

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.



Il est certain qu'il peut survenir dans le ligament large des kystes qui ne se sont pas développés aux dépens de ces restes des organes fœtaux, mais je ne sais pas encore quelle peut être leur origine. Il en existe entr'autres une variété, pas très rare, dont les parois contiennent une si grande épaisseur de fibres musculaires lisses, qu'elle peut presque ressembler à un utérus gravide fortement distendu. La tumeur la plus volumineuse que j'aie enlevée (j'estime qu'elle pesait au moins 110 livres) était un kyste du ligament large, dont les parois avaient plus d'un pouce d'épaisseur, lorsque la poche avait subi sa rétraction après l'opération. Ces parois étaient formées, comme l'utérus gravide, exclusivement de fibres musculaires lisses. La malade était restée couchée sur le côté pendant plusieurs mois avant l'opération; elle avait par conséquent des eschares volumineuses et elle était dans un état déplorable. Elle ne survécut que quelques heures à l'opération (cas n° 4 de mon tableau).

J'ai enlevé par énucléation quatre *myomes volumineux* du ligament large. D'après leur structure microscopique, ils ne pouvaient être en aucune manière distingués des *myomes mous oedématisés* de l'utérus.

**Diagnostic.** — Les *tumeurs kystiques du ligament large* sont facilement reconnaissables par le fait qu'elles sont presque toujours uniloculaires; on peut même dire qu'elles le sont toujours, car les seules exceptions proviennent de la réunion de deux ou plusieurs kystes, qui d'ailleurs peuvent toujours être isolés opératoirement. Elles diffèrent en ceci des tumeurs kystiques d'origine ovarienne, car ces dernières sont bien rarement uniloculaires; je n'en ai rencontré qu'un seul exemple et encore s'agissait-il d'une tumeur de petit volume. Les kystes du ligament large ont une forme régulière, leurs parois sont très minces, parfois si minces qu'elles ressemblent à du véritable papier de soie. Leur développement est quelquefois très rapide, d'autres fois très lent. Après leur extirpation ils

pourront toujours être facilement reconnus au caractère anatomique suivant: leur *revêtement péritonéal est toujours parfaitement distinct* de la paroi du kyste, et il peut être *détaché avec la plus grande facilité*. Pendant leur croissance, ces tumeurs séparent et soulèvent les feuillets du ligament large, en les repoussant devant elles; très-souvent à la suite de cette dissection les tumeurs arrivent à occuper toute la cavité pelvienne, tout le péritoine de cette partie du bassin ayant été soulevé et disséqué par le kyste. J'ai donné à ces tumeurs le nom de « *kystes encastrés* » et au début de ma pratique elles m'ont occasionné bien des ennuis.

Je reculais devant les difficultés de l'opération et je n'enlevais qu'une portion du kyste aussi grande que je pouvais, je suturais les bords de ses parois divisées aux bords de la plaie abdominale; je plaçais un drain et j'espérais obtenir de cette manière la guérison de la tumeur. Mais je n'arrivai jamais à cet heureux résultat et dans plusieurs cas cités dans mon tableau d'observations, je dus refaire une seconde opération, dans laquelle je rouvris l'abdomen et je complétais l'extirpation comme j'aurais dû le faire lors de la première intervention.

**Traitement.** — En règle générale l'énucléation de ces kystes peut toujours être faite à deux conditions. L'opérateur doit être habile de ses doigts et bien décidé à terminer l'opération; puis, lorsqu'il a choisi l'endroit qui lui paraît convenable pour l'incision du péritoine, il doit continuer délibérément sa dissection en partant de ce point et ne pas porter ses doigts d'un point à un autre sans rime ni raison, sous peine de perdre ses points de repère et de tomber dans le gâchis.

**Ponction.** — Quelques chirurgiens conseillent encore de ponctionner cette variété de tumeur dans le but d'obtenir une cure radicale, mais je doute fort qu'ils obtiennent jamais cet heureux résultat. Il est certain qu'après la ponction ces tumeurs peuvent rester endormies pendant quelques années; différents cas, contenus dans mon tableau, pourraient en four-



nir des exemples. Dans un cas, où j'avais moi-même pratiqué la ponction, la malade fut soulagée pendant près de 8 ans, mais après ce long espace de temps le kyste se remplit de nouveau. Je l'enlevai et je retrouvai la cicatrice de mon ancienne ponction.

