

**Quelques pointes de l'étude clinique des tumeurs du ligament large
(formes cliniques--évolution--traitement) ... / par Michel Deniker.**

Contributors

Deniker, Michel, 1878-
Université de Paris.

Publication/Creation

Paris : G. Steinheil, 1910.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/qrps2bzc>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

4
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

198

Année 1910

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 mars 1910, à 1 heure

Par M. Michel DENIKER

Né à Paris, le 19 avril 1878

Aide d'Anatomie à la Faculté

Ancien interne Lauréat des Hôpitaux de Paris

(Médaille d'argent 1908).

QUELQUES POINTS DE L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

TUMEURS DU LIGAMENT LARGE

(FORMES CLINIQUES - ÉVOLUTION - TRAITEMENT)

Président : M. SEGOND, professeur.

Juges: MM. RECLUS, professeur.

DUVAL PIERRE,

OMBRÉDANNE, } *agréés.*

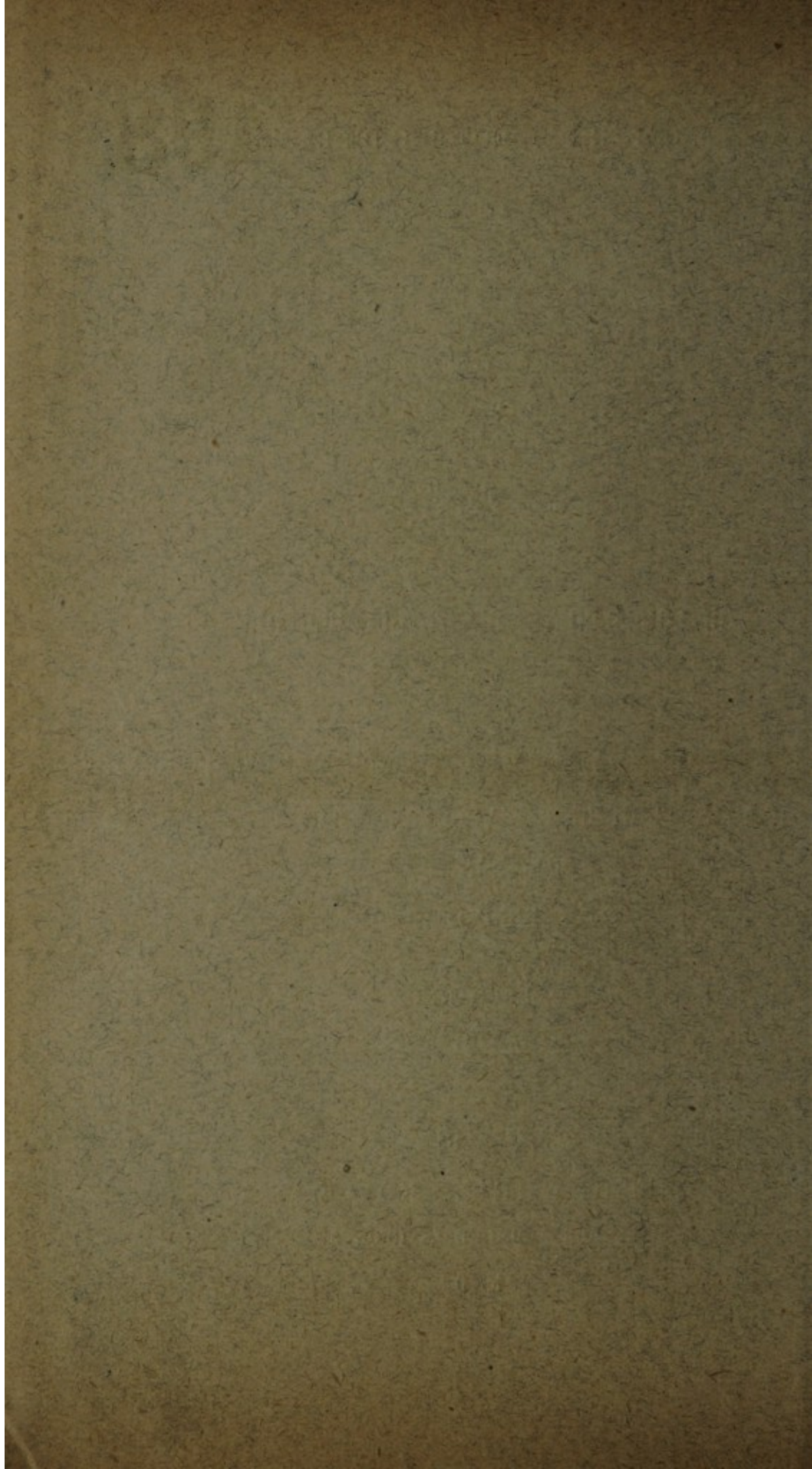
PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

47



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 mars 1910, à 1 heure

Par **M. Michel DENIKER**

Né à Paris, le 19 avril 1878

Aide d'Anatomie à la Faculté

Ancien interne Lauréat des Hôpitaux de Paris

(Médaille d'argent 1908).

QUELQUES POINTS DE L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

TUMEURS DU LIGAMENT LARGE

(FORMES CLINIQUES - ÉVOLUTION - TRAITEMENT)

Président : M. SEGOND, professeur.

Juges : MM. RECLUS, professeur.

DUVAL PIERRE,

OMBRÉDANNE,

} *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.
Professeurs MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	Ch. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....	{ N....
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	MARIE (PIERRE).
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHAUFFARD.
	ROGER.
Clinique médicale.....	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
	{ HUTINEL.
Clinique des maladies des enfants.....	BALLET (GILBERT).
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RECLUS.
Clinique chirurgicale...	{ SEGOND.
	{ QUENU.
	{ DELBET.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BAR.
	{ RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNÉO.	LAUNOIS.	NOBÉCOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECÈNE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBÉ.	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émis dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

A MON PÈRE

A M. LE PROFESSEUR SECONDE

A MES MAÎTRES

UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

ANN ARBOR, MICHIGAN

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY
 ANN ARBOR, MICHIGAN
 1900

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY
 ANN ARBOR, MICHIGAN
 1900

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY
 ANN ARBOR, MICHIGAN
 1900

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY
 ANN ARBOR, MICHIGAN
 1900

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY
 ANN ARBOR, MICHIGAN
 1900

INTRODUCTION

Les tumeurs développées entre les deux feuillets du ligament large sont, au point de vue anatomique, les unes primitives, les autres originaires de l'utérus ou de ses annexes. Ce sont toujours soit des tumeurs solides (fibromes, adénomyomes, sarcomes, myxofibromes, etc...), soit des kystes (hydatyques, dermoïdes, hyalins, papillaires, etc...). La pathogénie de certaines de ces tumeurs a été et est encore discutée, étant donné les variétés histologiques multiples qu'on peut rencontrer. Je laisse complètement de côté cette partie fort complexe de la question, ne voulant traiter ici que la partie clinique et opératoire (1). C'est pour cette raison également que je ne fais pas d'historique, ce chapitre n'ayant d'intérêt que pour la question pathogénique (2). Je veux me borner simplement à rappeler ici quelques dispositions anatomiques particulières à la situation de ces tumeurs, quelle qu'en soit la nature, et permettant de comprendre leur symptomatologie spéciale, et les difficultés opératoires auxquelles elles peuvent donner lieu.

D'ailleurs, si leur structure histologique est variable, au

(1) J'avais traité dans son ensemble la question des tumeurs du ligament large pour le concours de la médaille d'or (1908). La partie que je laisse de côté aujourd'hui demanderait à être reprise sur beaucoup de points, et je dois l'abandonner momentanément, des circonstances indépendantes de ma volonté m'obligeant à terminer plus rapidement que je ne pensais le présent travail.

(2) Cet historique se trouve d'ailleurs traité avec tous les détails nécessaires dans : STROHEKER (Thèse de Paris, 1902).

contraire, au point de vue clinique, ces tumeurs se ressemblent beaucoup, précisément grâce à ce caractère commun d'évoluer entre les deux feuillets du ligament large, et, souvent on ne va pas plus loin que ce diagnostic topographique. En effet, des fibromes ramollis (cas assez fréquent ici), ressemblent à des tumeurs liquides, et des kystes à parois épaissies, entourés d'adhérences, donnent souvent l'impression d'une masse solide.

C'est pourquoi dans l'étude clinique qui va suivre, j'étudierai en bloc ces tumeurs, cherchant seulement à les classer d'après leur situation topographique. A ce point de vue, il importe de conserver intégralement la division chirurgicale du ligament large en *mésosalpinx, supérieur et mobile, et ligament proprement dit, doublé de la gaine hypogastrique, inférieur et fixe*. Or, une tumeur née dans cette portion basse du ligament n'a aucune tendance, quel que soit son volume, à *dédoubler le mésosalpinx*. La résistance de ce dernier est considérable, et dans un de nos cas (obs. 4) un fibrome de 0 m. 25 de diamètre, ne l'avait pas dédoublé. C'est là un fait intéressant sur lequel Alban Doran (1) insiste à juste titre, dans une de ses observations. Réciproquement, une tumeur du mésosalpinx (et ici les kystes sont infiniment plus fréquents que les fibromes), dédouble rapidement ce dernier, et *la trompe, aplatie et rubanée, vient encercler la tumeur*, disposition absolument caractéristique (V. fig. 3), et qui permet de diagnostiquer à coup sûr l'origine de la tumeur, même si ultérieurement celle-ci a pris un grand développement.

(1) ALBAN DORAN, *Transact. of the Obs. Soc. of London*, 1899, LXI, p. 173.

Nous pouvons donc établir déjà une première division en tumeurs du mésosalpinx, et tumeurs du ligament proprement dit. Celles-ci d'ailleurs peuvent tendre à se développer vers le haut, ou au contraire à venir faire saillie dans le vagin ; et l'on peut à la rigueur les subdiviser en variété haute et variété basse, si l'on veut conserver l'ancienne division en trois étages de Terrillon.

Mais quoi qu'il en soit, ces tumeurs sont toujours franchement latéro-utérines, et intraligamentaires. Or au cours de leur développement, elles peuvent :

1° Repousser en avant un des feuillets, s'en coiffer et se *pédiculiser* sur le ligament large. Gross et Binaud (Cf. obs. 14) ont particulièrement attiré l'attention sur ce point.

2° Se glisser au contraire sous l'un des feuillets et évoluer alors comme des tumeurs pré-ou rétro-utérines. D'où deux variétés :

a) *Les tumeurs à évolution antérieure*, contractant des rapports intimes avec la vessie.

b) *Les tumeurs à évolution postérieure*, tendant à dédoubler le méso de l'S iliaque, qui, dans les gros fibromes, peut s'aplatir et affecter la même disposition que la trompe dans les tumeurs du mésosalpinx. Plus rarement on peut observer les mêmes particularités du côté du cæcum.

3° Enfin les tumeurs qui évoluent surtout en bas, peuvent pousser des prolongements multiples vers les différents orifices de l'excavation pelvienne (trou obturateur, échancrure sciatique, etc...) et sortir en des points souvent très éloignés.

Toutes ces dispositions vont se retrouver en grande partie, au cours de l'examen clinique, et c'est sur elles que nous allons pouvoir baser la classification topographique de ces tumeurs.

En terminant, signalons encore trois points importants, mais plutôt au point de vue opératoire.

1° *La grande vascularisation* du ligament large, fréquemment notée, lorsqu'une grosse tumeur le dédouble. Perrot (1) cite même un cas où les veines étaient de la grosseur d'une veine cave (!). C'est peut-être aller un peu loin. Mais on les trouve fréquemment de la grosseur d'une fémorale (Cf. obs. 6).

2° *Les rapports fréquents avec l'uretère*. Nous y reviendrons longuement à propos du traitement. Mais déjà nous pouvons dire que dans ces cas, l'uretère n'est pas si dangereux au niveau du col utérin, qu'à son entrée dans le pelvis, surtout au moment où il quitte le repli de la fossette ovarienne.

3° *La fausse inclusion*, étudiée par Reynier (2) et Laroche (3), disposition créée par ce fait que la trompe et son méso se rabattent sur une tumeur sous-jacente qu'ils coiffent et à laquelle ils adhèrent ; ou bien par le fait d'une tumeur annexielle très adhérente avec le voisinage, et donnant l'impression d'être sous-péritonéale. Nous rapportons deux cas de ces dispositions un peu spéciales, utiles à connaître au cours d'une laparotomie (Cf. obs. 23 et 24).

Dès lors, en suivant la tumeur au cours de son évolution, nous allons pouvoir lui décrire schématiquement trois périodes, qui vont faire l'objet du chapitre suivant.

(1) PERROT, Thèse de Lyon, 1900.

(2) REYNIER, *Semaine gynécol.*, mars 1896.

(3) LAROCHE, Thèse de Paris, 1896.

CHAPITRE PREMIER

SIGNES PHYSIQUES

§ 1. — Période de début.

Nous ne parlons, bien entendu, ici, que de la petite tumeur cliniquement appréciable. Il est cependant exceptionnel, même à ce moment, de pouvoir faire un diagnostic. Au cours d'une exploration combinée vagino-abdominale, on découvre par hasard, soit un petit noyau accolé à l'utérus, soit une petite masse latérale indépendante, et qu'il importe de bien différencier de l'ovaire. Cette distinction est toujours très difficile, surtout s'il s'agit d'une tumeur pédiculée et par suite assez mobile. Le seul signe rationnel consisterait à sentir nettement les deux masses. Aussi, le plus souvent le diagnostic ne se fait pas et si la tumeur est isolée de l'utérus, elle est presque fatalement prise au début, pour une annexe augmentée de volume.

§ 2. — Période de tumeur pelvienne.

Inspection. — Cet examen ne révèle en général rien dans les cas de tumeurs pelviennes. Tout au plus les fibromes à évolution latéro-antérieure et certains kystes placés très en avant, peuvent-ils, lorsqu'ils ont atteint un certain volume, donner lieu à une légère voussure, plus ou moins nette à jour

frisant. Quant aux vraies tumeurs, latérales ou postéro-latérales, elles ne manifestent leur présence à la simple vue, qu'après avoir dépassé le détroit supérieur et être devenues déjà tumeurs abdominales.

Palpation. — Il importe de pratiquer cet examen dans de bonnes conditions. La malade devra être placée en position gynécologique, les cuisses fortement relevées, fléchies et écartées. On se trouvera bien également d'une légère inclinaison qui refoule la masse intestinale vers le diaphragme. En déprimant alors progressivement les téguments au-dessus du pubis, on arrive à sentir dans la profondeur de l'excavation, une masse plus ou moins arrondie, régulière ou bosselée, dure ou nettement fluctuante, dont on peut tout au plus préciser la situation latéro-pelvienne, sans rien préjuger encore de sa nature vraie et de ses connexions réelles.

Percussion. — Dans le cas de tumeur pelvienne cet examen donne des renseignements insignifiants. Au point où l'on a senti une masse, la percussion révèle de la matité plus ou moins franche, et c'est tout. Encore faut-il se méfier de la sonorité d'une anse intestinale placée en avant de la tumeur.

Toucher vaginal. — Pratiqué seul, il ne donne que peu de renseignements. Il permet néanmoins de constater :

1° *L'état du col*, qui peut être normal (obs. 1) ou au contraire ramolli, parfois dur (obs. 3), fibromateux (obs. 11) ou tout simplement hypertrophié (obs. 24).

2° *Sa situation*; rarement élevé dans les tumeurs pelviennes, quelquefois légèrement abaissé, il est le plus souvent déjeté en avant, en arrière ou latéralement du côté opposé à la tumeur, quelquefois cependant du même côté (obs. 5).

3° *L'état des culs-de-sac* qui sont ou normaux ou saillants,

plus ou moins refoulés dans le vagin, au cas de tumeur pelvienne basse.

Ces différents examens ne peuvent donc que mettre sur la voie du diagnostic, et ce n'est que par la combinaison du toucher et du palper que nous arriverons à grouper les différentes variétés cliniques qui peuvent se présenter.

Examen abdomino-vaginal combiné. — Pour mettre un peu de clarté dans cette étude, nous envisagerons les différents cas possibles, et qui nous semblent pouvoir être groupés en un certain nombre de types cliniques assez nets. Certes, dans la pratique, ces formes empiètent plus ou moins les unes sur les autres, et tous les intermédiaires existent. Néanmoins nous croyons pouvoir adopter l'ordre suivant, basé d'ailleurs en grande partie sur des faits personnellement observés.

1° LA TUMEUR FAIT, OU TOUT AU MOINS PARAÎT FAIRE CORPS AVEC L'UTÉRUS. — Le type de cette tumeur est le fibrome utérin avec lobe intra-ligamentaire. Il peut présenter lui-même de multiples variétés que nous ramènerons à quatre types essentiels.

1^{er} TYPE : *Tumeur franchement latérale* [*Fibrome de volume moyen (œuf, orange)*]. — On sent dans ce cas, une tumeur dure, lisse, légèrement bosselée, dans laquelle il est plus ou moins facile de distinguer deux masses : 1° *l'utérus*, régulier ou plus ou moins déformé selon son degré de participation au processus, en position normale (obs. 13) ou légèrement repoussé du côté opposé à la tumeur (obs. 5, 9, 12) ; 2° *la tumeur* proprement dite, accolée à l'un de ses bords. Si l'adhérence n'est pas complète, on peut sentir vers le fond de l'utérus, une encoche assez nette séparant les deux masses. Les culs-de-sac sont libres, si le fibrome occupe la partie

supérieure du ligament (obs. 10). Une tumeur basse fera

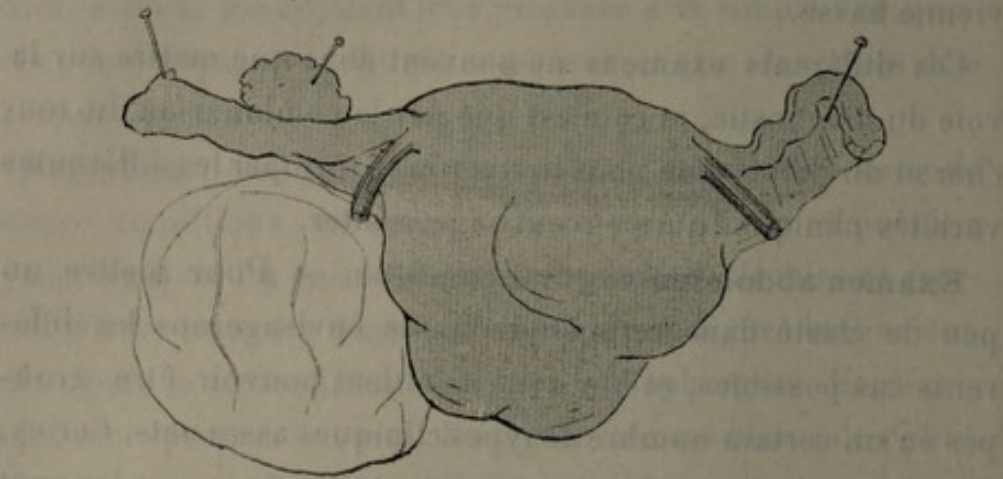


FIG. 1. — Type de fibrome latéro-utérin, avec utérus fibromateux.
Pièces de l'observation 10. Demi-grandeur.

au contraire bomber le cul-de-sac correspondant (obs. 1), et le toucher vaginal pourra alors faire sentir une encoche entre

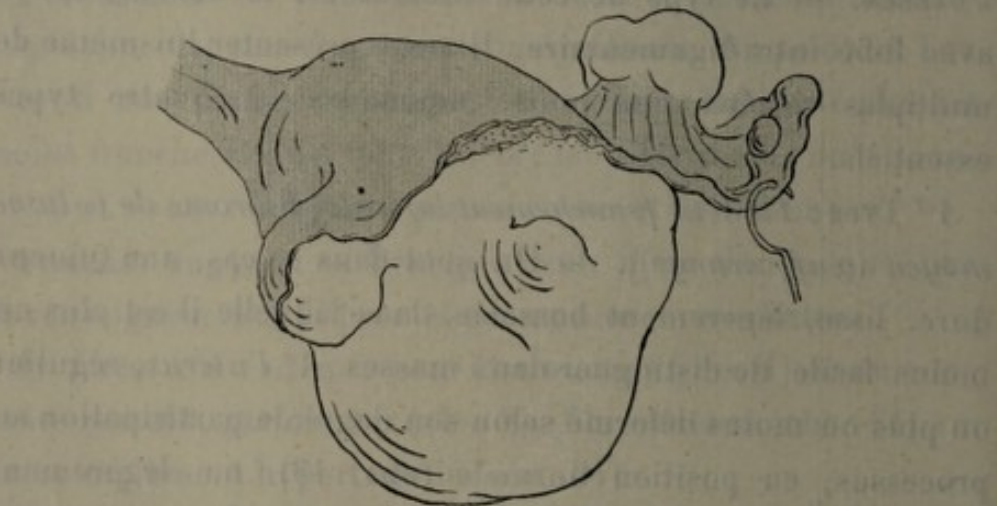


FIG. 2. — Type de fibrome utérin développé dans le ligament large. A droite existait un gros kyste qui a été enlevé dans un premier temps. Pièces de l'observation 1. Demi-grandeur.

la tumeur et le col. Si l'utérus est lui-même bourré de

fibromes, ou s'il s'agit d'un fibrome interstitiel largement sessile, les deux masses se confondent en une seule, irrégulière, lobée, occupant l'un des côtés du bassin. L'observation n° 200 de la thèse de Stroheker (*loc. cit.*), accompagnée d'une figure, correspond à un fibrome de cette nature.

