieu à des formations papillomateuses et quelques-unes de ces tumeurs d'apparence si bénigne constituent les affections les plus malignes que j'aie rencontrées.

J'ai enlevé chez une jeune fille un kyste parovarien, semblant très simple, dans lequel on ne voyait encore aucune de ces formations papillomateuses. Six semaines après elle avait un envahissement cancéreux des ganglions pelviens et mourait trois mois après avec des métastases cancéreuses dans tous les principaux organes. Quoique ce cas constitue un exemple tout spécial de la malignité de ces tumeurs, il n'est pas unique dans ma pratique. De telles observations parlent fortement contre la pratique encore si fréquente de ponctionner de pareilles tumeurs.

Ainsi que je l'ai déjà dit, les canaux de Gärtner peuvent persister, se continuer à travers les tissus utérins et vaginaux et venir s'ouvrir dans le voisinage du méat urinaire; mais en règle générale ils s'oblitérent, ainsi que les conduits verticaux, en plusieurs points, représentant ainsi des tronçons de canaux, clos aux deux extrémités, et il n'est pas douteux qu'ils peuvent donner ainsi lieu à des formations kystiques importantes, comme c'est le cas pour les tubes verticaux. Tous ces organes sont des restes embryonnaires et ce fait suffit à expliquer la tendance à la malignité à laquelle j'ai déjà fait allusion.