*Nature du liquide.* — Le liquide contenu dans les kystes est généralement limpide, mais j'ai observé aussi un contenu épais, gluant ou gélatineux, de coloration et de consistance très variables. J'en ai rencontré aussi où le kyste avait un contenu hémorrhagique; ces kystes semblent avoir une certaine tendance à subir une rotation sur leur axe et à s'étrangler.

Le 15 novembre 1875, *Koeberlé* présenta à la *Société de médecine de Strasbourg* un travail sur le diagnostic différentiel entre les kystes ovariens, ceux du ligament large et des kystes de la trompe de Fallope, en se basant sur l'examen chimique du liquide contenu dans ces tumeurs. Il avait trouvé que le liquide des *kystes ovariens* contenait de l'albumine, mais une beaucoup plus grande proportion de la substance que l'on a appelé *paralbumine*, qui, précipitée par l'acide azotique, peut se redissoudre dans l'acide acétique. Au contraire le liquide provenant des *kystes de la trompe de Fallope* contient de l'albumine et pas de paralbumine, de sorte que le précipité, formé par l'adjonction d'acide azotique, se trouvera encore augmenté par l'acide acétique.

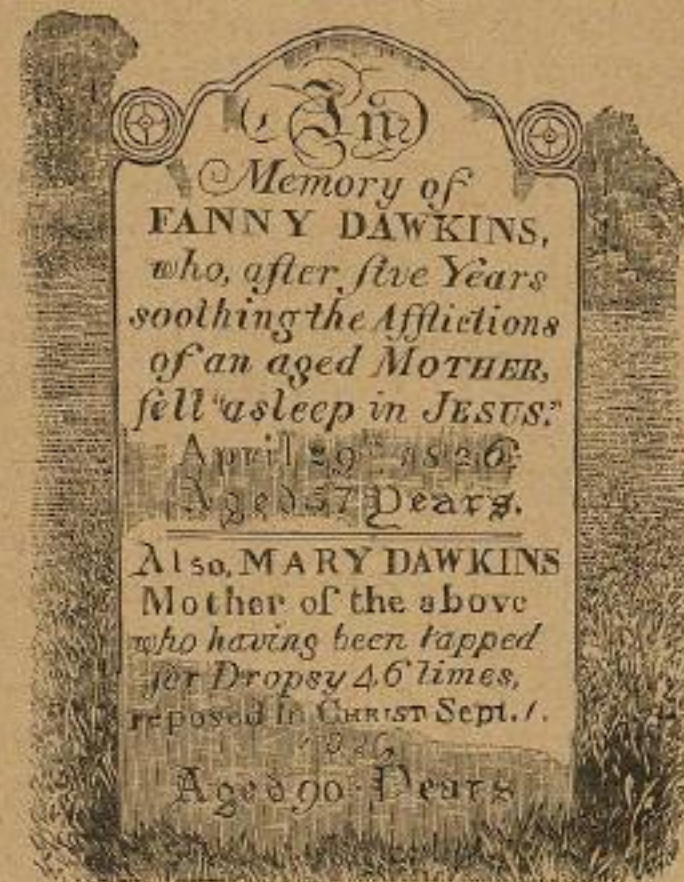
Le contenu liquide des *kystes du ligament large* est généralement très limpide, il contient des sels minéraux, mais très peu d'albumine. Néanmoins il peut en contenir quelquefois une certaine quantité et dans ces cas le précipité obtenu par l'acide azotique est soluble dans un excès de cet acide.

Les recherches postérieures de *Schutzenberger*, pour déterminer à l'aide du tannin la quantité et la variété d'albumine contenue dans le liquide provenant de ces kystes, ont jeté quelque doute sur l'exactitude du procédé recommandé par

*Koeberlé* et j'ai pu me convaincre moi-même, à l'aide de ce même réactif, que les conclusions présentées dans le travail du chirurgien de Strasbourg ne pouvaient pas être acceptées.

Sur ma demande, mon ami le Dr *McMunn*, de Wolverhampton, fit des recherches sur la possibilité de déterminer l'origine de ces différents liquides au moyen de l'analyse spectrale. Je lui fournis un grand nombre de spécimens, dont l'origine était exactement connue, mais les résultats de ses recherches furent absolument négatifs. Ils ont été présentés avec tous leurs détails dans son ouvrage (1).