Dans l'un comme dans l'autre cas, les mouvements communiqués, peu accentués d'ailleurs, se transmettent à toute la masse.

2° TYPE : *Tumeur latérale et postérieure (Fibrome tendant à se développer sous le feuillet postérieur du ligament large).*

— Cette tumeur se caractérise essentiellement par sa situation basse. Elle vient faire saillie à la fois dans le cul-de-sac latéral du côté où elle a pris naissance, et dans le cul-de-sac de Douglas vers lequel elle a ensuite évolué. L'utérus, dans ce cas, paraît toujours confondu dans la masse, même quand il participe peu ou pas au processus fibromateux (1). Le col est un peu élevé et en général repoussé en avant et latéralement du côté opposé à la tumeur ou du même côté. On note une légère mobilité en masse de la tumeur.

3° TYPE : *Tumeur latérale et antérieure (Fibrome tendant à se développer sous le feuillet antérieur du ligament large).*

— La symptomatologie de ces tumeurs se rapproche beaucoup de celle qu'a décrite M. Lejars (2) pour les fibromes du col à développement antérieur (variété sessile) dont la caractéristique est de soulever très haut le cul-de-sac vésical et la vessie qu'ils compriment. Mais étant donné la situation respective du péritoine utérin et du feuillet antérieur du ligament large par rapport à la symphise, il en résulte que ces tumeurs pren-

(1) DENIKER et SAUVÉ, *Bull. Soc. Anat.*, Paris, novembre 1907.

(2) LEJARS, *Annales de gynéc. et obst.*, 1906.

nent dès le début la forme abdominale et seront mieux à leur place dans le chapitre suivant.

4° TYPE : *Tumeur remplissant toute l'excavation pelvienne.*

— Dans ce cas, il s'agit soit d'un double fibrome intraligamentaire fusionné avec l'utérus et ayant dédoublé les deux ligaments larges, soit d'un gros fibrome unilatéral ayant peu à peu dédoublé le ligament large et refoulé l'utérus jusqu'à la paroi pelvienne opposée.

Dans le cas de fibrome bilatéral, on peut par une palpation attentive sentir la masse utérine médiane et reconnaître plus ou moins facilement les deux tumeurs latérales adjacentes à l'utérus et mobiles avec lui (obs. 3). Si la délimitation est impossible, du moins la situation à peu près normale du col pourra aider au diagnostic.

Comme dans les cas précédents, les culs-de-sac pourront être plus ou moins saillants si la masse plonge assez bas dans le pelvis.

Dans le deuxième cas au contraire, on sentira une masse dure, saillante dans le fond du vagin, correspondant au fibrome unique, tandis que l'utérus tout à fait rejeté en dehors ne pourra pas toujours être délimité nettement. Le col élevé, refoulé et déplacé latéralement par la saillie de la masse, sera souvent difficile à percevoir (obs. 4). La mobilité dans tous ces cas est généralement très faible ou même complètement nulle. C'est le type de la tumeur pelvienne enclavée.

2° LA TUMEUR PARAÎT NETTEMENT INDÉPENDANTE DE L'UTÉRUS. —

Nous ne parlerons ici que des tumeurs franchement latérales car, dans les cas de tumeur à évolution antérieure ou postérieure, la délimitation est, en général, impossible à faire.

Pour bien établir cette indépendance, et bien séparer les

deux masses, il importe de reconnaître tout d'abord par l'examen combiné, le col et le fond de l'utérus. L'organe ainsi pris entre les deux mains peut être délimité assez facilement dans les cas de tumeur de volume moyen. Il n'est pas toujours facile, par contre, de sentir un sillon net séparant complètement les deux masses, surtout dans les cas de fibromes libres intraligamentaires où l'on a généralement affaire à deux tumeurs de consistance à peu près analogue. Les kystes, au contraire, forment dans les cas typiques une masse arrondie, rénitente, légèrement fluctuante, nettement séparée de l'utérus, qu'ils peuvent d'ailleurs refouler latéralement, mais dont ils se distinguent par une consistance différente. Dans les cas atypiques (kyste d'apparence solide, fibrome mou), il est facile de comprendre, pour peu que l'utérus soit refoulé et accolé à la tumeur, combien ces formes vont ressembler aux fibromes latéro-utérins décrits plus haut. Comme toujours, la tumeur peut faire plus ou moins saillie dans le vagin, et entraîner un abaissement du col utérin, moins peut-être que dans les cas de tumeur tenant à l'utérus, mais ce sont là des nuances bien difficiles à saisir.

Il est plus utile pour le diagnostic de rechercher et d'étudier avec soin la *mobilité comparée* des deux masses. Si la séparation entre l'utérus et la tumeur est réelle, les mouvements communiqués à l'un ne seront pas transmis à l'autre, ou en tout cas ne pourront l'être qu'après épuisement de l'élasticité du péritoine. Cependant ce signe même est trompeur, car on le rencontre dans les cas de tumeurs incluses mais rattachées à l'utérus par un pédicule large et mince, impossible à sentir.

D'ailleurs, en règle générale, *toute tumeur incluse est peu mobile*, et c'est là un de ses principaux caractères. Encastrées,

en effet, entre le ligament large, le releveur, l'utérus et la paroi pelvienne, ces tumeurs ne sauraient jouir que d'une mobilité très restreinte. Toutefois, les exceptions ne sont pas rares, et il nous suffit de rappeler qu'il existe des tumeurs du ligament large nettement pédiculées. Dans ces cas, on sent à côté de l'utérus une masse bien mobile, tendant à faire saillie tantôt en avant, tantôt en arrière, dont les mouvements

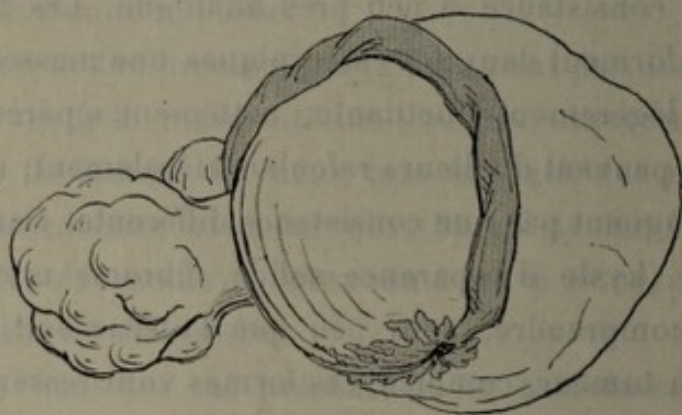


FIG. 3. — Type de kyste développé dans le mésosalpinx. Disposition caractéristique de la trompe. Tumeur facile à enlever en bloc. Pièces de l'observation 16. Demi-grandeur.

ne se communiquent que peu ou pas à l'utérus, et dont le diagnostic topographique et anatomique est des plus difficile (obs. 14).

Les kystes peu volumineux du mésosalpinx, libres d'adhérences, donnent également cette impression de grande mobilité (obs. 16) et seraient d'un diagnostic difficile, s'ils n'avaient pour eux une absence de symptomatologie fonctionnelle assez souvent caractéristique (V. fig. 3).

§ 3. — Période de tumeur abdominale.

La tumeur pelvienne continuant à grossir peut évoluer dans trois directions principales :

1° *Vers la région inférieure*, déprimant progressivement les culs-de-sac, et pouvant venir faire saillie très bas dans le vagin.

2° *Vers l'abdomen*, tendant alors à s'énucléer du petit bassin pour gagner la région sous-ombilicale ensuite.

3° L'évolution peut se faire *à la fois dans les deux sens*. Ce sont les cas les plus graves par suite des troubles de compression qu'ils provoquent.

Ici, l'examen du ventre par la vue et le palper donne de précieux renseignements. Toutefois, nous n'insisterons que sur les points essentiels, car il ne s'agit là, jusqu'à un certain point, que d'une symptomatologie commune à toutes les grosses tumeurs de l'abdomen.

Inspection. — Le ventre est augmenté de volume ; en général la distension est asymétrique, plus accentuée du côté correspondant au point d'origine de la tumeur. La mensuration comparée des deux demi-circonférences de l'abdomen, indique le plus souvent un écart de quelques centimètres. Citer des chiffres serait sans intérêt, les dimensions étant des plus variables. Depuis la légère voussure iliaque jusqu'à cette énorme tumeur citée par Stroheker (*loc. cit.*), qui remontait jusqu'aux fausses côtes au point de les refouler en arrière, s'insinuant entre elles et la paroi, tous les intermédiaires existent. Il est plus intéressant de noter qu'à volume égal, un kyste se développant sous le péritoine pariétal postérieur, produit une vous-

sure abdominale moins prononcée qu'une tumeur pédiculée, et par suite plus mobile, telle qu'un kyste de l'ovaire banal. Par contre, les fibromes à développement antérieur (obs. 7) paraissent s'accuser par une saillie très accentuée en comparaison de leur volume.

Palpation. — Cet examen permet de délimiter la tumeur, de se rendre compte de sa forme, de ses rapports, de sa consistance dure, liquide ou mixte, enfin de son degré de mobilité. Ce dernier examen est encore ici un des plus importants, la mobilité étant en général assez limitée.

Percussion. — Elle permet de parfaire la délimitation de la tumeur par la recherche de la zone de matité dont on peut apprécier l'étendue. Dans certains cas de tumeurs mixtes, on peut noter des régions de consistance différente, donnant à la percussion des sensations variables.

Toucher vaginal. — Cet examen est ici indispensable. Seul, en effet, il permet d'établir l'origine pelvienne de la masse et de la différencier des autres tumeurs abdominales. Il permet, combiné à la palpation, de reconnaître deux variétés de tumeurs.

1^{re} VARIÉTÉ : *Tumeur franchement abdominale (Développée en général sous le feuillet postérieur du ligament large).* — Il s'agit ici de la tumeur en quelque sorte énucléée du bassin vers l'abdomen. Un fibrome ou un kyste de cette nature, va, de par son développement intra, puis sous-ligamentaire, entraîner l'utérus dans son évolution ascendante. Il en résultera un étirement, un allongement du vagin, et une élévation du col, qui peut dans certains cas devenir complètement inaccessible. Cette disposition est tout à fait caractéristique. Il en existe des exemples très nets et montrant jusqu'à

quel degré elle peut aller. Ainsi Guermontprez (1) rapporte un cas dans lequel le col, absolument inaccessible au doigt, était à 22 centimètres de l'orifice vulvaire. Une malade de Keith (2) présentait, dans un cas de gros fibrome remplissant tout l'abdomen, un étirement du vagin tel qu'il admettait à peine le doigt, et donnait une sensation de tension et de rigidité. L'utérus absolument luxé hors du pelvis était perçu dans la région lombaire gauche ; le col, naturellement, inaccessible. Une semaine après l'intervention, l'utérus avait repris sa place normale. C'est une semblable étroitesse du vagin qui fit obs-

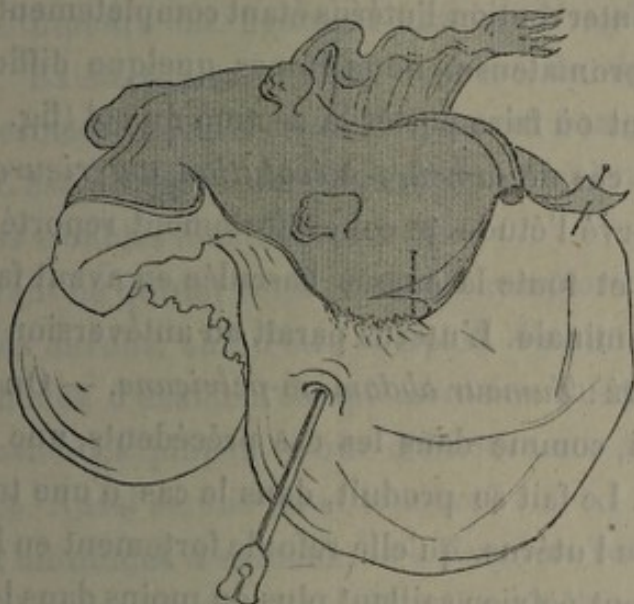


FIG. 4. — Type de fibrome utérin inclus dans le ligament large, avec utérus absolument confondu dans la masse. Col complètement effacé et inaccessible au toucher (sonde dans l'orifice). En arrière, petite masse devenue kystique. Pièces de l'observation 6 (quart de grandeur nature).

tacle à une hystérectomie vaginale dans un cas de Rochard (3). Pour curieux qu'ils soient, ces faits sont cependant excep-

(1) GUERMONPREZ, *Cong. Gyn. Bordeaux*, 1895.

(2) KEITH, *Edinburgh med. Journ.*, 1885.

(3) ROCHARD, Obs. I in Thèse de RECHNER (Paris, 1897).

tionnels. Néanmoins, même lorsqu'il est accessible au doigt, le col est toujours élevé et déjeté du côté opposé à la tumeur. En outre, et c'est là un caractère important, il est (surtout dans les cas où l'utérus se confond en grande partie avec la tumeur) complètement ou partiellement effacé. Pauchet, Duncan, Dubourg, ont noté cette disposition. En 1898, Chandelux insiste, à la Société de chirurgie de Lyon, sur ce signe de l'effacement du col, caractéristique selon lui d'une tumeur sous-péritonéale. Dans une de nos observations (obs. 6), nous avons constaté nettement cette absence de tout vestige de col, et au cours de l'intervention, l'utérus étant complètement perdu dans la masse fibromateuse, nous eûmes quelque difficulté à trouver le point où faire porter la section du col (fig. 4).

Dans les cas de *tumeurs à évolution antérieure* dont nous avons réservé l'étude, le col est fortement reporté en haut et en arrière, et toute la masse basculée en avant fait une forte saillie abdominale. L'utérus paraît en antéversion (Dolérís).

2^e VARIÉTÉ : *Tumeur abdomino-pelvienne*. — On peut encore observer ici, comme dans les cas précédents, une forte élévation du col. Le fait se produit, dans le cas d'une tumeur indépendante de l'utérus, qu'elle refoule fortement en haut par un prolongement pelvien saillant plus ou moins dans le vagin. Tel était le cas dans l'observation de Guermonprez citée plus haut. Mais en général il s'agit d'une grosse tumeur adhérente à l'utérus ou directement dépendante de lui et qui, en même temps qu'elle s'accroît vers l'abdomen, tend à pousser un ou plusieurs prolongements inférieurs venant faire saillie dans le vagin, pouvant même atteindre l'orifice vulvaire (Amann (1) en cite un cas). En même temps l'utérus se laisse progressive-

(1) AMANN, Vol. III du *Traité de gynécologie* de MARTIN, Berlin, 1906.

ment abaisser, et dans les cas les plus accentués, on peut observer un prolapsus complet. Cette complication a été souvent notée ; aussi bien d'ailleurs dans des cas de fibromes à prolongement pelvien (obs. 4) que dans certains cas de kystes volumineux, bas situés [Hamonic (1), Descarpentries (2)].

Rappelons à ce propos les nombreux prolongements que peuvent pousser en tous sens les fibromes du ligament large et dont Stroheker (*loc. cit.*, obs. 13) rapporte une remarquable observation due à Krönlein.

Telles sont, dans leurs grandes lignes, les différentes particularités que nous ont paru présenter à l'examen physique, les tumeurs du ligament large envisagées dans leur ensemble. Existe-t-il un certain nombre de signes dont la réunion permette de différencier la nature vraie de chacune d'elles ? C'est un point sur lequel nous reviendrons, après l'étude des troubles fonctionnels.

Mais avant de quitter cette étude de symptomatologie physique, nous devons, afin d'être complet, dire un mot de quelques méthodes d'examen complémentaire qui peuvent aider au diagnostic. La plupart n'ont d'ailleurs que peu de valeur en l'espèce. Aussi serons-nous très bref.

Autres méthodes d'examen. — *Toucher rectal.* — Seul possible chez les vierges (obs. 28) ; il peut être un moyen de diagnostic utile pour déterminer la situation pré ou rétro-rectale de certains kystes (Amann, *loc. cit.*).

Examen au spéculum. — En général inutile. Il ne peut que corroborer les résultats du toucher concernant l'état du col et des culs-de-sac.

(1) HAMONIC, *Revue clinique d'andrologie et gynécologie*, 1907, n° 1.

(2) DESCARPENTRIES, *Echo médical du Nord*, 1904, n° 19, p. 227).

Hystérométrie. — Cet examen ne doit jamais être fait s'il y a le moindre soupçon de grossesse. Il donne d'ailleurs souvent des résultats trompeurs. L'utérus, en effet, peut présenter une cavité augmentée de longueur dans des cas de tumeurs latéro-utérines. Il peut aussi rester normal dans certains cas de fibromes interstitiels. L'hystérométrie renseigne mieux sur la direction de la cavité utérine. Elle permet dans certains cas de fibromes à évolution antérieure ou postérieure, de ne pas confondre la tumeur avec une rétro ou une antéversion de l'utérus.

Le *toucher intra-utérin* après dilatation est rarement indiqué. Il peut cependant quelquefois permettre de mieux saisir les connexions de l'utérus avec la tumeur.

L'*hystéroscopie*, préconisée par Beutner en 1898 avait fait l'année précédente l'objet de la thèse de Cogrel en France. Cette méthode paraît avoir eu peu de succès. Nous ne l'avons jamais vu pratiquer et ne la croyons pas d'un grand secours.

L'*auscultation* a pu permettre dans certains cas de tumeurs très vasculaires d'entendre un bruit de souffle qui peut avoir une certaine valeur diagnostique. Mais comme l'ont montré Routh et Clintock, ce souffle peut résulter également de la compression des gros vaisseaux de la région par la tumeur. Quant aux frottements dus aux adhérences péritonéales, ils doivent être, quoi qu'en disent certains auteurs, bien rarement perçus.

Exploration vésicale. — Cet examen est des plus utiles, surtout dans les cas de fibromes à développement antérieur. Terrillon recommandait de pratiquer le cathétérisme « avec une longue sonde contournant le pubis, qui permet d'apprécier l'allongement de la vessie, son étirement et ses rapports avec

un prolongement rétro-pubien de la tumeur ». La coïncidence d'une hernie inguinale, doit toujours, dans ces cas, faire penser à une hernie de la vessie.

La *cystoscopie* dont Soeckel a préconisé l'emploi en gynécologie (1904) permet également de constater la déviation de la vessie ou la présence de diverticules de cet organe. Le développement intra-ligamentaire est, d'après cet auteur, une des rares indications de la cystoscopie dans les cas de fibromes utérins. Pour apprécier nettement les déformations vésicales, il faut réaliser une réplétion maxima de l'organe.

Le *cathétérisme des uretères* même est recommandé par Amann (*loc. cit.*, p. 293), soit pour vérifier l'état du rein, soit même « pour servir de conducteur, et éviter plus sûrement la blessure de l'uretère au cours de l'intervention ». Cette précaution nous paraît toutefois un peu excessive bien qu'elle ait été préconisée également par Landau (1).

(1) LANDAU, *Berliner klin. Wochensch.*, 1899, p. 273.

CHAPITRE II

SIGNES FONCTIONNELS ET GÉNÉRAUX

Nuls ou insignifiants au début, les signes fonctionnels ne commencent à apparaître qu'avec une tumeur ayant déjà atteint un certain volume. Nous aurons à les envisager aux deux stades de leur évolution pelvienne et abdominale. Mais nous ferons remarquer tout de suite que cette symptomatologie ayant de nombreux points communs avec celle des tumeurs abdomino-pelviennes en général, nous nous bornerons à exposer ici les quelques particularités relatives à la situation spéciale entre les deux feuillets du ligament large, et aux rapports de ces tumeurs.

§ 1. — Tumeur pelvienne.

Douleurs, écoulements anormaux, phénomènes de compression, constituent les principaux troubles dus à la présence d'une tumeur pelvienne en général. A quel degré allons-nous les rencontrer ici ?

Douleurs. — Signe inconstant, très variable comme siège, irradiations, intensité, la douleur peut relever de *causes multiples*.

1° *La tumeur elle-même*, qui, par son poids, provoque une sensation de pesanteur, de plénitude ; par sa situation, son enclavement, comprime les filets du plexus lombo-sacré, donnant lieu à des crises névralgiques dans le domaine du crural ou du sciatique. (Voy. *infra*, phénomènes de compression.)

2° La coexistence d'une salpingo-ovarite, ou la présence d'adhérences, reliquats de poussées péritonitiques locales. C'est surtout pour les kystes qu'il faut incriminer ces causes. En effet, les simples kystes *parovariens*, hyalins, non adhérents, sont le type de la tumeur *indolore* (Terrillon). Au contraire, dans tous les cas où nous relevons des crises douloureuses (obs. 19, 20, 21), il y a coexistence de salpingite ou d'adhérences opératoirement et anatomiquement constatées. La plupart des observations de Raimondi (1) ont trait à des faits analogues sur lesquels M. le professeur Hartmann a fort justement attiré l'attention dès 1896 dans ce travail fait sous son inspiration.

3° La douleur peut encore relever de *poussées congestives* au niveau de la tumeur, se montrant *périodiquement*, au moment de l'apparition des règles. Observées aussi bien dans les cas de kystes [Raimondi, *loc. cit.*, obs. 6, 7, et 12, Mouchotte (2)] que de fibromes [Le Bec (3); Hodgson (4)], ces poussées douloureuses souvent violentes, laissent des traces sous forme de petits foyers hémorragiques qu'on retrouve à l'examen des pièces enlevées (obs. 28).

4° Un dernier facteur enfin est *l'apparition d'une complication* quelconque (torsion, suppuration, hémorragie). Ce sont là des cas spéciaux sur lesquels nous reviendrons dans un chapitre ultérieur (Voy. Complications).

Écoulements anormaux. — 1° *Les écoulements leucorrhéiques* n'ont que peu de valeur, car ils relèvent d'une métrite

(1) RAIMONDI, *Kystes du ligament large*. Thèse de Paris, 1896.

(2) MOUCHOTTE, *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1902, n° 6, p. 567.

(3) LE BEC, *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1886, n° 76, p. 607.

(4) HODGSON, *Medical Press and Circular*, Londres, 1897, p. 660.

ou d'une salpingite, coexistant avec la tumeur et n'ont, par suite, qu'une faible valeur diagnostique.

2° *Les métrorragies* sont plus intéressantes à étudier et méritent qu'on s'y arrête un peu.

FIBROMES. — On sait que les hémorragies sont rares dans les cas de tumeur sous-péritonéale de l'utérus. Par suite, *à priori*, un fibrome du ligament large complètement isolé de l'utérus, devrait être peu ou pas hémorragipare. C'est ce qu'on observe en effet dans la plupart des cas de fibromes primitifs sessiles (obs. 12) ou pédiculés (obs. 14).

Toutefois, il faut aussi tenir compte, pour expliquer l'apparition possible de métrorragies, de *la dilatation presque constante des veines du ligament large entraînant un état congestif intense dans tout le petit bassin*. En effet, si Schwartz (1) a pu observer un développement veineux considérable, sans que la malade ait jamais présenté de métrorragies, en règle générale, cette influence peut être invoquée. De plus, lorsqu'il y a *coexistence* de tumeur utérine et ligamentaire, les métrorragies sont généralement *beaucoup plus abondantes* que dans les cas de fibrome utérin simple (obs. 10 et 11).

D'ailleurs si, en règle générale, l'écoulement sanguin indique un certain degré de participation de l'utérus, les exceptions sont nombreuses. Ainsi Mikulicz (2) cite un cas de fibrome primitif pédiculé du ligament large où les hémorragies étaient très abondantes. Une malade de Barker (4) mourut

(1) SCHWARTZ, *Bull. et mém. Soc. chir. de Paris*, 1894, p. 358.

(2) MIKULICZ, *Wiener med. Wochenschr.*, 1879, p. 599.

(3) BARKER, *American J. of Obstetrics*, 1880, p. 130.

d'hémorragies rebelles, et l'autopsie révéla un fibrome isolé du ligament large. Dans une observation de Texier (1), des métrorragies durèrent cinq mois pour ainsi dire sans arrêt et le ligament large se montra très vasculaire au cours de l'opération. Par contre, certains fibromes nettement utérins influent peu ou pas sur la menstruation (obs. 1, 2, 3). Mais d'une manière générale, on peut dire que ce sont surtout les fibromes mous (obs. 6) et les fibrosarcomes qui sont les plus hémorragipares.

D'autre part, dans certains cas, on note au contraire une *diminution* (obs. 20) et même une cessation complète des règles. Ainsi elles ont cessé depuis 10 mois dans une observation de Dubourg (2), depuis 6 mois dans un cas de Saenger (3), et la tumeur a augmenté rapidement à la suite ; depuis 6 mois également dans ce cas de Krönlein cité plus haut (p. 24), où le fibrome présentait de multiples prolongements. Citons enfin une intéressante observation de Terrier (4) où les règles avaient cessé depuis 4 mois et reparurent après l'intervention.

En somme : pas de modifications (obs. 7), des hémorragies profuses ou une cessation complète des règles, telles sont les différentes éventualités qui peuvent se présenter dans les cas de tumeur solide du ligament large, d'origine utérine ou autochtone.

Quant aux fibromes d'origine ovarienne, tubaire ou ligamentaire, les quelques cas publiés n'indiquent pas de trou-

(1) TEXIER, *Gaz. hôp. de Toulouse*, 1897, n° 3, p. 18.

(2) DUBOURG, *Bull. et mém. Soc. méd. et chir. Bordeaux*, 1898, p. 304.

(3) SÆNGER, *Arch. für Gynäkol.*, Leipzig, 1880, p. 258.

(4) TERRIER, *Bull. et mém. Soc. chir.*, Paris, 1883, p. 862.

bles appréciables du côté de la menstruation. Cependant dans une observation de Delegrange (1), nous relevons l'absence de règles depuis trois mois (il s'agissait d'un fibrome de l'ovaire inclus). Il n'y a donc là rien d'absolu.

KYSTES. — Si nous mettons à part les kystes d'origine ovarienne, qui, inclus ou non, peuvent donner lieu à des troubles menstruels plus ou moins sérieux, il semble que pour les tumeurs liquides du ligament large, il en soit des métrorragies comme de la douleur. De même qu'il est indolore en effet, le kyste hyalin du parovaire n'influe pas en général sur la menstruation, et il n'y a pour ainsi dire pas d'exceptions dans la plupart des cas publiés. Par suite, les métrorragies, lorsqu'elles existent, peuvent être mises sur le compte, soit d'un fibrome coexistant (obs. 18), soit le plus souvent de la salpingite concomitante (obs. 19 et 21). D'autre part, les écoulements menstruels peuvent coïncider, probablement par la poussée congestive qu'ils provoquent, avec une augmentation de volume du kyste (Raimondi, *loc. cit.*).

Enfin, dans certains cas, on peut observer, comme pour les fibromes, une diminution ou un arrêt des règles, coïncidant avec l'apparition de la tumeur [Cortiquera (2), Cushier (3), Binaud et Chavannaz (4), Mouchotte (*loc. cit.*)].

Les kystes dermoïdes s'accompagnent quelquefois de métrorragies abondantes (Beyea) (5). Elles seraient assez fréquentes dans les kystes hydatiques.

(1) DELEGRANGE, *Arch. tocol. et gynécol.*, 1893, p. 896.

(2) CORTIQUERA, *Sem. gynécol.*, Paris, 1896, juillet.

(3) CUSHIER, *New York pathol. Soc.*, 1884, avril.

(4) BINAUD et CHAVANNAZ, *Bull. méd.*, 1905, p. 30.

(5) BEYEA, *American J. of obstetr.*, 1900, avril, p. 433.

Quant aux kystes papillaires, ils ne paraissent pas plus que les autres, être par eux-mêmes hémorragipares (Godard, Rouffart, Lassalle, Terrier) (1). Dans un cas de Tédénat (2) les règles sont abondantes, mais l'utérus participe au processus pathologique.

Phénomènes de compression. — Ils peuvent porter sur les vaisseaux et nerfs du petit bassin, le rectum, l'appareil urinaire pelvien. En général ils sont plutôt l'apanage des fibromes que celui des kystes.

1° COMPRESSION NERVEUSE. — Nous avons vu plus haut qu'elle intéressait surtout le plexus lombo-sacré. Aussi se traduit-elle le plus souvent par des crises douloureuses dans la région de la fosse iliaque, avec irradiations vers l'abdomen et les cuisses. On a pu observer même une véritable sciatique [Routier (3)] dans certains cas de fibromes à prolongement postérieur. Il faut noter également des irradiations vers la région rénale, assez fréquemment observées, et pouvant éveiller l'idée de coliques néphrétiques, surtout dans les cas où elles coïncident avec des troubles urinaires (obs. 19).

2° COMPRESSION VASCULAIRE. — Portant principalement sur les vaisseaux iliaques, elle se traduit par un œdème plus ou moins accentué des membres inférieurs. Cet œdème peut être dur et douloureux et se localiser uniquement à la cuisse du côté correspondant à la tumeur. J'ai observé un cas de ce genre dans le service du professeur Raymond. Malheureusement, la malade ayant refusé une intervention, je ne puis affirmer d'une manière absolue que la tumeur dure et immo-

(1) LASSALLE, Thèse Montpellier, 1891.

(2) TÉDENAT, Observ. in thèse de NEDKOV (Montpellier, 1897).

(3) ROUTIER, Observation 202 in thèse STROHEKER (Paris, 1902).

bile sentie entre l'utérus et le pelvis, était bien un fibrome ligamentaire ; mais la pathogénie de l'œdème n'en restait pas moins très nette. Dans certains cas, on a pu voir à la faveur de cet œdème, se développer une phlébite, ce qui est déjà une complication grave (Le Bec) (1).

Ajoutons enfin la fréquence des hémorroïdes sous l'influence de la compression des veines hypogastriques.

3° COMPRESSION DU RECTUM. — Cette complication est banale et bien connue au cours des fibromes enclavés dans le Douglas.

On l'observe assez fréquemment dans les cas de fibromes du ligament large à évolution postérieure, qui aplatissent complètement le calibre de l'intestin. Cette compression se traduit cliniquement par une constipation opiniâtre (obs. 5, 6, 8 et 9) avec des alternatives de débâcles, et pouvant présenter tous les degrés possibles jusqu'à l'occlusion intestinale complète dont l'observation de Barette (obs. 31) est un assez bel exemple.

4° COMPRESSION DE L'APPAREIL URINAIRE. — Ces phénomènes de compression acquièrent ici une importance de premier ordre et méritent d'être examinés d'un peu près. Ils peuvent porter sur l'urètre, la vessie ou l'uretère, et donner lieu dans chaque cas à des troubles très variables dont Venot (2) a récemment fait une remarquable étude.

a) *Urètre*. — Il peut être comprimé par un fibrome cervical à évolution antérieure, ou même par le col utérin refoulé et qui l'écrase contre la symphise.

b) *Vessie*. — Nous avons noté également dans les cas de fibromes antérieurs, l'élévation et le déplacement latéral de la vessie en sens inverse de l'utérus. Malgré cela la rétention

(1) LE BEC, *Annales de gynéc. et obstétr.*, 1895, p. 371.

(2) VENOT, *Rapport au Congrès d'Alger*, 1907.

d'urine par soulèvement de la vessie qu'on pourrait croire fréquente dans ces cas de fibromes sous-péritonéaux pelviens, est en réalité exceptionnelle en comparaison des accidents analogues dus à un fibrome basculé dans le Douglas, agissant comme un utérus gravide rétrofléchi.

Cette compression de l'urètre ou de la vessie se traduira donc le plus souvent par de la dysurie (obs. 19, 23) ; quelquefois cependant par une véritable rétention.

Cette rétention se produit par crises coïncidant souvent avec les règles, pouvant plus tard devenir définitive, et alors d'un pronostic sombre, étant un point d'appel pour l'infection ascendante. Il faut d'ailleurs ici faire intervenir en outre l'élément congestif dont Zuckerkandl puis Jacobs ont bien montré l'importance dans tous les états physiologiques ou pathologiques du pelvis. C'est par cette congestion (que Zuckerkandl localise dans le bas-fond vésical, au point le plus riche en anastomoses vasculaires), que peuvent être expliqués les phénomènes douloureux de pollakiurie claire avec ténésme caractérisant la « vessie irritable » (obs. 10, 12). A un degré de plus on pourrait observer des hématuries et même, à la faveur de la rétention, voir se développer une véritable cystite. Nous n'en avons pas trouvé d'exemple net dans les cas de tumeurs du ligament large.

c) *Urètre*. — Cet organe est fréquemment intéressé soit par retentissement vésical, soit par compression directe, en général contre la partie *postérieure* de la paroi pelvienne latérale (Amann, *loc. cit.*). Bilatérale ou unilatérale, cette lésion se traduit par une dilatation en général intermittente mais progressive, et pouvant rester localisée à l'urètre ou se propager plus ou moins haut, amener la dilatation du bassinet, puis du rein,

et enfin si l'infection s'y ajoute, des lésions plus graves de supuration rénale.

Cliniquement cette compression de l'uretère se traduit par une albuminurie d'intensité variable [Perrot (1), Dubourg, *loc. cit.*] pouvant amener parfois des phénomènes urémiques très graves. Mais ces faits sont assez rares. M. Hartmann (2) dit n'avoir jamais vu l'uretère dilaté au cours d'interventions sur le ligament large. Les quelques cas en dehors de ceux de Dubourg et de Perrot où nous ayons vu noter la dilatation urétérale, sont ceux de Gouget (3), Griffon (4) et Doran (5).

Quant aux complications rénales graves (hydronéphrose, anurie, etc.), nous n'en avons pas rencontré d'exemple. Elles sont d'ailleurs exceptionnelles même dans les fibromes utérins.

§ 2. — Tumeur abdominale.

Nous aurons peu de choses à dire ici. En effet, aux symptômes précédemment décrits viennent simplement s'ajouter quelques phénomènes dus au grand développement de la tumeur et à la compression des viscères abdominaux. Les sensations de plénitude, de pesanteur douloureuse, de tiraillements, y sont plus accentuées. A la compression intestinale (S iliaque, anses grêles, etc.), peut se joindre la compression gastrique, se traduisant par des nausées, des vomissements

(1) PERROT, Thèse de Lyon, 1900.

(2) HARTMANN, *Communic. au Congrès d'Alger*, 1907.

(3) GOUGET, *Bull. et mém. Soc. anat. Paris*, 1892, p. 222.

(4) GRIFFON, *ibid.*, 1899, p. 79.

(5) A. DORAN, *Transact of the obst. Soc. London*, 1899, p. 173.

Les troubles respiratoires par compression du diaphragme, les troubles cardiaques bien étudiés par Sébilleau (1) puis par Kessler (2), n'ont ici rien qui les distingue de ceux qu'on trouve dans tous les cas de grosse tumeur abdominale. Enfin les compressions vasculaires portant sur une plus large étendue peuvent donner lieu à de l'*ascite* ou même à de l'anasarque généralisée. Dans certains cas, s'il s'y ajoute des troubles dyspnéiques et cardiaques, on peut avoir un véritable tableau d'asystolie (3).

Cependant, en règle générale, les tumeurs purement abdominales donnent rarement lieu à des phénomènes de compression intenses, qui restent l'apanage des fibromes à prolongement pelvien et surtout des tumeurs uniquement pelviennes et enclavées.

Symptômes généraux. — L'altération du facies, l'anémie, l'amaigrissement, sont souvent très accentués, même dans les cas de tumeur bénigne. Demons (4) insiste avec raison sur cette particularité qui fait souvent faire le diagnostic de tumeur maligne, et il remarque que si l'on opère, tous les accidents disparaissent à la suite (Cf. l'observation 4 qui corrobore absolument cette façon de voir).

Arrivé au terme de cette étude clinique d'ensemble, on peut se demander s'il est possible d'aller plus loin dans le diagnostic positif. Or, comme nous le disions au début, il est souvent malaisé de distinguer certains fibromes ramollis de kystes à parois épaisses et vice-versa.

(1) SÉBILEAU, *Rev. chirurgie*, 1887.

(2) KESSLER, *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk.*, 1902, n° 1.

(3) LAUWERS, *Soc. belge d'obst. et gynécol.*, 1901, n° 1, p. 3.

(4) DEMONS, *Communic. au Congrès de chirurgie*, Paris, 1902.

Deniker

Toutefois dans les cas normaux on pourra poser le diagnostic de tumeur solide incluse dans le ligament large, sans pouvoir préciser bien souvent ni sa nature vraie (fibrome pur, fibrosarcome, etc.), ni ses rapports précis avec l'utérus.

Quant aux kystes, il est encore plus malaisé de trouver pour chaque espèce, des symptômes caractéristiques. Cependant les kystes parovariens du mésosalpinx, si nous nous reportons à l'analyse des signes fonctionnels étudiés ci-dessus, ont surtout comme caractéristique d'avoir une symptomatologie pour ainsi dire négative, qui, jointe aux signes physiques communs, et au fait qu'il s'agit de femmes jeunes le plus souvent, en permet en général le diagnostic (Cf. l'obs. 16). Par contre les kystes de la base sont, parmi les tumeurs intra-ligamentaires, celles qui s'accompagnent le plus souvent, on pourrait dire presque toujours, de poussées douloureuses par salpingite concomitante (Cf. les diverses observations de kystes). Cela tient vraisemblablement à une différence anatomique et pathogénique que nous ne pouvons étudier ici.