Lorsque le contenu est limpide et que son poids spécifique n'est pas élevé, les ponctions répétées n'ont pas grande conséquence pour l'état général, car on ne soustrait à l'organisme pas autre chose que de l'eau. C'est ainsi que l'on s'explique les exemples, dans lesquels la ponction a été pratiquée



(1) *The spectroscope in Medicine*. London, 1880.



un nombre considérable de fois et pendant de longues années. J'ai trouvé la mention de deux de ces cas sur deux tombes des cimetières de *Romsey*, dans le Hampshire, et de *Bunhill Fields*, les épitaphes, que je crois véridiques, racontent suffisamment l'histoire de ces deux malades :

A la mémoire de Fanny Dawkins, qui après avoir soigné pendant 5 ans une mère âgée s'endormit en Jésus le 29 avril 1826 à l'âge de 57 ans.

Et de Mary Dawkins, mère de la précédente, qui a été ponctionnée 46 fois pour hydropisie, repose en Christ le 1<sup>er</sup> septembre 1826, âgée de 90 ans.

A Bunhill Fields le monument se rapporte à une dame courageuse dont le souvenir est ainsi perpétué; sur l'une des faces de la tombe on lit :

Ici repose Dame Mary Page, veuve de Sir Gregory Page, baronnet. Elle quitta cette vie le 11 mars 1728 à l'âge de 56 ans.

L'histoire de la maladie se trouve dans l'inscription, gravée sur l'autre face de la pierre :

Dans l'espace de 67 mois elle a été ponctionnée 68 fois, on a retiré plus de 1000 litres d'eau, sans qu'elle se plaignît jamais de son sort, ni qu'elle redoutât l'opération.

**Rapports avec la trompe et l'ovaire.** — A part les rapports constants que présentent le revêtement péritonéal et la paroi de ces kystes, il existe encore un autre signe de diagnostic, c'est la situation et les rapports qu'affectent avec eux la trompe de Fallope et l'ovaire. Il y a une vingtaine d'années j'eus l'occasion de faire l'examen médico-légal du corps d'une femme avancée en âge et je trouvai dans son ligament large gauche un kyste du volume d'une orange, rempli d'un liquide séreux, clair et limpide. Il s'était développé en haut et en arrière de la cavité pelvienne gauche, l'ovaire était situé à la partie inférieure un peu en avant et la trompe était étalée sur sa face antérieure. Du côté de l'utérus et à ses côtés existaient deux kystes plus petits; un troisième,

tout à fait minuscule, provenant évidemment d'un canal parovarien distendu, était situé tout près de la tumeur principale. L'ovaire était blanc, ratatiné et ridé, et il n'avait aucun rapport direct avec aucun de ces kystes, quoiqu'il fut en rapport de voisinage avec le plus volumineux par son hile. La trompe de Fallope était normale, et elle ne se trouvait en rapport qu'avec la plus volumineuse de ces tumeurs par son tissu conjonctif lâche.

Il ne pouvait exister pour moi aucun doute que cette autopsie me fournissait ainsi une indication pathologique de grande valeur, car lors d'une ovariectomie, que j'avais pratiquée quelque temps auparavant, j'avais déjà été frappé du fait que l'ovaire correspondant était parfaitement sain et qu'il était séparé de la tumeur, ainsi que la trompe correspondante, par un *mésovarium d'une certaine étendue*. Et en somme je ne puis appeler l'opération que je pratiquai dans ce cas, une *ovariotomie*, car, en passant la chaîne de l'écraseur autour de la base de la tumeur, je ne compris dans la ligature ni l'ovaire, ni la trompe et ces deux organes restèrent dans la cavité abdominale.

Dans les observations des différents chirurgiens ces opérations ont jusqu'à présent été envisagées comme de véritables ovariectomies, l'ovaire et la trompe correspondants à la tumeur ayant toujours été enlevés en même temps que cette dernière. Cette manière de procéder constitue une grossière erreur; car neuf fois sur dix il est facile de détacher du kyste l'ovaire et la trompe et de les laisser intacts dans la cavité abdominale; actuellement j'essaie toujours d'opérer d'après ces principes.