Hormis ces cas, il est rare que l'analyse des signes cliniques permette de pousser plus avant le diagnostic.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

Dans la majorité des cas, l'évolution des tumeurs du ligament large se fait d'une façon lente. Dans presque toutes les observations on peut constater qu'il existe des troubles génitaux depuis déjà longtemps lorsque les malades remarquent la présence de leur tumeur. Celle-ci grossit progressivement, et c'est en général un accident plus aigu (hémorragie abondante, douleur, phénomènes de compression) qui force les malades à venir consulter. En outre il est fréquent de voir se produire de temps en temps des crises douloureuses, coïncidant ou non avec les règles, et dont nous avons déjà parlé. Occasionnées par des poussées salpingiennes, des adhérences, des poussées de péritonite locale, elles sont une amorce pour des accidents plus sérieux, véritables complications qui peuvent entraver la marche de l'affection et qu'il nous faut maintenant passer en revue.

Préalablement, et sans en faire une complication véritable, nous noterons ici la *grande fréquence d'une lésion associée* à une tumeur du ligament large : salpingite (fréquemment notée), kyste de l'ovaire associé à un fibrome ligamentaire (obs. I) et plus fréquemment encore, kyste du ligament large associé à un fibrome utérin (obs. 18).

Les vraies complications sont : la torsion, l'hémorragie, la rupture, la suppuration, que nous allons étudier successivement pour les kystes et pour les tumeurs solides.

1° **Torsion.** — **KYSTES.** — *A priori*, de par sa situation anatomique, un kyste inclus dans le ligament large ne peut guère être le siège d'une véritable torsion. Ainsi que le fait justement remarquer Morestin à propos d'une intéressante présentation de Mouchotte à la Société anatomique (juin 1902, *loc. cit.*), cet accident nécessite deux conditions indispensables : la *pédiculisation* du kyste et sa *mobilité*. Or la variété de kyste du ligament large pédiculé et mobile existe incontestablement ; et, depuis le fait de L. Tait (1879) (V. obs. 26) qui paraît le plus ancien, un certain nombre de cas de torsion ont été publiés, et ont fait la base de plusieurs travaux d'ensemble dont les principaux sont ceux de Bouilly (1), Goldberg (2), Sikora (3), Lerivrain (4), Péraire (5), Vanverts (6) et Broothers (7).

Cet accident est donc relativement fréquent par rapport au nombre des tumeurs parovariennes pédiculées. En général ce sont les kystes du mésosalpinx qui arrivent le plus facilement à se pédiculiser et à se tordre. Toutefois dans l'observation de Mouchotte, le kyste s'est pédiculisé en refoulant devant lui le feuillet antérieur du ligament et a ensuite basculé par dessus l'aileron salpingien.

Les causes en sont aussi obscures que pour toute autre torsion de tumeur en général, et nous ne parlerons que de l'influence incontestable de la puerpéralité qui, là comme ailleurs,

(1) BOUILLY, *La gynécologie*, Paris, décembre 1898.

(2) GOLDBERG, *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, décembre, 1901.

(3) SIKORA, *Presse médicale*, 1903, n° 69, p. 613.

(4) LERIVRAIN, Thèse de Paris, 1903.

(5) PÉRAIRE, *Bull. et mém. Soc. anat. Paris*, 1903, p. 844.

(6) VANVERTS, *Nord médical*, février 1903.

(7) BROOTHERS, *Amer. J. of Obstetr.*, août 1903.

paraît jouer un certain rôle en modifiant la statistique abdominale. Sur 16 cas publiés, Vanverts note la torsion deux fois au cours de la grossesse et une fois après un avortement, le kyste n'étant plus « calé » en quelque sorte, comme le font remarquer les auteurs de l'observation, Bégoïn et Fieux.

Le pédicule de ces kystes présente une très grande variété de longueur et de largeur. Les tours de spire varient également de 1 à 5, et paraissent influencer peu sur l'état des parois du kyste et sur son contenu.

L'altération de ceux-ci dépend surtout du degré de striction de ses vaisseaux dans le pédicule.

Bien qu'il soit peut-être excessif d'admettre, comme certains l'ont fait, la bénignité absolue des torsions parovariennes comparées à celles des kystes de l'ovaire, il n'en est pas moins vrai que l'on rencontre assez fréquemment des poches à parois peu ou même pas altérées (obs. 25), à peine congestionnées, à contenu légèrement rosé. La paroi sphacélée avec liquide noir et putride est exceptionnelle (cas de L. Tait).

Cette bénignité relative est due, d'après Bouilly (*loc. cit.*), à la largeur souvent considérable du pédicule (4 cent. dans le cas de Binaud et Chavannaz ; 6 cent. dans celui de Vanverts), grâce à laquelle la circulation peut encore se faire, malgré la torsion. En général la trompe fait partie du pédicule, et c'est elle qui forme une sorte de « coussinet pouvant empêcher l'étranglement des artères » (Boursier). Dans un cas de Lance, la trompe enserre le pédicule, formant un anneau rigide divisant la tumeur en deux parties.

Lorsque la paroi est très altérée, il peut se produire avec le péritoine voisin ou les anses intestinales, des adhérences qui gênent la décortication (cas de Péraire).

Etant donné la rareté relative de l'étranglement du pédicule, la torsion peut passer complètement inaperçue. Dans l'observation de Vanverts il n'y eut aucun trouble, et le kyste était si mobile sur son pédicule, qu'en voulant l'extraire il en augmenta la torsion de deux tours.

En général on observe des *poussées douloureuses analogues aux coliques hépatiques ou néphrétiques* et coïncidant le plus souvent avec des troubles menstruels d'intensité variable et une augmentation de volume de la tumeur après chaque crise (obs. 25). Plus rarement il se produit comme dans les kystes de l'ovaire des phénomènes de torsion aiguë avec douleur intense, nausées, vomissements, pouls rapide, facies grippé, en un mot tout le tableau classique et bien connu.

C'est dans des cas de ce genre que se font toutes les erreurs de diagnostic avec hernie étranglée, occlusion, coliques hépatiques et plus fréquemment encore appendicite. Cette erreur est relatée dans les cas de Filhoulaud (1) et de François-Dainville (2).

Le pronostic de cette complication reste relativement bénin sous bénéfice d'une intervention rapide, car presque tous les cas opérés guérissent (Goldberg ne note qu'une mort sur 23 interventions). L'observation de L. Tait en est un bel exemple puisqu'il s'agit d'un kyste à paroi noire sphacélée, à contenu putride, opéré en 1879, c'est-à-dire avec une asepsie douteuse, et guéri sans incidents.

FIBROMES. — La torsion est ici beaucoup plus rare, même dans les cas de fibromes pédiculés et mobiles, qui sont d'ailleurs eux-mêmes peu fréquents, comme nous l'avons vu. En général,

(1) FILHOULAUD, *Bull. et mém. Soc. anat. Paris*, 1904, p. 448.

(2) FRANÇOIS-DAINVILLE, *ibid.*, 1903, p. 896.

leur évolution est rarement dramatique. Il y a des poussées douloureuses plus ou moins intenses, se reproduisant sous forme de crises, et alors, le plus souvent, la tumeur subit un ramollissement œdémateux total (obs. 30) ou partiel, formant un foyer hématique avec caillots (Delegrange, *loc. cit.*). Aussi pour peu que la crise soit ancienne et qu'on n'ait pas interrogé à fond la malade, cette torsion peut devenir une trouvaille de laparotomie. Il faut toujours y penser, si l'on note la présence d'une tumeur molle, accompagnée de phénomènes douloureux. Dans le cas de Delegrange, il s'agissait d'un fibrome ovarien (V. *suprà*, p. 28).

En dehors de l'observation de Cullingworth (obs. 30), qui est assez typique, nous n'en avons trouvé qu'une autre de Barette (obs. 31) où sont notés par contre des accidents aigus d'occlusion intestinale. Dans ces deux cas les annexes ne sont pas intéressées dans la torsion du pédicule. Quant aux causes vraies de cette complication, elles nous échappent, aussi bien ici que dans les cas de kystes, et l'on ne peut se livrer qu'à une série d'hypothèses qui restent sensiblement les mêmes.

2° **Rupture.** — Cette complication peut n'intéresser que le pédicule de la tumeur, en totalité ou même en partie. Ces phénomènes dont il existe quelques exemples (Jacobs, Edebohls) se produisent à la suite de torsion et ne paraissent pas donner lieu à des signes suffisamment caractéristiques pour en faire le diagnostic. Peut-être peuvent-ils se produire aussi dans les cas de fibromes, et c'est peut-être de cette pathogénie que relève le fibrome trouvé libre dans la cavité abdominale par Delaunay (1).

(1) DELAUNAY, *Bull. et mém. Soc. anat. Paris*, 1902, n° 7, p. 667.

Quant à la rupture proprement dite de la tumeur, qui ne peut intéresser que les kystes, elle est exceptionnelle aujourd'hui, à cause des interventions précoces. Mais on la note dans quelques observations datant de la période des ponctions. Due à une hypertension du liquide intra-kystique, occasionnée quelquefois par un traumatisme, elle comporte un pronostic très variable, puisque dans un cas de Bright, il y eut mort subite, alors que Demons (1) ne note pas de troubles graves. D'après ce dernier, le pronostic dépend beaucoup de la qualité du liquide. Bénin si celui-ci est clair, il devient très réservé dans les cas de kyste à contenu hématique ou purulent.

3° **Hémorragie.** — **KYSTES.** — En dehors des cas où l'hémorragie est fonction des troubles circulatoires dus à une torsion du pédicule, il existe quelques observations d'épanchement sanguin intra-kystique sans torsion (Schramm, Doege, Koeberlé, Bouilly, Finaz) (2) (obs. 27). Ces cas, d'ailleurs rares, sont difficiles à interpréter et reconnaissent probablement des causes multiples, avec, au premier plan, des poussées congestives au moment des règles, se traduisant par des crises douloureuses, apparaissant à cette période. Peut-être aussi faut-il y voir une influence nerveuse d'origine sympathique. C'est l'explication que donne Cocquelet du cas un peu spécial observé par lui, où l'hémorragie resta localisée à la surface externe du kyste (obs. 28).

Ces faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer une conclusion. Anatomiquement ces kystes se traduisent par une grande tendance à contracter des adhérences

(1) DEMONS, *Bull. Soc. obstét. et pédiatrie Bordeaux*, décembre 1899.

(2) FINAZ, Thèse de Lyon, 1898.

avec le voisinage. Cliniquement ils donnent lieu à des *poussées douloureuses*.

FIBROMES. — Fréquente et banale dans les cas de fibromes dégénérés, mous, myxo-fibromateux, ou dans certains sarcomes à myéloplaxes tels que celui de Thiéry (1) (obs. 68), la formation de poche sanguine peut encore se produire dans des conditions analogues à celles des kystes, et se traduire par des poussées congestives, douloureuses, coïncidant avec les règles (obs. 30). La congestion ovarienne paraît d'ailleurs, là comme ici, jouer un rôle important si l'on s'en rapporte à l'examen des pièces de l'observation Cocquelet.

4° Gangrène. — On n'a guère signalé dans ces kystes que la gangrène partielle des parois, secondaire à une torsion (cas de L. Tait) et d'ailleurs très rare. Dans les fibromes, aucun cas semblable n'est signalé. Quant à la gangrène indépendante de la torsion et d'origine infectieuse, Bisch (2) n'en relève dans sa thèse aucun cas relatif à une tumeur incluse dans le ligament large.

5° Suppuration. — **KYSTES.** — Cette complication est *moins fréquente* que la torsion. Izenard, Baer, Baigent, Moseley, Villeneuve, Monnet, Terrier en ont rapporté quelques observations qui sont consignées dans la thèse de Raimondi (*loc. cit.*).

Nous pouvons signaler en outre les cas de Mauclaire (obs. 29), Winaver (3), Wathen (4) et Legueu (5). Ce dernier

(1) THIÉRY et PILLIET, *Bull. et mém. Soc. anat. Paris*, 1894, p. 682.

(2) BISCH, *Gangrène des fibromes utérins*, thèse de Paris, G. Steinheil, 1902.

(3) WINAVER, In thèse RAIMONDI, Paris, 1896.

(4) WATHEN, *Medical News*, octobre 1898.

(5) LEGUEU, *Bull. Soc. obst., gynec. et pæd. Paris*, 2 juin 1899.

a trait à un kyste tubo-ovarien inclus. L'origine infectieuse de cette suppuration ne fait pas de doute, bien que, dans le cas de Mauclaire, le pus se soit montré stérile. Cette infection doit être le plus souvent d'origine utéro-annexielle, les malades présentant des poussées salpingiennes douloureuses avec leucorrhée (Baigent, Terrier). On peut aussi incriminer quelquefois l'infection puerpérale d'origine endogène ou même exogène (dans le cas de Monnet, l'infirmière qui pansait la malade avait un panaris). Enfin Wathen, rapportant trois cas de kystes à évolution postérieure ayant dédoublé le méso-rectum, croit à une infection coli-bacillaire due au voisinage de l'intestin. Mais il ne donne pas d'examen bactériologique à l'appui.

Au point de vue clinique, ce sont encore ici les poussées douloureuses, les crises de pelvi-péritonite locale, avec frisson, vomissements, céphalée, fièvre, qui dominent la scène.

Le pronostic n'en est cependant pas très sombre si l'on intervient tout de suite. Dans le cas que nous rapportons plus loin (obs. 29), les suites opératoires furent absolument normales.

FIBROMES. — Guéry (1), dans sa thèse, n'a pu réunir que 47 cas de fibromes utérins suppurés, ce qui est très peu, étant donné la fréquence de ces tumeurs.

Cet auteur admet une double source d'infection : la muqueuse utérine et la voie circulatoire générale, sanguine ou lymphatique ; par suite, de la suppuration peut se produire dans le cas de lobe fibreux inclus dans le ligament large, à la faveur de différentes causes adjuvantes : grossesse, traumatisme, ischémie du fibrome, calcification. Le Bec (*loc. cit.*),

(1) GUÉRY, *Suppuration des fibromes*, thèse de Paris, 1901.

rapporte un cas de fibrome calcifié dont le centre présente une bouillie crémeuse. Hogdson (1) a observé un fibrome adhérent à l'utérus, avec l'ovaire accolé au pôle inférieur suppuré de la tumeur.

Mais dans les cas de fibrome isolé du ligament large, cette complication est tout à fait exceptionnelle et d'ailleurs difficile à interpréter au point de vue pathogénique.

Nous n'avons trouvé de bien probantes que les observations de Cohn (2) et d'Hubert Robert (obs. 33), toutes deux d'ailleurs terminées par guérison post-opératoire. Quant au cas de Dubourg (*loc. cit.*), il est discutable, car la description qu'il donne des parties suppurées de la tumeur, semble bien se rapporter à un double pyosalpinx. Nous avons déjà cité cette observation où sont relatés des troubles de compression urétérale.

6° Autres complications. — Les diverses dégénérescences des fibromes n'ont ici rien de particulier et donnent lieu aux mêmes considérations générales que celles des fibromes utérins en général. Les transformations sarcomateuses, myxomateuses, lipomateuses, ont été signalées. Enfin la *dégénérescence calcaire* a été observée quelquefois (V. *suprà*, obs. Le Bec), même dans des cas de kystes dont la paroi peut prendre l'aspect d'une coque osseuse.

Nous en avons trouvé un beau cas de Routier que nous rapportons plus loin (obs. 34).

7° Pronostic. — Nous voyons par cette étude clinique que dans les cas ordinaires où le diagnostic a été fait de bonne heure et suivi d'intervention, le pronostic de ces tumeurs reste d'une façon générale assez bon ; et si la mortalité opératoire

(1) HOGDSON, *Medical Press*, Londres, 1897, p. 660.

(2) COHN, *Soc. gynécol. Breslau*, février 1903.

était si grande autrefois, cela tient plus à une technique défectueuse et à des fautes d'asepsie qu'à la gravité des tumeurs. Les causes qui peuvent jusqu'à un certain point assombrir le pronostic sont les suivantes :

1° *La nature de la tumeur*, les kystes végétants et les sarcomes étant certainement d'un pronostic plus réservé que les simples kystes hyalins et les fibromyomes purs.

2° *Les phénomènes de compression*, surtout les troubles urinaires dont nous avons vu la gravité dans certains cas.

3° *L'apparition d'une complication* (hémorragie, torsion, suppuration, etc.).

4° *L'état général* précaire des malades.

C'est là le facteur le plus important, car il assombrît beaucoup le pronostic opératoire.

Dans les cas de tumeurs malignes, d'ailleurs exceptionnelles, tout dépend de leur extension et des métastases possibles.

Quant aux complications et aux troubles de compression, ils n'entrent en ligne de compte que pour hâter l'indication opératoire. C'est de celle-ci que dépend le succès, comme le prouvent les différentes observations que nous rapportons plus loin.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

§ 1. — Indications et méthodes opératoires générales.

A l'heure actuelle on peut dire que toute tumeur du ligament large doit être enlevée dès qu'elle est diagnostiquée, et nous ne parlerons pas ici des méthodes thérapeutiques médicales, électrique, radiothérapique ou autres qui n'ont pas assez fait leurs preuves, et sur lesquelles d'ailleurs nous manquons de documents personnels.

Les quelques rares contre-indications dont bénéficient d'ailleurs, comme nous le verrons, certaines opérations palliatives (ligature des utérines, castration) sont : l'âge avancé, l'état général précaire, l'albuminurie, discutable d'ailleurs comme nous l'avons vu plus haut, le diabète.

Ces considérations générales sont d'ailleurs communes à la plupart des tumeurs et n'ont rien ici de spécial. Il n'en est pas de même des difficultés opératoires que peut présenter l'extirpation. Nous aurons à y revenir. Mais rappelons tout d'abord que si l'on a cherché de tout temps à extirper les tumeurs solides du ligament large, on a longtemps traité les kystes comme la plupart des tumeurs semblables de l'économie, par la ponction. Cette méthode complètement abandonnée aujourd'hui, fut préconisée par Bird, défendue en France

par Duplay et surtout Panas qui, à la ponction simple, ajouta l'injection iodée dont les résultats ne furent pas toujours heureux.

Cette méthode persiste au delà de 1880, puisque la thèse de Castaneda (1) la donne encore comme traitement de choix, et que Gautrez (2) admet son efficacité pour les kystes parovariens à liquide clair. Sans la rejeter complètement, Lucas-Championnière et Terrillon reconnaissent cependant qu'elle n'empêche pas la récurrence, à la suite de laquelle Terrier propose d'intervenir sans rééditer la ponction (3). Au cours des nombreuses discussions qui eurent lieu sur ce sujet à la Société de chirurgie de 1883 à 1887, ces auteurs furent toujours les plus ardents défenseurs de l'acte chirurgical. Et cependant, à cette époque, l'extirpation se pratiquait déjà depuis longtemps à l'étranger, sous l'influence de Miner (de Buffalo), qui dès 1876 l'avait fait adopter (Cf. détails de cet historique in thèse Raimondi, Paris, 1896).

A l'heure actuelle l'extirpation des tumeurs liquides ou solides du ligament large est admise par tout le monde, et l'on ne discute plus que sur les méthodes opératoires.

Nous ne parlerons que pour mémoire des opérations par voie para-vulvaire ou para-rectale, très en faveur en Allemagne (Amann, *loc. cit.*). Ces méthodes ne conviennent qu'à certains cas de kystes très bas situés dans le tissu cellulaire pelvien, et qui ne sont plus à proprement parler des tumeurs intra-ligamentaires. Nous ne ferons que citer également la voie para-péritonéale, c'est-à-dire latérale et sous-séreuse

(1) CASTANEDA Y TRIENA, Thèse de Paris, 1882.

(2) GAUTREZ, *ibid.*, 1887.

(3) Bull. et Mém. Soc. chir. Paris, 1885.

préconisée par Polosson (1) en 1893. Cette opération ingé-nieuse pouvait se discuter à cette époque où la crainte du péritoine était encore légitime. A l'heure actuelle il ne saurait plus en être question.

Les deux voies d'accès rationnelles restent donc la voie vaginale et la voie abdominale. Nous n'avons nullement l'intention de reprendre ici les multiples discussions qu'ont soulevées ces deux méthodes. Aussi bien si Mauclaire (2), Villard (3), Ott (4), et d'autres, ont publié des cas de kystes enlevés par voie vaginale, cette méthode assez répandue en Allemagne n'a chez nous que fort peu d'adeptes, et M. Segond lui-même nous a toujours déclaré être partisan de la voie haute pour les tumeurs liquides. Seule elle peut permettre une extirpation complète de la poche, ce qui doit être l'idéal en matière de chirurgie pour un kyste, de quelque nature et de quelque région qu'il soit.

Pour les fibromes et les tumeurs solides en général, la voie vaginale peut être admise dans les cas de fibromes de moyen volume venant faire saillie dans un des culs-de-sac latéraux et qu'on enlève en bloc, ou par morcellement avec hystérectomie complémentaire s'il y a lieu. Telles sont les conclusions de Doyen et de Schauta, rapporteurs au Congrès d'Amsterdam (1899). M. Segond est très partisan de cette méthode, et l'on trouve de nombreuses observations de ce genre dans la thèse de son élève Dartigues (5). Mais tout en ayant démontré la possi-

(1) POLOSSON, *C. R. de la Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1893, p. 91.

(2) MAUCLAIRE, *Bulletin médical*, Paris, 1904, p. 849.

(3) VILLARD, *Lyon médical*, 1905, p. 407.

(4) OTT, *Soc. obst. et gyn. Saint-Petersbourg*, avril 1903.

(5) DARTIGUES, Thèse de Paris, 1901 (Obs. 3, 9, 15, 25).

bilité d'enlever par voie vaginale, même de très grosses tumeurs (1), notre maître emploie néanmoins le plus souvent la voie haute, lorsque les fibromes sont d'un certain volume, et surtout lorsque l'hystérectomie semble *à priori* forcée, et qu'il est nécessaire de se rendre bien compte « de visu » de l'étendue des lésions. Au surplus, Dartigues a fait de ce point une étude suffisamment étendue à laquelle je renvoie, et n'ayant pour ma part, fait et vu faire que des laparotomies pour les cas qu'il m'a été donné d'observer, je fermerai ici cette parenthèse et n'étudierai que les méthodes opératoires par voie haute. En passant, remarquons que Daniel (2), dans sa thèse, fait de l'inclusion dans le ligament large une des principales indications de l'hystérectomie *abdominale* dans les cas de fibromes.

La laparotomie étant admise en principe comme premier temps de toute intervention sur les tumeurs du ligament large, la manière la plus simple d'étudier le traitement qui convient le mieux à chaque cas particulier, est d'envisager l'une après l'autre les difficultés auxquelles peut se heurter le chirurgien après l'ouverture du péritoine. A propos de chaque cas particulier nous pourrons ainsi discuter les différentes méthodes proposées. Pas plus que pour l'étude clinique, je ne crois devoir séparer les kystes des fibromes. Leur diagnostic différentiel étant souvent malaisé, les surprises de laparotomie sont fréquentes, et je tiens à rester strictement dans les conditions de la pratique chirurgicale courante. D'ailleurs entre les deux variétés de tumeurs n'existe qu'une différence au point de vue opératoire : la ponction qui permet

(1) SEGOND, *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1895, p. 927.

(2) DANIEL, Thèse de Paris, 1905.

de réduire le volume des kystes et de faciliter par suite leur extirpation. Quant à l'enclavement, il est tout aussi réel pour les deux ordres de tumeurs ; on peut se rendre compte en effet, par la lecture des observations qui s'y rapportent, des difficultés que présente l'énucléation d'un kyste adhérent, profondément situé dans la base du ligament large, ainsi que celle d'un fibrome enclavé, qu'on est obligé de morceler pour le dégager.

§ 2. — Des interventions qui conviennent à chaque variété de tumeurs.

Nous ne parlerons ni des préparatifs, ni des soins préliminaires, ni de l'incision de la paroi. Ce sont là choses communes à toute laparotomie et bien connues de tout le monde.

Nous n'insisterons que sur un point : *la nécessité dans les cas de fibrome à évolution antérieure d'ouvrir le péritoine à la partie toute supérieure de la plaie*, et de reconnaître immédiatement la vessie, dont on ne peut souvent prévoir la position très élevée et qu'il est arrivé d'ouvrir même à des opérateurs prudents [Keith (1), Jaboulay (2)].

Le péritoine ouvert, les anses intestinales refoulées par des compresses qu'il sera prudent de compter ou de repérer avec une pince, on arrive sur la tumeur à enlever. Procédant des cas les plus simples aux cas les plus complexes, nous envisagerons les éventualités suivantes.

1° Il s'agit d'une tumeur pédiculée. — Ce cas ne doit pas nous arrêter longtemps. Ici, en effet, le volume importe peu.

(1) KEITH, Observ. 33, in thèse STROHEKER, Paris, 1902.

(2) JABOULAY, *Province médicale*, 8 septembre 1906.

Solide ou liquide, cette tumeur se traite comme un kyste de l'ovaire banal : énucléation avec ou sans ponction suivant les circonstances, pédiculisation et ablation. Néanmoins, étant donnée la coïncidence fréquente d'une tumeur du ligament large avec des lésions utérines ou annexielles, il importe de toujours vérifier ces organes avant de refermer le ventre et de pratiquer s'il y a lieu et selon les indications une myomectomie, ovariotomie, voire même une hystérectomie complémentaire.

2° Il s'agit d'une tumeur développée dans la partie supérieure du ligament et présentant encore un certain degré de mobilité. — Le traitement de ce genre de tumeurs a passé par deux phases.

α) MÉTHODE ANCIENNE. — Préconisée en Allemagne par Hégar et Kaltenbach (1) dans leur traité classique, elle a pour base la non-ouverture du sac péritonéal enveloppant la tumeur. On cherche à créer au-dessous de celle-ci un pédicule en général fort large, et entraînant une extirpation des plus laborieuses. Hurdy (2) rapporte un cas de Péan où l'on se rend compte des efforts nécessités pour amener au dehors un gros kyste inclus et pour le pédiculiser. Le Bec (obs. 32) dit qu'il recula devant l'incision du péritoine qui eût fait « une poche saignante et difficile à fermer ». En outre ces pédicules larges se desserraient facilement, et dans un cas de Grynfeldt (1888) rapporté par Larnaudie (3), l'auteur déclare que « le pédicule fut très gros et on eut la crainte d'une hémorragie secondaire, justifiée par un accident de cette nature dans une hystérec-

(1) HEGAR et KALTENBACH, *Gynécologie opératoire* (édition française de BAR, Paris, G. Steinheil, 1885).

(2) HURDY, Thèse de Paris, 1874.

(3) LARNAUDIE, Thèse de Montpellier, 1891.

tomie récente, etc.», et il justifie pourtant sa conduite en ajoutant qu'« il n'était pas tout à fait admis encore de traiter ces tumeurs par énucléation ». Ce qui paraît donc préoccuper les auteurs à cette époque, c'est d'éviter la poche saignante formée par l'ouverture du ligament large. Aussi Kaltenbach décrit-il avec grand soin (*loc. cit.*, p. 207) la manière de pédiculiser ces tumeurs, et s'il semble admettre (p. 256) l'énucléation après incision du ligament large, c'est pour la réserver aux kystes hyalins faciles à extirper et permettant ensuite « de plisser le revêtement péritonéal et de le lier comme s'il constituait un pédicule. Il ne se forme ainsi aucune cavité dans le ligament ».

β) MÉTHODE ACTUELLE. — Aujourd'hui que cette crainte du péritoine n'a plus sa raison d'être, tout le monde accorde la préférence à la méthode d'énucléation. Elle comprend dans ses grandes lignes les temps suivants :

1^{er} Temps. — Incision du ligament large. Celle-ci doit toujours se faire sur la *face antérieure* du ligament, en avant par conséquent de la trompe, les vaisseaux restant en général avec le feuillet postérieur.

2^e Temps. — Il différera selon qu'il s'agit d'une tumeur solide ou d'un kyste.

a) *Tumeur solide (fibrome le plus souvent)*. — Dans la majorité des cas ces tumeurs *s'énucléent très facilement*. Il suffit de trouver *le bon plan* de clivage, et pour cela d'inciser souvent une grande épaisseur de tractus fibro-celluleux jusqu'à ce qu'on arrive sur la tumeur elle-même qui en général se distingue par son aspect blanc et lisse. Il y a là quelque chose d'analogue au clivage du sac des hernies (obs. 1 et 11). Le doigt coiffé d'une compresse fera ainsi le tour de la tumeur et l'énucléera de sa loge. Nous ne faisons d'ailleurs ici aucune

différence entre les fibromes absolument libres et ceux qu'un pédicule mince rattache au bord de l'utérus. Dans ce dernier cas le pédicule sera sectionné, après ligature s'il présente une vascularisation notable.

b) *Kyste*. — Ici l'extirpation peut être *précédée de ponction* si le kyste présente un certain volume. Néanmoins il sera bon de ne la faire que partielle pour faciliter ensuite la décortication. Saisissant alors le kyste avec une pince à mors larges qui obture en même temps l'orifice de ponction, on l'attire fortement au dehors et on commence la décortication qui sera plus ou moins laborieuse.

α) La plupart des kystes hyalins (kystes dits *parovariens*) s'énucléent *avec la plus grande facilité*. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

β) Les kystes *de la base* du ligament large, les kystes papillaires, les kystes de l'ovaire inclus, etc., présentent en général des adhérences assez fortes avec les feuilletts du ligament. Ici plus que jamais il importe de *bien chercher le plan de clivage* et de s'assurer de temps en temps que l'on ne s'égare pas dans les couches celluleuses péri-kystiques. Smith (1), Gilliam (2), Swain (3) insistent beaucoup sur l'importance de ce temps opératoire. On arrive ainsi progressivement à décoller la paroi du kyste ; cette manœuvre se fait au doigt ou mieux à la compresse, et l'on finit en général par énucléer tout le kyste sans avoir à poser une ligature.

γ) Dans certains cas enfin, surtout si le kyste plonge très bas, les adhérences sont telles que *l'extirpation complète*

(1) SMITH, *Amer. J. of Obstetr.*, décembre 1900, p. 842.

(2) GILLIAM, *ibid.*, octobre 1898, p. 517.

(3) SWAIN, *British med. Journal*, 13 février 1904.

devient impossible. Plusieurs éventualités peuvent alors se présenter :

1° S'il ne reste qu'une faible portion de la tumeur, on peut se contenter de refermer la paroi en laissant dans la poche un petit drain pendant quelques jours.

2° Si l'on est obligé de laisser une grande partie de la poche (adhérences trop solides ou trop vasculaires), *faut-il en pratiquer la marsupialisation ?*

Cette méthode, très en faveur autrefois, tend de plus en plus à être abandonnée. Elle entraîne en effet une guérison très lente, au prix d'une longue suppuration, et laisse souvent une paroi affaiblie. Elle est en outre la signature d'une opération incomplète. A la rigueur peut-on hésiter si la femme est jeune, si l'utérus et les annexes paraissent normaux. Encore faudra-t-il tenter l'extirpation complète de la poche de bas en haut après ligature du pédicule annexiel du même côté, ce qui, somme toute, ne sacrifie qu'une trompe et un ovaire.

Mais, si l'utérus et les annexes sont tant soit peu douteux, si la femme est d'un certain âge, mieux vaut pratiquer l'hystérectomie supra-vaginale par l'un des trois procédés Kelly-Segond (du côté sain au côté malade) ; Terrier (ablation de l'utérus premier) ; ou J.-L. Faure (hémisection). Cette méthode est évidemment supérieure au curettage de la poche kystique, suivi de suture en capiton, préconisé par Stehmann (1).

L'hystérectomie dans les cas de kystes a cependant été pendant longtemps considérée comme grave. Terrier et Duplay la condamnaient complètement en 1882 (discussion à la Société de chirurgie à propos d'une observation de Queirel où la malade

(1) STEHMANN, *Journ. of Amer. med. Assoc.*, vol. XXXVI, 1901.

avait succombé). Aussi n'est-ce guère que depuis une dizaine d'années qu'elle tend à remplacer la marsupialisation.

Delagénère (1), Quénu et Longet (2), Ranson, Delaunay, Monod (3), Lenormant (4), Hall (5), ont fait une série d'études sur cette question qui souleva de nombreuses discussions à la Société de chirurgie (1900, 1902, 1903).

Avec ces auteurs nous pouvons considérer que l'hystérectomie s'impose pour des raisons d'*ordre technique* : 1° si le kyste adhère à l'utérus ; 2° si l'hémostase est difficile, 3° s'il y a des adhérences annexielles, gênant la décortication. Elle peut en outre être une opération *de prévoyance* dans les cas de salpingite concomitante, indiquant toujours un certain degré d'infection utérine ; et également dans les cas de kystes papillaires dont le degré de malignité est quelquefois plus grand qu'on ne le suppose. Enfin un utérus trouvé sain au cours d'ablation de kystes annexiels peut subir plus tard une dégénérescence cancéreuse (Lejars, Delaunay).

Cependant cette dernière considération pourrait entraîner un peu loin, et dans les cas qui nous occupent actuellement (tumeur unilatérale), l'hystérectomie n'est formellement indiquée que si l'énucléation complète est impossible (Lenormant), ou s'il existe des adhérences utérines, laissant des surfaces saignantes trop étendues (Quénu et Longet). C'est la première de ces indications qui a fait pratiquer l'hystérectomie dans un cas que nous rapportons plus loin (obs. 18).

(1) DELAGÉNIÈRE, *Commun. au Congrès franç. de chirurgie*, 1897.

(2) QUÉNU et LONGET, *Revue de chirurgie*, 1900, n° 7.

(3) MONOD, *Bull. et mém. Soc. chir. Paris*, 1901.

(4) LENORMANT, *Ann. d'obstétr. et gynécol.*, 1903.

(5) RUFUS B. HALL, *New York med. Journ.*, 20 novembre 1897, p. 717.

3° Il s'agit d'une tumeur développée dans la base du ligament large, ayant complètement déplissé les deux feuillets, et où la pédiculisation ne peut même pas se discuter. — Ici deux éventualités peuvent se présenter :

a) *La tumeur (fibrome ou kyste) paraît indépendante de l'utérus.* — Il faut alors inciser le feuillet antérieur, isoler la tumeur par décortication, et terminer par une révision utéro-annexielle avec opération complémentaire s'il y a lieu.

Mêmes considérations que pour les cas précédents en ce qui concerne les indications de l'hystérectomie.

b) *La tumeur est utérine ou très adhérente à l'utérus.* — Si la femme est jeune, sans annexes malades, si l'utérus paraît normal, malgré ses adhérences à la tumeur, il est indiqué d'essayer d'abord la décortication, mais sans s'y attarder ; en effet, la destruction des connexions utérines laisse souvent une large surface saignante, difficile à suturer et pouvant entraîner l'hystérectomie complémentaire [Mac Even Maclean (1), Quénu (*loc. cit.*)] ; ou bien, et c'est le fait de certains fibromes, après une décortication fort pénible, on arrive sur le col utérin qu'on aurait pu sectionner d'emblée (Pozzi).

L'hystérectomie par décollation antérieure est en effet très recommandable dans les cas où l'on peut arriver d'emblée sur le col. Cette méthode excellente permettra alors de réaliser une hémostase rapide et sûre et de dégager facilement la partie incluse de la tumeur en l'attaquant de bas en haut (2).

(1) MAC EVEN MACLEAN, *Transact. obst. Soc.*, London, XLI, 1899.

(2) Nous renvoyons aux traités classiques de technique opératoire (MONOD et VANVERTS, MARION, RICARD et LAUNAY, etc...) pour ce qui a trait aux techniques bien établies aujourd'hui de ces différents procédés d'hystérectomie. Pour ce qui a trait à la décollation antérieure, voir en outre : DE MARTEL (*Presse médicale*, septembre 1909).

Si le col est inaccessible, le mieux est de pratiquer l'hystérectomie par le procédé américain.

Cependant si la vascularisation du ligament large est trop grande, il faut s'efforcer de placer une pince sur les pédicules utéro-ovariens, avant d'inciser le feuillet séreux pour énucléer la tumeur. Si cette manœuvre est impossible, il faut énucléer au plus vite pour dégager rapidement ces pédicules et les saisir (obs. 6).

4° Il s'agit de tumeurs bilatérales. — *a)* Si les tumeurs sont *petites* et nettement isolées, on peut les énucléer l'une après l'autre, toujours sous les réserves indiquées au début de ce chapitre.

b) Dans les cas de *kystes réductibles* par ponction, ou peu adhérents, l'extirpation successive des deux tumeurs est encore relativement simple (obs. 22). Toutefois, étant donné l'état des annexes souvent comprimées, atrophiées, aussi inutilisables qu'un testicule ectopié, il est parfois préférable, surtout si la femme n'est pas très jeune, de se résoudre d'emblée à l'hystérectomie, qui facilite beaucoup l'intervention. C'est souvent l'avis de ceux qui sont heurtés une première fois aux difficultés d'énucléation de tumeurs multiples (Lenoir) (1).

c) Quant aux fibromes bilatéraux, *enclavés, immobiles*, inextirpables à première vue, ce sont eux surtout qui ont préoccupé les anciens auteurs. C'est pour un cas de ce genre que Terrillon dit, en 1885, à la Société de chirurgie : « C'était bien là la démonstration que l'hystérectomie était impossible », et il se contenta d'une double castration. Et, de fait, il fallut pendant longtemps se borner à cette opération palliative d'He-

(1) LENOIR, *Ann. de gyn. et obst.*, Paris, 1907.

gar-Batey dont les résultats furent d'ailleurs souvent assez bons, sans être complètement curatifs. C'est aussi à des cas semblables que s'applique souvent la ligature atrophiante des utérines bien étudiée par Martin (1892), Gottschalk (1895), Schwartz, Rechner (1), Hartmann et Fredet (2), etc...

Ces méthodes doivent aujourd'hui être réservées aux seuls cas où l'état général des malades, leur âge, un degré avancé d'albuminurie contr'indiqueraient une extirpation totale. En effet, grâce aux travaux de Kelly, J.-L. Faure, Segond etc. l'hystérectomie que Terrillon croyait impossible peut être réalisée à l'heure actuelle par l'un des deux procédés suivants :

1° *Hémisection utérine*, et ablation successive des deux moitiés avec les tumeurs correspondantes. Cette opération est délicate. Elle exige un utérus accessible, peu envahi par les fibromes. Et bien que Kelly (3) en cite une observation dans son mémoire, notre maître J.-L. Faure lui-même, à propos d'une discussion (4) dit : « Je comprends qu'on répugne à faire une hémisection pour un fibrome. »

2° *Procédé américain*, de Kelly-Segond. Il convient particulièrement à ce genre de tumeur, et l'on peut le pratiquer de deux façons : en s'attaquant à la tumeur la plus abordable et en cherchant à l'énucléer pour dégager le bord pelvien du ligament correspondant (obs. 3) ; ou bien si, trop enclavée, elle ne se laisse pas énucléer, l'enlever par morcellement, puis, à travers la brèche ainsi faite, aller à la recherche du col,

(1) RECHNER, Thèse de Paris, 1897.