Il est assez curieux de constater que tous les premiers cas de soi-disant ovariectomies, c'est-à-dire ceux de la période comprise entre 1827 et 1842, sont, à une exception près, des exemples d'opérations pratiquées pour des kystes parovariens et il est encore plus curieux de remarquer que ce sont ceux qui ont le plus protesté contre l'enlèvement inutile des



ovaires, qui ont suivi le plus assidûment cette pratique dans leurs opérations de tumeurs parovariennes.

J'ai par conséquent dressé une liste spéciale de tous mes cas de kystes du ligament large, autant qu'il m'a été possible de le faire. Au début de ma pratique je ne pouvais faire une distinction de ces cas aussi exacte que je le fais actuellement et par ce fait quelques-uns auront certainement échappé à un classement méthodique.

Comme conclusion de toutes mes observations je puis dire, qu'à une seule exception près, j'ai toujours trouvé que dans tous les cas de véritable tumeur uniloculaire l'ovaire n'était pas intéressé, quoique je l'aie vu différentes fois étalé sur la paroi du kyste. J'ai constaté trois ou quatre fois qu'il était relié à la tumeur par un mésovarium plus ou moins distinct et une fois j'ai trouvé dans ce pli péritonéal différents canaux parovariens, mais sans lésions pathologiques; il s'agissait d'une malade de M. Hallwright, chez laquelle j'enlevai il y a environ 13 ans un kyste uniloculaire assez volumineux.

Dans un autre exemple, l'ovaire était sain et il fut laissé à la distance d'environ trois centimètres au-dessous de la ligature; dans un troisième, je trouvais que l'ovaire et la trompe étaient accolés au kyste, mais qu'ils n'en faisaient aucunement partie. Les parois de cette dernière tumeur étaient extrêmement épaisses et elles contenaient, comme dans quelques exemples analogues, une grande quantité de fibres musculaires lisses, fait qui ne me semble en aucune façon parler contre l'origine parovarique que j'attribue à cette tumeur, car les fibres musculaires lisses existent en assez grande quantité dans le ligament large, comme le prouve d'ailleurs la présence en ce point de tumeurs myomateuses.

#### TUMEURS PAROVARIIENNES MULTILOCULAIRES.

Le cas auquel je viens de faire allusion, et où il s'agissait

d'une tumeur composée de plusieurs kystes, mais devant rentrer dans la même catégorie que les kystes uniloculaires, se présenta chez une dame âgée de soixante-six ans. Elle était veuve et s'était mariée 43 ans avant l'apparition de sa tumeur. Les règles avaient cessé depuis environ 20 ans et son plus jeune enfant avait 25 ans. Il y avait donc toute raison d'admettre que l'activité fonctionnelle de ses ovaires ne devait plus être très grande. La tumeur fut découverte pour la première fois environ 5 ans avant l'époque où je vis la malade, sa croissance avait été très lente pendant 4 ans, mais elle était devenue très rapide depuis 6 mois. Les parois abdominales étaient très minces, et à la percussion la sensation de flot pouvait être communiquée et était nettement perceptible dans toutes les directions. D'après mon expérience acquise par d'autres cas semblables je posai le diagnostic de *kyste uniloculaire du corps de Wolff*, selon toutes probabilités, sans participation de l'ovaire correspondant.

J'eus raison en ce qui concernait l'ovaire, car je le trouvai, ainsi que la trompe, absolument intact et nullement intéressé par la tumeur, qui s'était développée aux dépens du ligament large. Néanmoins j'avais fait une erreur en ce qui concernait la nature de la tumeur, car au lieu d'être uniloculaire je constatai qu'elle était formée de cinq ou six poches différentes. Leurs parois étaient tout particulièrement minces, car elles ressemblaient à de véritable papier de soie, et cette épaisseur n'était pas augmentée à la base de la tumeur, comme c'est toujours le cas pour les tumeurs multiloculaires d'origine ovarienne. J'ai la conviction que cette tumeur représentait un exemple frappant d'hydropisie d'un certain nombre de canaux parovariens, car, du moment que cette éventualité peut se produire pour un tube isolé, il n'existe aucune raison pour que cela ne puisse se rencontrer simultanément pour un certain nombre d'entre eux.

Ma première opinion sur ce cas se trouva encore confirmée