(2) HARTMANN et FREDET, *Ann. gynéc. et obst.*, 1898.

(3) KELLY (trad. J.-L. FAURE), *Revue de gynéc. et chir. abd.*, 1901, p. 274 (obs. 9).

(4) J.-L. FAURE, *Soc. d'obst., gyn. et péd.*, juillet 1906.

et terminer selon le procédé habituel de bas en haut (obs. 5).

Enfin, dans des cas exceptionnels, car le col est rarement accessible, on peut essayer encore la décollation antérieure.

5° Grosse tumeur abdomino-pelvienne, développée, sous l'un des feuillets du ligament large. — Nous faisons de ces tumeurs un chapitre à part, car il est en général impossible de leur appliquer d'autre méthode que celle de la décortication progressive de haut en bas jusqu'au col, après incision du feuillet péritonéal. Il faut éviter avec soin la vessie dans les cas de fibromes antérieurs (obs. 7), l'S iliaque ou le cæcum (obs. 8 et 9) qui peuvent être complètement aplatis sur une tumeur à évolution postérieure.

Il faut faire dans le péritoine une assez large boutonnière, ou mieux, une incision en collerette qui permette d'énucléer le plus rapidement possible la tumeur, et de tamponner immédiatement la poche qui, presque toujours, est très vasculaire (obs. 6).

En résumé : énucléation dans les cas de tumeurs bien isolées ; hystérectomie dans les cas de tumeurs utérines ou très adhérentes à l'utérus ; hystérectomie encore dans les cas de kystes trop adhérents, opération bien supérieure à la marsupialisation ; telles paraissent être à l'heure actuelle les indications dans le traitement des tumeurs du ligament large.

§ 3. — Des accidents qui ont pu se produire au cours de l'intervention.

1° Hémorragies rebelles. — La vascularisation du péritoine enveloppant les tumeurs incluses est quelquefois telle qu'il est impossible d'inciser le feuillet du ligament large sans

prendre les deux lèvres de la plaie dans une couronne de pinces ou mieux dans deux larges clans. Souvent même l'hémorragie est si forte qu'il faut d'emblée sacrifier les annexes en plaçant une pince à la partie externe du ligament et le long du bord utérin. Ces précautions suffisent la plupart du temps, et l'hémorragie s'arrête après ligature des pédicules. C'est là, nous l'avons vu, un des avantages de l'hystérectomie. Quelquefois la tranche péritonéale présente de véritables dilata-tions veineuses qui continuent à saigner et qu'on n'arrive pas à lier convenablement. Mieux vaut alors, comme nous l'avons fait dans un cas (obs. 6), laisser quelques pinces à demeure qui sont en général très bien tolérées par les malades, ainsi que nous l'avons observé maintes fois dans le service de M. Segond, très partisan de cette méthode.

2^o Blessure de l'intestin. — Cet accident ne doit pas nous arrêter longtemps. Il prête aux mêmes considérations que dans les cas de salpingites adhérentes. Il faut s'efforcer de suturer et d'enfouir la plaie produite. Par contre il nous semble tout à fait exagéré dans les cas de simple dénudation intestinale un peu étendue de pratiquer de parti-pris l'entérectomie, comme l'ont proposé Bérard et Patel au Congrès de chirurgie de 1905. Pour ces auteurs, si la décortication d'un kyste amène une dénudation de l'S iliaque supérieure à 10 centimètres, mieux vaut faire l'entérectomie que de tenter une reconstitution du méso, pouvant plus tard occasionner des accidents d'occlusion ou de sphacèle intestinal. Dans aucune des observations que j'ai lues de tumeurs de cette nature, cette complication n'a été notée (Voy. en particulier obs. 10). L'entérectomie, d'ailleurs, est une intervention grave, et je ne pense pas, comme certains l'ont dit, qu'elle n'aggrave en rien le pronostic opératoire.

3° **Blessure de la vessie.** — Traité par la suture et la sonde à demeure, cet accident paraît n'avoir jamais eu de suites fâcheuses (Jaboulay, *loc. cit.*), la vessie étant un organe essentiellement « complaisant ».

4° **Blessure de l'uretère.** — L'uretère est le gros écueil dans l'extirpation des tumeurs intra-ligamentaires. Il faut toujours y penser, et Terrillon (1) insistait sur ce point avec beaucoup de raison. C'est le seul vrai obstacle. Mais lorsqu'on y pense et qu'on le recherche, il est presque toujours possible de l'éviter. Il faut savoir où il est et point n'est besoin, comme le propose Amann (*loc. cit.*), de placer préventivement une sonde intra-urétérale. D'ailleurs sa topographie, ses rapports si souvent étudiés, l'ont encore été récemment, et surtout au point de vue gynécologique, par Tandler et Halban (2), dans un important mémoire qui fixe définitivement la question.

Très facile dans certains cas (obs. 4) sa libération peut présenter souvent de grandes difficultés (Thierry, *loc. cit.*, Lauwers, *loc. cit.*, Dubourg, *loc. cit.*), et l'on est obligé en quelque sorte de le sculpter dans les adhérences qui l'entourent.

La présence de l'uretère au cours des interventions sur les ligaments est notée dans environ *un dixième* des cas (sur 204 observations, Stroheker la mentionne 23 fois). Aussi je m'étonne de la voir niée par Potherat au cours d'une discussion à la Société de chirurgie (1901) à propos d'une observation de Monod (3). Il base d'ailleurs son assertion sur le fait que les fibromes se développent surtout dans la partie

(1) TERRILLON, *Ann. de gyn. et obst.*, 1885, p. 190.

(2) TANDLER et HALBAN, *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1902.

(3) MONOD, *Bull. et mém. Soc. chir. Paris*, 1901.

supérieure du ligament, ce qui, nous l'avons vu, est plutôt l'exception.

Si au cours de l'intervention l'uretère se trouve sectionné (Wertheim) (1), il s'agit de s'en apercevoir à temps pour tenter son abouchement dans la vessie selon l'un des nombreux procédés préconisés (2). Pris à temps, cet accident laisse rarement des suites fâcheuses. Au contraire, s'il passe inaperçu, on peut être amené à faire une néphrectomie secondaire (Blumenfeld) (3), et le pronostic se modifie singulièrement.

§ 4. — Ce qu'il faut faire après l'ablation de la tumeur.

Dans les cas d'ablation de tumeur pédiculée ou d'hystérectomie, les méthodes de ligature et de péritonisation sont bien connues et nous n'en parlerons pas. Mais s'il s'agit d'énucléation, trois cas peuvent se présenter.

1^{er} CAS. — *Péritoine rétracté, permettant un affrontement facile*, ce qui nous ramène au cas de toute hystérectomie.

2^e CAS. — *Vaste poche laissée par la tumeur énucléée.* — Deux choses sont alors possibles : si la poche est à peu près exsangue, après hémostase et tamponnement soignés, il suffit d'en affronter les deux surfaces et de les réunir par capitonnage ou par adossement (obs. 4) ; au besoin même en réséquer une partie si le péritoine est en excès, disposition assez rare.

Si, au contraire, la poche donne un suintement sanguin no-

(1) WERTHEIM, *Beitr. z. Geb. u. Gyn.* (numéro du jubilé de Schauta), 1900, p. 444.

(2) Voir à ce sujet : LUTAUD, Thèse de Paris, 1906.

(3) BLUMENFELD, *Münchener mediz. Wochenschr.*, août 1898.

table, il vaut mieux ne la fermer que partiellement et y laisser un drain pendant 24 heures (obs. 10).

Si la poche descend très bas jusqu'à un tiers du vagin et même au delà, il peut être indiqué de combiner les deux drainages abdominal et vaginal. Toutefois ce dernier est le plus souvent inutile, et lorsqu'on peut s'en passer, il vaut mieux faire un tamponnement abdominal un peu serré à *la Mikulicz* plutôt que d'ouvrir une cavité toujours septique.

3^e CAS. — *Il reste une large surface dépéritonisée.* — Ici nous nous trouvons dans la même situation qu'après l'ablation de salpingites très adhérentes. Là comme ici il faut essayer de prendre du péritoine où il y en a, c'est-à-dire dans les cas les moins favorables, au niveau de la vessie, en avant, et de l'S iliaque, en arrière. Or celui-ci est très souvent dénudé dans les cas de grosse tumeur à évolution postérieure, et il est quelquefois difficile de recouvrir ces larges surfaces cruentées. Faute de mieux, Petroff (1) a imaginé d'attirer le péritoine vésical jusqu'au Douglas, de le faire passer par là dans le vagin et de l'y fixer. Ce procédé est ingénieux, mais il est vraisemblable que si l'on peut amener du péritoine antérieur jusqu'au Douglas, on trouvera presque toujours la possibilité de l'y fixer à quelque débris de péritoine. Quoi qu'il en soit, dans ces cas, comme la péritonisation n'est pas hermétique, il vaut mieux toujours faire un drainage abdominal de 24 heures.

Quant aux derniers temps de l'intervention (sutures pariétales, pansement, etc.) nous n'en avons rien à dire. Ce sont, comme les temps de début, ceux de toute laparotomie.

(1) PETROFF, *Roussky Wretch*, 1899, p. 37.

Ainsi nous avons passé en revue les diverses éventualités qui peuvent se présenter depuis le premier coup de bistouri jusqu'à la fermeture de la paroi, et nous avons pu prendre une idée d'ensemble du traitement qu'il convient d'appliquer aux tumeurs du ligament large.

Nous avons vu au fur et à mesure le traitement des complications. Rappelons seulement que les *cas suppurés* sont pour certains auteurs de bonnes indications d'intervention par voie vaginale (Wathen, *loc. cit.*).

Quant aux résultats opératoires ils sont excellents dans l'immense majorité des cas, et sauf les complications possibles, que nous avons passées en revue, la mortalité en est, dans les cas ordinaires, à peu près nulle (1).

(1) C'est à dessein que j'ai laissé complètement de côté la partie obstétricale de la question, au double point de vue des complications et des indications thérapeutiques. C'est une étude qui serait très intéressante à faire mais pour laquelle je n'ai ni documents personnels ni compétence suffisante.

RECUEIL DE FAITS

Ce recueil ne comprend que quelques faits bien typiques correspondant aux diverses variétés décrites. Toutes les observations sont résumées et en quelque sorte schématisées en chapitres ordonnés partout de la même façon. Bien que n'ayant pas traité la partie histologique de la question, j'ai néanmoins conservé les observations intégrales, pour les rendre plus utilisables à quiconque voudrait reprendre la question. Je tiens à associer ici aux noms de mes deux maîtres M. le professeur SEGOND et M. le professeur agrégé LEJARS, ceux de M. le professeur HARTMANN, et de mes amis LECÈNE, professeur agrégé, DE MARTEL, chef de clinique, et SAUVÉ, prosecteur. Tous m'ont fourni de précieux documents. Je leur en suis profondément reconnaissant.

1^{er} GROUPE. — Fibromes (Types cliniques).

Obs. I (personnelle. — Service du professeur Segond).

Fibrome utérin à lobe latéral inclus (coexistant avec un kyste de l'ovaire droit).

Histoire clinique. — Mme X..., 47 ans, réglée à 12 ans, règles régulières mais abondantes et douloureuses. Une grossesse normale (1885), puis métrorragies pendant trois ans, qui cessent par cautérisation de la matrice.

Jusqu'en 1905, règles irrégulières et diminuées (4 à 5 fois par an seulement). Etat général reste bon. Premier examen en 1905, par le docteur Le Masson qui trouve un fibrome du volume du poing, retrouvé un an plus tard par M. Pinard (traitement médical).

Depuis quelques mois, violentes douleurs abdominales et lombaires. Modification de l'état général. Retourne consulter.

Examen. — On trouve une tumeur abdominale, ferme, douloureuse, remontant à l'ombilic, paraissant faire corps avec l'utérus sans qu'on puisse préciser son origine utérine ou para-utérine. Au toucher, la tumeur bombe dans le cul-de-sac latéral gauche. Le col parait normal.

Diagnostic posé. — Fibrome utérin.

Opération le 29 novembre 1907, par le professeur SEGOND que nous assistons. Laparotomie. Enucléation d'un gros kyste de l'ovaire droit à contenu brunâtre qui se rompt, et que l'on enlève en le pédiculisant. L'utérus est un peu gros et présente sur son bord gauche un fibrome du volume d'une grosse orange occupant le ligament large gauche. Incision du ligament, dégagement de la tumeur. Hystérectomie supra-vaginale par le procédé Kelly-Segond. Réunion avec drain dans le Douglas.

Suites opératoires normales.

Examen de la pièce (V. fig. 2, p. 12). — Le lobe intra-ligamentaire arrondi, légèrement bombé, est mobilisable sur l'utérus ; les tractus qui l'unissent à lui sont faibles et avasculaires, quoiqu'à première vue les deux masses paraissent ne faire qu'un bloc. L'utérus présente quelques petits noyaux fibreux. A gauche, petit kyste du mésosalpinx ; ovaire microkystique. Le kyste de l'ovaire droit est multiloculaire, à liquide variable, à paroi végétante par places.

Examen histologique. — Seul le lobe du ligament large a été examiné. Il s'agissait d'un fibromyome typique (Renaut).

Obs. II (inédite, due à l'obligeance de M. LEJARS).

Fibrome utérin à lobe latéral inclus.

Histoire clinique. — R..., 41 ans, réglée à 11 ans, toujours régulièrement, deux grossesses normales, pas de fausse couche. Il y a deux ans, la malade ressentit des douleurs dans le bas-ventre surtout à gauche. Pas d'hémorragies ; de temps en temps et sans abondance, pertes d'un blanc jaunâtre.

Evolution chronique. Douleurs abdominales, irradiées aux lombes et aux membres inférieurs. Ballonnement du ventre, dyspnée, constipation, digestions difficiles, amaigrissement.

Examen. — Grosse masse dure, pelvienne, remontant jusqu'à mi-distance de l'ombilic ; prolongée à gauche par plusieurs lobes arrondis ; assez mobile dans l'ensemble.

Diagnostic posé. — Fibrome utérin.

Opération. — Laparotomie. On trouve une grosse tumeur mobile à gauche de l'utérus, infiltrée dans le ligament large. Annexes d'apparence normale, utérus légèrement fibromateux. Hystérectomie supravaginale en bloc. Péritonisation. Réunion. Suites normales.

Examen de la pièce. — Gros fibrome du ligament large, lâchement uni à un utérus un peu fibromateux.

Obs. III (inédite, due à l'obligeance de M. LEJARS).

Fibrome utérin à lobes ligamentaires bilatéraux.

Histoire clinique. — M. B..., 32 ans, réglée à 12 ans, pas d'enfant ni de fausse-couche. Il y a six ans et demi elle est opérée pour un pyo-salpinx, colpotomie postérieure ; le cul-de-sac postérieur reste douloureux ; neuf mois après elle vient à l'hôpital pour rétroversion de l'utérus. Laparotomie pour hystéropexie et ablation des annexes droites.

Il y a un an, la malade sent une grosseur dans le cul-de-sac postérieur et latéral gauche ; masse dure au bas-ventre depuis quatre mois. Pas de pertes. Elancements douloureux dans le bas-ventre, nausées, vomissements, constipation.

Examen. — Le palper, douloureux, fait reconnaître une masse dure s'étendant vers la droite, mobile, mate à la percussion. Col gros, dur ; cul-de-sac postérieur dilaté, et on perçoit une masse de la grosseur de deux poings prolabée dans la cavité pelvienne ; elle est mobile et ses mouvements correspondent à ceux de la masse sentie au palper abdominal.

Diagnostic posé. — Fibrome de l'utérus, multilobé, avec deux lobes latéraux inclus.

Opération. — Laparotomie. Utérus fibromateux adhérent de tous côtés, non mobile. Libération de la face postérieure, puis d'un lobe intraligamentaire droit que l'on enlève. Section du col. L'utérus est basculé en arrière et on libère un lobe intra-ligamentaire gauche ; toute la masse vient. Péritonisation. Réunion avec drain. Suites normales.

Examen de la pièce. — Utérus fibromateux avec un lobe inclus dans chaque ligament.

Obs. IV (due à l'obligeance de mon collègue DE MARTEL).

Gros fibrome ligamentaire pédiculé sur un utérus fibromateux.

Histoire clinique. — D..., 56 ans, entre à l'hôpital (service de M. Segond) pour un prolapsus utérin très accentué (cystocèle, rectocèle). Ce prolapsus existe depuis fort longtemps et la malade a déjà subi deux opérations (colpopérinéorraphies) qui ont été suivies d'une récurrence presque immédiate.

A son entrée la malade examinée peut-être un peu hâtivement ne semblait pas présenter de tumeur abdominale volumineuse. Elle fut reçue dans le service, non pour y être opérée, mais pour seulement se reposer. Après un séjour à l'hôpital de deux mois environ, la malade, qui jusque-là présentait un bon état général, maigrit rapidement et se cachectise à vue d'œil. En même temps apparaissent des métrorragies extrêmement abondantes. Un examen complet est alors pratiqué.

Examen. — Le ventre a beaucoup augmenté de volume. Au-dessous de la paroi atrophiée et mince, on sent distinctement une tumeur dure, résistante, sans fluctuation, remontant jusque sous les fausses côtes droites, impossible à mobiliser. Le prolapsus utérin est complet et irréductible. Le toucher vaginal n'est donc pas possible, et on ne peut se rendre compte des rapports exacts de la tumeur avec l'utérus.

Diagnostic posé. — On croit avoir affaire à un néoplasme à marche rapide et inopérable. Le lendemain la malade est trouvée presque exsangue en même temps que des phénomènes d'occlusion intesti-

nale apparaissent. L'intervention d'urgence est décidée et pratiquée sans aide.

Opération. — Laparotomie, pas de liquide dans le ventre.

Enorme tumeur arrondie remplissant le ventre et refoulant l'utérus sur la gauche. Elle semble collée contre la paroi abdominale latérale et ne peut être luxée hors du ventre. Recherche du fond de l'utérus et du ligament large gauche. Pincement et section du pédicule utéro-ovarien gauche. Pincement et section du ligament rond. Section de la portion avasculaire du ligament large. Section et décollement du péritoine pré-utérin, refoulement de la vessie. Section très basse du col utérin.

La partie inférieure de l'utérus est saisie avec une pince à traction et tirée en haut et à gauche de façon à faire basculer l'utérus comme dans n'importe quel procédé américain.

A ce moment se dégage un prolongement de la tumeur qui était logé dans la partie la plus inférieure de l'excavation, entre le releveur en dehors et la paroi latérale du vagin en dedans.

A la fin de ce mouvement, alors que l'utérus va être complètement basculé et que le prolongement inférieur est tout à fait dégagé, l'uretère apparaît collé contre la partie la plus élevée et la plus externe de ce prolongement, dans l'angle qu'il forme avec la portion abdominale de la tumeur. Ce conduit est facilement détaché et récliné.

Alors, la main glissée sous la partie abdominale de la tumeur la bascule et la dégage des deux feuillets du ligament large entre lesquels elle est incluse. Pédiculisation et section du ligament rond, puis du pédicule utéro-ovarien.

Une fois la tumeur enlevée, il reste entre les deux feuillets du ligament large une grande cavité qui ne saigne pas et qui n'est ni tamponnée ni drainée. Cette cavité se continue en bas avec la loge du prolongement inférieur. L'hémostase est pratiquée très soigneusement en raison de la taille considérable des vaisseaux. La péritonisation est effectuée comme d'habitude. Mais au niveau du ligament large gauche qui contenait la tumeur, j'unis les deux feuillets péritonéaux par des points qui les éversent et qui les adossent très lar-

gement l'un à l'autre, de manière à diminuer un peu leur hauteur et celle de la cavité qu'ils limitent.

Fermeture du ventre en un seul plan, au fil d'argent. Un drain à la partie inférieure de l'incision. Durée : 45 minutes. Suites normales.

Examen de la pièce. — La tumeur était de nature fibreuse et pesant une douzaine de livres. Elle était rattachée au bord droit de l'utérus par un pédicule large et mince. L'utérus lui même présentait deux petits noyaux fibreux superficiels.

Examen histologique. — Fibro-myome typique.

Obs. V (personnelle. — Service du Professeur Segond).

Fibrome utérin ligamentaire enclavé.

Histoire clinique. — Mme X..., pas d'antécédents morbides intéressants. Toujours bien réglée, même dès le début des accidents actuels. Depuis plus d'un an, douleurs pelviennes survenant par crises, entre lesquelles persiste toujours une sensation pénible de pesanteur. Depuis quelques mois les digestions deviennent difficiles, et surtout, la malade éprouve une difficulté croissante pour uriner ou aller à la selle. Ce sont ces troubles de compression s'aggravant de jour en jour en même temps que la sensation d'une masse dans la région hypogastrique qui la décident à consulter.

Examen. — A l'inspection : légère voussure au niveau de la fosse iliaque droite et de la région hypogastrique. En ce point, mat à la percussion, on délimite assez nettement une tumeur arrondie, dure, assez régulière, saillante par le toucher dans le cul-de-sac latéral droit et le Douglas. Cette masse, du volume d'une grosse tête de fœtus, est absolument fixée dans l'excavation pelvienne. Le col utérin est élevé, fortement déjeté à droite, difficile à sentir nettement ; le corps confondu complètement avec la tumeur semble la prolonger du côté de la paroi pelvienne gauche, et partage son immobilité absolue.

Diagnostic posé. — Fibrome utérin enclavé dans le Douglas, avec un prolongement intra-ligamentaire probable. L'opération est décidée et la malade transportée dans une maison de santé.

Opération (28 septembre 1907) par M. SEGOND que j'assiste. Laparotomie. On tombe sur une grosse masse d'aspect fibreux qui paraît remplir toute l'excavation et sur laquelle s'étale le ligament large dédoublé. Incision du feuillet antérieur. Impossible d'enucléer la tumeur. En procédant alors par morcellement, on peut extraire du ligament large droit un fibrome du volume d'une grosse orange. L'utérus apparaît alors bosselé de fibromes dans le Douglas. Il est dès lors énucléé facilement et l'hystérectomie supra-vaginale est pratiquée par le procédé américain de gauche à droite. Ligature des vaisseaux. Quoique très épaissi, le ligament large droit se rétracte suffisamment pour permettre une péritonisation facile et sans drainage. Suture de la paroi au fil d'argent. Suites opératoires normales.

Examen de la pièce. — Le premier fibrome enlevé est indépendant de l'utérus et des annexes. Ovaire et trompe normaux . . . L'utérus présente trois noyaux fibreux du volume d'une grosse noix. En outre un petit fibrome cervical, gros comme une bille, et qui s'est presque énucléé de lui-même au moment de la section du col.

Examen histologique. — La pièce n'ayant pu être conservée, je n'ai pu que prélever un fragment de la tumeur ligamentaire. Il s'agissait d'un fibromyome de structure ordinaire.

Obs. VI (personnelle).

Fibrome utérin ligamentaire (Utérus complètement fusionné avec la tumeur).

Histoire clinique. — G. L..., 55 ans, soignée depuis longtemps en médecine pour bronchite chronique. Toujours bien réglée jusqu'à l'âge de 49 ans. Pas d'antécédents génitaux notables. Depuis trois ou quatre ans, la malade voit son ventre augmenter de volume. En même temps elle ressent quelques douleurs vagues, et surtout les règles deviennent irrégulières et plus abondantes. Ces phénomènes persistent jusqu'à ces derniers mois. De temps en temps la malade a des périodes de forte constipation qui cède cependant à la purgation, miction toujours normale. Elle remarque cependant que ses

urines sont souvent troubles. Enfin, depuis deux mois le ventre a grossi plus rapidement et la malade « toujours dans le sang » s'affaiblit de plus en plus.

Examen. — Paroi grasse. Ventre flasque. Rien de net à l'inspection. La palpation fait sentir une grosse tumeur dure, arrondie, dépassant légèrement l'ombilic et faisant au toucher une saillie assez forte dans les culs-de-sac gauche et postérieur. Cette tumeur présente une légère mobilité en masse. L'utérus est absolument impossible à délimiter. Le doigt qui atteint avec peine le fond du vagin ne sent pas la saillie du col. La malade malgré une forte obésité est pâle. L'examen général révèle de la bronchite chronique avec un peu d'emphysème. Il existe un souffle cardiaque au deuxième temps. Urines normales ; pas d'œdème des jambes. Cet état général assez précaire nous fait hésiter quelques jours. Mais devant l'abondance des métrorragies, et avec le souvenir d'un cas antérieur, l'opération est décidée.

Diagnostic posé. — Gros fibrome utérin interstitiel.

Opération (6 novembre 1907) (avec l'assistance de mon ami DE MARTEL). — Laparotomie ombilico-pubienne. L'intestin refoulé par un clamp, on aperçoit une grosse masse remplissant l'excavation et sur laquelle glisse le péritoine assez mobile. Nous reconnaissons la présence de l'S iliaque dont le méso dédoublé coiffe la tumeur. Large incision du feuillet péritonéal qui est très vasculaire. La tumeur est alors énucléée rapidement. Elle se dégage progressivement du ligament large gauche dédoublé et sa partie droite présente un kyste du volume du poing. Les annexes se dégagent alors. Atrophiée à droite, la trompe est, du côté gauche, très épaisse et congestionnée. Pédiculisation des annexes du ligament rond des deux côtés. Dégagement progressif de la partie inférieure. Col très difficile à sentir. On finit par l'atteindre et le sectionner. Fermeture du col ; ligature des vaisseaux. Péritonisation du côté droit. A gauche le ligament sectionné présente de grosses veines qui continuent à saigner. Pour abréger l'intervention nous laissons quelques pinces à demeure. Réunion avec drain et mèche dans le Douglas.

Suites opératoires. — Bonnes pendant les trois premiers jours,

Drainage et pinces enlevés au bout de 48 heures. Plaie en bon état. Dans la nuit du quatrième jour, la malade se met à suffoquer et meurt en quelques heures. L'autopsie n'a pu être faite.

Examen de la pièce. — Gros fibrome de 4 kilogrammes et demi dans lequel il est impossible de retrouver l'utérus dont la cavité est perméable et un peu élargie. A droite, le kyste fait corps avec la tumeur à laquelle il se rattache par un large pédicule (fig. 4, p. 19).

Examen histologique. — Des coupes en séries pratiquées entre le fibrome et le kyste montrent que le tissu fibromateux tend de plus en plus à se laisser envahir et distendre par une substance gélatiniforme, et l'on peut voir toutes les formes de passage depuis le fibromyome pur jusqu'au kyste, terme ultime de ramollissement.

Il s'agit donc d'un fibro-kyste utérin.

Obs. VII (inédite, due à l'obligeance de M. LEJARS).

Fibrome à évolution antérieure.

Histoire clinique. — R..., 43 ans, réglée à 17 ans, règles régulières, peu abondantes ; une grossesse, accouchement normal ; une fausse couche.

Les antécédents héréditaires sont nuls. La malade a eu la fièvre typhoïde à 6 ans. Bronchite chronique.

Il y a deux ans, elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume ; en outre, douleurs au moment des règles, perte des urines. Pas de métrorragies ni de ménorragies. A l'occasion de fatigues et à l'approche des règles, douleurs dans les hypochondres et à l'hypogastre ; irradiations à la région lombaire, cessent par le repos. Incontinence d'urine tend à disparaître.

Examen. — Gros fibrome bosselé remontant au-dessus de l'ombilic avec gros lobe au devant du col. Col effacé et remonté en haut et à gauche.

Diagnostic posé. — Fibrome inclus.

Opération (2 juillet). — Laparotomie. Très grosse tumeur qu'on ne peut énucléer ; incision sur le devant et décollement progressif du

péritoine et de la vessie (celle-ci est ouverte à son sommet sur trois centimètres environ, réunion par deux plans).

Enucléation progressive de la masse antérieure. Hystérectomie supra-vaginale très basse. Les annexes qui viennent avec l'utérus sont saines. Péritonisation avec constitution d'un petit trajet antérieur dans lequel on laisse un drain rétro-vésical. Suites normales.

Examen de la pièce. — Gros fibrome de la face antérieure de l'utérus, inclus dans le ligament large et rétro-vésical.

Obs. VIII. — LAUWERS, *Bull. Acad. Royale méd.*,
Belgique, 1893, p. 879.

Fibrome à évolution postérieure (S iliaque).

Histoire clinique. — S. D..., 35 ans, règles toujours régulières, peu abondantes, indolores. Augmentation de volume du ventre depuis deux ans. Miction facile, mais constipation opiniâtre, et violentes douleurs avant et après la défécation.

Examen. — Abdomen distendu par une tumeur solide, bosselée, dépassant l'ombilic de cinq travers de doigt. Au toucher, excavation remplie par une volumineuse masse faisant corps avec la tumeur accessible au palper. Col très élevé, à peine accessible et refoulé en avant et en haut par la tumeur.

Opération (22 décembre 1890). — Laparotomie. Volumineux myome intra-ligamentaire, dont le sommet est coiffé par l'S iliaque, de telle façon que les deux feuillets dépliés du mésocolon étaient largement étalés sur la tumeur. Le bord supérieur de la vessie était étiré par la tumeur à 10 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne et l'utérus, soulevé très haut, était accolé à la face latérale droite du myome. Ligature et section des annexes, incision du feuillet péritonéal de la tumeur et décollement de l'S iliaque d'abord, puis de la vessie dans laquelle on avait eu soin d'introduire une sonde. Décortication facile malgré forte hémorragie. Section du col. Tamponnement et drainage de la poche. Réunion. Suites normales.

Examen de la pièce. — Myome pur pesant 6 kilogrammes.

Obs. IX, — MANGIN, *Gynécologie*, Paris, 1897, II, 365-389.

Fibrome à évolution postérieure (Cæcum).

Histoire clinique. — Mme G..., 43 ans, réglée à 12 ans, régulièrement ; deux grossesses normales. Elle remarque vers 1886, dans le côté droit du ventre, une tumeur qui grossit peu à peu et évolue en même temps qu'une grossesse. Celle-ci, méconnue, est traitée par l'ergot et les injections chaudes. Il y avait cependant absence de règles, ce qui amène un avortement vers le 6^e mois. La tumeur évolue ensuite très lentement. Règles toujours régulières. A cette époque on croit à un kyste de l'ovaire.

En 1894, grossesse normale. Accouchement sans difficultés (tumeur dépassant déjà le volume d'une tête). Après l'accouchement la tumeur continue à se développer progressivement. Vers la fin de 1895, la malade maigrit, se fatigue, le facies devient ovarien. Constipation opiniâtre, digestions mauvaises. Ventre en besace à parois très flasques.

Examen. — Tumeur présentant une fluctuation peu nette, semblable à celle des tumeurs fibro-kystiques. Utérus un peu volumineux rejeté à gauche, nettement séparé de la tumeur, mais cependant se mobilisant en masse avec elle ; cathétérisme : huit centimètres. La tumeur peu mobile, adhérente dans le fond du bassin, est lisse sur sa face antérieure avec quelques bosselures sur la partie accessible par le vagin. Quoique s'enfonçant profondément dans le petit bassin, elle ne présente pas l'enclavement habituel des kystes ovariens.

Diagnostic posé. — Kyste multiloculaire de l'ovaire.

Opération. — Laparotomie. On tombe sur une surface nacrée ayant l'aspect des kystes ovariens. La ponction ramène quelques grammes de liquide filant. Une incision montre la nature fibro-kystique de la tumeur. Enucléation de l'énorme tumeur en partie incluse dans le ligament large dédoublé, soulevant en plus tout le péritoine de la partie droite du bassin. Le cæcum refoulé très haut se trouvait accolé à la tumeur sur une très large surface et sur toute sa longueur. La tumeur est pédiculisée sur la corne droite de l'utérus, par un pédicule large comme une pièce de cinq francs. Suture du pédicule, liga-

ture des grosses branches artérielles, puis fermeture du ligament large. La suture se continue le long du cæcum dont le méso avait été mis à nu. Suture de la paroi. Suites normales.

Examen de la pièce. — Poids : 12 kilogs et demi, plus quelques petites loges en avant, et deux ou trois grandes loges kystiques de un quart à un demi-litre environ, en arrière.

L'ovaire droit, normal, se trouvait accolé au pôle de la tumeur opposée au pédicule ; la trompe avait son diamètre normal mais était très allongée ; elle contournait la tumeur pour arriver à l'ovaire, elle présentait de 23 à 25 centimètres de longueur.

Obs. X (personnelle).

Coexistence d'un fibrome utérin avec un fibrome isolé du ligament large.

Histoire clinique. — B. A..., 44 ans, m'est adressée par mon ami le docteur Le Masson. Pas d'antécédents morbides. Bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Deux grossesses normales.

Depuis quatre ans quelques douleurs au moment des règles, constipation passagère, un peu de ballonnement du ventre. Les règles augmentent de durée (10 jours au lieu de 5) tout en restant régulières. Depuis 4 mois elles deviennent très abondantes. Enfin le 1^{er} novembre l'hémorragie menstruelle est si forte que la malade se décide à consulter.

Examen. — Pas de modification apparente du ventre. Paroi grasse difficile à palper. Au toucher, col normal, pas de déformation des culs-de-sac. A l'examen combiné : utérus un peu augmenté de volume, dur, irrégulier, bosselé de petits fibromes. Cul-de-sac gauche libre et indolore. A droite on sent une masse dure régulière, indolore, du volume d'une mandarine, paraissant faire corps avec l'utérus et mobile avec lui. Rien dans le Douglas.

Diagnostic posé. — Fibromes multiples de l'utérus, avec lobe droit probablement ligamentaire.

Opération (19 novembre 1907) avec l'aide de mon ami de Martel. Laparotomie. Section du pédicule utéro-ovarien et du ligament rond

du côté droit. On sent le gros lobe sous-jacent. Section des deux pédicules similaires du côté gauche ; pincement de l'utérine gauche, puis section du col. Bascule de l'utérus. Pincement de l'utérine droite. A ce moment l'utérus assez fortement tiré en haut, et ne tenant plus à rien, se laisser extirper, et le fibrome ligamentaire apparaît nettement isolé de l'utérus dont le bord droit ne présente pas trace de pédicule, sauf quelques tractus fibreux très minces et qui se sont rompus sans aucune hémorragie.

Enucléation très facile du fibrome ligamentaire qui laisse une cavité assez profonde qu'on tamponne fortement pendant la ligature des pédicules. Le suintement s'arrête. Néanmoins, par prudence, je laisse un petit drain dans la poche pendant 24 heures. Péritonisation. Réunion. Suites normales.

Examen de la pièce (V. fig. 1, p. 12). — Utérus bourré de petits noyaux fibreux. Annexes normales. Fibrome ligamentaire arrondi, irrégulier, dur, à peu près de la taille de l'utérus.

Examen histologique. — Fibro-myome typique.

Obs. XI (inédite, due à l'obligeance de M. LEJARS).

*Coexistence d'un fibrome utérin avec un fibrome isolé
du ligament large.*

Histoire clinique. — G..., 52 ans, réglée à 17 ans, normalement ; deux enfants (couches normales), pas de fausse couche.

Depuis un an, la malade a des hémorragies continuelles qui ont augmenté et sont devenues plus fréquentes depuis six mois environ. Jamais de pertes blanches. Les douleurs qui sont plus intenses dans la région hypogastrique avec irradiation lombaire, surviennent principalement au moment des hémorragies. Sensation permanente de pesanteur abdominale. Pas de troubles dans les urines.

Examen. — L'abdomen n'est pas sensiblement augmenté de volume. Son aspect est régulier, symétrique ; il n'est pas ballonné.

On trouve au palper une tumeur volumineuse, unilobée, remontant au-dessus de l'ombilic, avec masses irrégulières sur les deux côtés (probablement annexielles).

Au toucher : col dur, régulier, dévié à droite, culs-de-sac presque totalement effacés.

Diagnostic posé. — Fibrome utérin.

Opération. — Laparotomie. Gros fibrome multiple, avec fibrome isolé dans le ligament large.

Hystérectomie supra-vaginale par le procédé classique avec ablation des annexes. Réunion, suites normales.

Examen de la pièce. — Gros utérus fibromateux avec un fibrome isolé dans le ligament large gauche, du volume d'une orange.

Examen histologique. — Fibromyome typique.

Obs. XII. — H. FUCHS, *Archiv für Gynäk.*, 1900, vol. LX, 299.

Fibrome primitif du mésosalpinx.

Histoire clinique. — S. F., 36 ans, régulièrement réglée depuis l'âge de 11 ans. Au début de l'été les règles deviennent moins fortes, s'accompagnant de douleurs aiguës à l'hypogastre. Depuis le printemps, le ventre augmente ou diminue par périodes. Il y a de la constipation avec phénomènes gastriques (anorexie, vomissements) et dysurie. Etat général médiocre. Forte anémie.

Examen (19 octobre 1881). — Tumeur abdominale dure, solide, peu mobile, de forme régulièrement ovale, atteignant presque le rebord costal ; à gauche elle est à un travers de doigt, à droite à deux travers de doigt de l'épine iliaque supérieure. Col normal fortement déjeté à gauche et tordu, en partie mobile avec la tumeur. L'utérus est également un peu incliné sur le côté gauche du bassin ; il n'est pas augmenté de volume (hystéromètre : 7 cm.). Au pôle inférieur de la tumeur on sent un corps ovale transversal qui donne l'impression d'un ovaire.

Opération (12 novembre 1881). — Laparotomie. Tumeur non adhérente, complètement solide, de consistance molle, incluse dans le ligament large droit, sans connexion directe avec l'utérus dont elle est distante de 5 centimètres environ ; le péritoine adhère légèrement à la tumeur. La trompe coiffe le sommet du fibrome qu'elle contourne pour se continuer en bas, en dedans, avec le pavillon et rejoindre

l'ovaire situé au pôle inférieur de la tumeur. Celle-ci n'atteint pas en dehors la portion la plus externe du ligament large. Ligature en chaîne du péritoine, puis section au-dessus et extirpation de la tumeur. Fermeture du péritoine. Réunion, suites normales.

Examen de la pièce. — La tumeur est un fibrome mou et même fluctuant dans sa partie inférieure. Elle mesure 16 centimètres sur 9 et demi. La paroi antérieure est très convexe, la postérieure paraît presque complètement aplatie. La tumeur n'occupe que le mésosalpinx. Le péritoine qui la recouvre est assez mobile.

Au-dessous de la tumeur existe un épaississement sous-séreux assez notable. La trompe forme sous le péritoine de la tumeur un faible relief à la jonction des portions antérieure et postérieure. La longueur du fragment tubaire qui tient à la tumeur est de 25 centimètres. Près de l'infundibulum on trouve quelques trompes accessoires dont l'une est kystique. L'ovaire, long de 5 centimètres et demi sur 2-3, possède plusieurs follicules mûrs dont l'un contient un corps jaune, rempli de sang.

Examen histologique. — Tractus irrégulièrement mêlés de fibres conjonctives et musculaires lisses ; dans la profondeur de la tumeur, les éléments musculaires dominant ; à la superficie, c'est le tissu fibreux. Il s'agit donc d'un fibromyome absolument indépendant de l'utérus, des annexes et aussi du corps de Rosenmüller, dont on peut voir les dents de peigne par transparence, dans la partie laissée libre du ligament large.

Obs. XIII. — H. FUCHS, *Archiv für Gynäk.*, 1900, vol. LX, p. 305.

Fibrome primitif de la base du ligament large.

Histoire clinique. — S. J..., 51 ans, réglée à 15 ans, régulièrement, sans douleurs jusqu'à 46 ans, puis irrégulièrement tous les deux ou trois mois. Dernières règles en 1892. Douze grossesses dont quatre avortements.

Depuis sept ans, la malade ressentait de petites douleurs dans le côté gauche de l'hypogastre. Un an après sa dernière couche, elle remarque dans l'hypogastre droit une petite tumeur qui disparaît bien-

tôt par un traitement médical. Depuis l'été dernier, sensation de plénitude continue dans le côté gauche du bas-ventre. Enfin, depuis quelque temps, légères douleurs en urinant. Garde-robes longtemps difficiles, maintenant meilleures. Au demeurant bien portante, bonne mine, très grasse, cœur et poumons normaux.

Examen (octobre 1893). — Abdomen souple, léger météorisme des deux côtés, sensibilité dans la région de l'orifice inguinal. Au toucher, utérus normal situé en avant et à droite. A gauche de l'utérus, au devant de l'articulation sacro-iliaque, tumeur grosse comme une orange, dure, arrondie, un peu douloureuse, assez mobile.

Opération (1^{er} novembre 1893). — Laparotomie. On trouve à gauche de l'utérus, dans le ligament large, une tumeur dure, du volume d'une orange, située en plein ligament, à 2 centimètres environ de l'utérus. Ouverture du feuillet postérieur ; on saisit la tumeur avec une pince, on la décortique. Elle n'offre aucune connexion sérieuse avec le voisinage. Section après ligature de tractus conjonctifs très vasculaires qui l'unissent à la base du ligament large. Réunion, Suites normales.

Examen de la pièce. — Tumeur sphérique, lisse, de consistance dure, gris rougeâtre à la coupe, présentant des noyaux saillants, blancs, assez durs, du volume d'un pois.

Examen histologique. — Fibromyome.

Obs. XIV. — GROSS ET BINAUD, *Congr. franç. de chirurgie.*

Paris, 1892, p. 240-249.

Fibrome pédiculé du ligament large.

Histoire clinique. — Femme de 31 ans, nullipare, réglée à 17 ans normalement. Il y a trois ans, vives douleurs abdominales avec irradiations lombaires. Depuis un an remarque une grosseur dans le ventre.

Examen. — Abdomen volumineux. A la palpation, tumeur de forme régulièrement ovoïde, à surface lisse, de consistance ferme, inclinée vers la droite et remontant jusqu'à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. La tumeur est très mobile ; elle ne semble pas plonger derrière

le pubis, la paroi abdominale se laissant déprimer entre la tumeur et lui. Au toucher, col petit, conique, utérus peu développé, mobile mais indépendant des mouvements imprimés à la tumeur.

Diagnostic posé. — Kyste dermoïde de l'ovaire.

Opération (1^{er} février) (GROSS). — Laparotomie. On trouve la face antérieure de la tumeur, lisse, sans adhérences, rouge violacé, parcourue par de gros canaux veineux verticalement dirigés. L'aspect est celui des fibromyomes utérins. La tumeur est libre dans la majeure partie de sa surface ; à la partie supérieure et externe, quelques adhérences aisément décollées. Dégagement de la tumeur ; il y a un pédicule épais, situé à droite ; la tumeur ne se prolonge pas dans son épaisseur ; pédiculisation et énucléation. Le pédicule tient à la partie externe du ligament large du côté droit ; ovaire et trompe intacts en avant du moignon. Utérus petit, en position normale, sans rapports avec la tumeur. Réunion, suites normales.

Examen de la pièce. — Tumeur violacée, ovoïde, lisse, excepté à sa partie supérieure où avaient existé quelques adhérences et au niveau des pédicules ; poids 2.500 grammes ; diamètre 0,23 sur 0.18. Aspect à la coupe : fibromyome utérin. Dans le tiers inférieur, tissu dense élastique, gris rosé, de texture homogène ; dans les deux tiers supérieurs, aspect œdémateux, gélatineux, jaune violacé. On y trouve deux petites cavités kystiques renfermant un liquide clair et visqueux.

Examen histologique (BARABAN). — Fibromyome avec prédominance du tissu musculaire sur le tissu fibreux. L'imprégnation au nitrate d'argent montre quelques réseaux lymphatiques très développés. La partie la plus molle du néoplasme est également musculaire, mais avec dissociation des faisceaux par une substance gélatineuse dans laquelle sont disséminées des cellules rondes granulo-graisseuses peu abondantes. De par ce fait la tumeur pourrait s'appeler myxomyome, ou peut-être conviendrait-il d'admettre simplement une sorte d'œdème. Les petits kystes observés semblent être des kystes par ramollissement.

2^e GROUPE. — **Kystes (Types cliniques).**

Obs. XV (inédite, due à l'obligeance de M. LECÈNE).

Kyste du mésosalpinx.

Histoire clinique. — M..., 28 ans, nullipare. A remarqué que depuis plusieurs mois son ventre augmente de volume. Souffre peu, sauf au moment des règles, d'ailleurs régulières.

Examen. — Voussure de l'ombilic. Tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte occupant la partie moyenne de l'abdomen, mate à la percussion, entourée par une sonorité intestinale à droite, à gauche et en haut ; de consistance ferme, tendue, rénitente, assez nettement fluctuante et très mobile. Col normal se continuant avec un utérus normalement antéfléchi. La tumeur ne fait pas corps avec lui, mais semble lui être rattachée par un pédicule assez long. Rien dans le Douglas. Urines normales.

Opération (11 janvier 1905). — Laparotomie. Kyste mobile au niveau des annexes gauches. Ponction d'un litre et demi de liquide citrin limpide, non visqueux. Enucléation de la poche développée aux dépens du parovaire gauche. On enlève la tumeur en plaçant deux pinces sur son pédicule ; puis la trompe gauche qui présente une bosselure au niveau de la corne utérine et l'ovaire gauche qui est gros et polykystique. Evidement au coin de la corne utérine et suture au catgut. Péritonisation en rapprochant de cette corne le pédicule utéro-ovarien. Annexes droites normales. Utérus un peu gros. Drain dans le Douglas. Fermeture en trois plans. Suites normales.

Examen de la pièce. — Grand kyste parovarien à paroi lisse avec salpingite du même côté.

Examen histologique. — Paroi formée de tissu conjonctif, disposé par places en faisceaux ondulés. Vers la périphérie, mince couche de fibres musculaires lisses, coupées en travers.

Plus en dehors on remarque la coupe de nombreux vaisseaux.

Epithélium : cylindrique cilié, très régulier, disposé sur plusieurs couches : les cellules présentent de gros noyaux, fortement colorés.

Obs. XVI (personnelle, recueillie dans le service
du Professeur SEGOND).

Kyste hyalin du mésosalpinx (Kyste parovarien).

Histoire clinique. — Mme X..., 25 ans. Toujours bien réglée, depuis l'âge de 13 ans. Aucun antécédent d'ordre général ou gynécologique à noter. Pas de grossesses. Pas de fausses couches. Depuis quelques mois elle s'aperçoit d'une légère augmentation de volume du ventre, principalement à droite où le palper lui fait croire « qu'il y a quelque chose dans la profondeur ». A part cela la fonction menstruelle est à peine troublée (les règles sont cependant un peu plus espacées et plus courtes), pas de douleurs, à peine de temps en temps une légère sensation de pesanteur qui disparaît d'ailleurs rapidement ; aucun trouble de compression. Bref, symptomatologie fonctionnelle à peu près nulle.

Examen. — Le toucher combiné fait sentir à droite de l'utérus une petite masse arrondie, rénitente, bien régulière, du volume d'une orange, assez mobile et tout à fait indépendante de l'utérus qui paraît sain. Col normal, non dévié ; culs-de-sac indolores ; rien du côté gauche.

Diagnostic posé. — Kyste parovarien.

Opération (8 juillet 1908), par le Professeur SEGOND. Aide : DENIKER. — Laparotomie. Découverte d'un kyste hyalin du mésosalpinx, typique, encerclé par la trompe, très facile à mobiliser. L'ovaire voisin étant microkystique, la masse est enlevée en bloc et le pédicule retourné dans le péritoine du ligament large. Réunion sans drainage. Suites absolument normales. Guérison.

Examen de la pièce. — La figure 3 (page 16) montre nettement la disposition de cette pièce, sans qu'il soit besoin de la décrire autrement. La pièce ayant été conservée entière, pour l'enseignement du service, il n'y a pas eu d'examen histologique.

Obs. XVII. — TERRIER, in thèse RAIMONDI, Paris, 1897, obs. VI.

Kyste de la base du ligament large.

Histoire clinique. — A. L..., 24 ans. Réglée à 18 ans, irrégulièrement. Règles abondantes. A 21 ans, commence à souffrir du ventre. Pertes blanches abondantes. Bientôt les douleurs deviennent assez vives pour obliger la malade à garder le lit au moment des règles qui sont de plus en plus abondantes. En janvier 1888, poussée de pelvi-péritonite. Issue de pus par colpotomie ; deux rechutes en 8 mois.

Examen. — Ventre souple, dépressible, sauf dans sa partie inférieure droite où à la percussion on trouve dans la moitié droite de l'hypogastre une zone de matité. Au palper, tumeur à contour arrondi, s'arrêtant en haut à deux doigts au-dessous de l'ombilic, débordant à gauche la ligne médiane et s'arrêtant à droite un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette tumeur est molle, dépressible, fluctuante, un peu sensible à la pression.

Par le toucher, on trouve le col régulier, arrondi, regardant en arrière. En arrière il est à peu près fixé complètement. Si on cherche à lui imprimer quelques mouvements, on provoque de la douleur. Le corps de l'utérus est en antéflexion, il se sent dans le cul-de-sac antérieur.

La tumeur sentie par le palper descend sur la partie latérale droite de l'utérus dont on la distingue parfaitement par la différence de consistance.

Le cul-de-sac postérieur est difficile à atteindre par suite du rejet du col en arrière. A la limite postérieure de la tumeur molle, perçu par le toucher vaginal, on sent une sorte de cordon arrondi, dur. A gauche on ne peut sentir les annexes, mais on détermine de la douleur. Urines normales.

Opération (24 octobre 1891). — Laparotomie. On tombe sur une tumeur recouverte par le feuillet séreux du ligament large. Ponction qui donne près d'un litre de liquide clair. Section du ligament large. Couronne de pinces. Décortication du kyste qui est largement ouvert.

Résection de la plus grande partie de ce kyste et d'un segment de trompe bordant la partie antéro-supérieure. En dedans, pendant la décortication, on ouvre une deuxième loge kystique plus petite et en même temps une cavité allongée à parois extrêmement minces, transparentes, ressemblant à un lymphatique dilaté. Le kyste se prolongeant très bas vers le plancher pelvien, on ne poursuit pas la décortication jusqu'au bout et on laisse en place le fond du kyste qu'on fixe à la paroi.

Sutures à trois étages. Drainage, pansement.

Suites opératoires : Écoulement séro-purulent jusqu'au 3 décembre. La malade sort avec un petit trajet fistuleux.

Examen histologique (KEIM). — Coupe mince, assez difficile à analyser. Les diverses couches sont unies. Pas de faisceaux élastiques ni de cellules embryonnaires. En dedans, revêtement épithélial cylindrique aplati.

En dehors, pas de limite nette. Les faisceaux du stroma conjonctif semblent se prolonger probablement vers le tissu sous-péritonéal.

Obs. XVIII (due à l'obligeance de mon collègue SAUVÉ).

Kyste hyalin de la base du ligament large.

Histoire clinique. — N. M..., 47 ans, bien réglée, deux grossesses normales. Depuis deux ans augmentation de volume du ventre, surtout du côté droit, qui s'accroît davantage depuis huit mois ; en même temps elle souffre. Mais, ainsi qu'elle le fait remarquer, c'est à droite qu'elle a une grosseur, et c'est à gauche qu'elle souffre. Elle a eu quelques rares pertes rouges et dans l'intervalle des pertes blanches. Les règles surtout sont augmentées en durée et en abondance.

La santé générale s'est peu altérée ; seulement la malade est constipée, surtout quand elle reste quelques jours au lit. Elle souffre au niveau de l'hypogastre gauche, au niveau des lombes et les irradiations douloureuses descendent le long de la face interne de la cuisse gauche.

Malgré cela l'appétit est bon, et cette femme présente un embonpoint remarquable.

Examen. — Au palper abdominal on sent :

1^o Du côté droit, une tumeur dure, très mobile, mate à la percussion, arrondie, non douloureuse à la palpation, et éveillant nettement l'idée d'un fibrome pédiculé remontant jusqu'à une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

2^o Du côté gauche, une tumeur beaucoup plus molle, fluctuante, dont la matité à la percussion permet de préciser les limites, elle est également arrondie, mais immobile et remonte seulement à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Par l'examen vagino-abdominal, on ne peut sentir le fond de l'utérus ni sa continuité avec la tumeur droite. Le cul-de-sac gauche est rempli par une masse molle dont la fluctuation se renvoie à la tumeur hypogastrique gauche, et qui dévie le col et le corps utérin à droite.

Diagnostic posé. — Fibrome pédiculé à droite, kyste de l'ovaire à gauche.

Opération (17 juillet 1907) par mon collègue SAUVÉ que j'assiste. Laparotomie. Ablation facile au tire-bouchon d'un gros fibrome pédiculé pesant 800 grammes et situé à droite de l'utérus. On constate alors dans le ligament large gauche un kyste, indépendant de l'utérus et à la surface duquel flottent les annexes intactes.

Ce kyste est enclavé dans le petit bassin, et pour l'enlever il faut inciser le ligament large et cliver la tumeur. Celle-ci tient encore au fond du petit bassin. L'hystérectomie est alors pratiquée par le procédé *Kelly-Segond*, et le ventre refermé. Drainage. Suites opératoires normales.

Examen de la pièce. — L'utérus présente quelques noyaux fibreux à la coupe. Les annexes sont absolument normales.

Le kyste, du volume du poing, est uniloculaire, à parois peu épaisses, présentant quelques traces d'adhérences aux feuillets du ligament large. La surface intérieure est lisse, régulière. Le contenu est citrin.

Examen histologique. — La paroi du kyste est formée de tissu conjonctif disposé en lamelles ondulées, présentant à la périphérie la coupe de quelques vaisseaux et de quelques rares fibres musculai-

res. La lumière interne est tapissée d'un épithélium régulier cylindro-cubique, disposé sur une seule couche ; cellules à gros noyaux bien visibles.

Pas de cils vibratiles.

Obs. XIX (inédite, due à l'obligeance de M. le Prof. HARTMANN).

Kyste hyalin du ligament large.

Histoire clinique. — L. W..., 30 ans. Mère opérée d'un kyste de l'ovaire. Réglée à 11 ans. Règles régulières et douloureuses. A 17 ans troubles urinaires (œdème des membres inférieurs et du ventre. Dépôt blanchâtre dans les urines). A 20 ans, commence à présenter quelques troubles gastriques. Depuis six mois, règles irrégulières, douloureuses, avançant et durant plus longtemps. Gros caillots, pas de pertes blanches ; persistance de douleurs abdominales ; troubles digestifs et urinaires. Elle entre à l'hôpital.

Examen (27 septembre 1902). — Voussure médiane sous-ombilicale, col à orifice petit dirigé en bas et à gauche, utérus refoulé en arrière à droite ; fond perçu au-dessus du pli inguinal droit. A gauche, en arrière et à droite du col, séparée de lui par un sillon, on sent une tumeur de forme généralement arrondie, résistante, un peu dépressible, qui se continue avec une masse accessible au palper abdominal, arrondie, dépressible, rénitente, occupant la fosse iliaque et remontant vers l'ombilic. Appareil urinaire : mictions fréquentes, et quelquefois douloureuses. Assise, la malade urine toutes les dix minutes ; couchée, toutes les heures. Mictions nocturnes deux ou trois fois.

Appareil digestif : anorexie, bouffées de chaleur, pas de vomissements, constipation opiniâtre.

Troubles nerveux ; céphalée ; cauchemars.

Opération (30 octobre). — Utérus un peu tordu sur son axe.

Tumeur formée par les annexes droites portées en arrière et à gauche ; le tout adhérent partout. Libération aux ciseaux et aux doigts. Ablation. Réunion avec drain. Suites normales pendant

quelques jours puis selles abondantes ; diarrhée, élévation thermique, mauvais facies, langue sèche et rôtie, mort le 11 octobre.

Examen de la pièce. — Kyste encerclé par la trompe qui paraît se continuer avec sa cavité. Ce ne sont en réalité que quelques franges étalées, à peine visibles. La trompe est perméable et l'ovaire indépendant.

Le kyste, uniloculaire, à parois lisses, blanc-grisâtre, contenait un litre et demi de liquide transparent, très fluide.

Examen histologique. — Paroi fibro-conjonctive avec fibres musculaires lisses coupées transversalement et formant une bande longitudinale à la périphérie de la coupe. Plus en dehors, coupe de nombreux vaisseaux. Dans son ensemble, la paroi est épaisse et à travées ondulées. Epithélium cubique bas avec quelques dépressions, disposé sur une seule couche, gros noyaux, pas d'épithélium cilié.

Obs. XX (inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur HARTMANN).

Kyste de la base du ligament large.

Histoire clinique. — X..., 28 ans, réglée à 16 ans, immédiatement bien, mariée à 20 ans ; jamais de grossesse. Presque aussitôt après le mariage a commencé à souffrir du côté droit. A 21 ans, opérée par le docteur Reynier d'un kyste ; continue à souffrir après l'opération, au point d'être obligée de s'aliter par périodes. Vers l'âge de 26 ans, présente plusieurs poussées de pelvi-péritonite.

Examen. — Au palper on trouve une tumeur arrondie, fluctuante, qui émerge du bassin, est sensible à la pression et se retrouve au toucher vaginal en avant et à droite du col.

Opération (30 avril 1907). — Laparotomie. Le ventre ouvert, on constate après libération et ligature de l'épiploon adhérent, qu'il émerge du pelvis une poche kystique allant de l'utérus à la paroi latérale de l'excavation, recouverte par une trompe épaissie et allongée, et par le péritoine. Ponction de cette poche et évacuation de 450 centimètres cubes de liquide citrin. Ablation des annexes gauches enflammées, ablation subtotal de l'utérus. Marsupialisation et

drainage de la poche intra-ligamentaire qui descend jusqu'au contact du vagin. Suites opératoires : le drain est raccourci le 4, supprimé le 5 mai. Guérison entravée par un petit abcès de la paroi.

Examen histologique. — Kyste à liquide distendant fortement la poche. Paroi conjonctive très épaissie avec quelques rares fibres musculaires. Epithélium cubique bas.

Obs. XXI (inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur HARTMANN).

Kyste multiloculaire du ligament large.

Histoire clinique — X., réglée à 14 ans et demi, tous les 25 jours. Règles abondantes et douloureuses. Pas de grossesse. A 22 ans, retard des règles avec coliques, puis pertes sanguines prolongées après expulsion d'un caillot. Traitée depuis pour métrite. Poussée inflammatoire en 1889 (diagnostic : double pyosalpinx). Colpotomie en 1890 (évacuation d'une grande quantité de pus). Cure de bains salés. Plus tard, ouverture spontanée dans le rectum et amélioration.

Depuis 5 ou 6 ans, règles abondantes, la malade traîne, s'alite souvent ; troubles hépatiques (douleur, subictère).

1^{er} examen (mars 1905). On croit à un fibrome utérin avec pelvi-péritonite à répétition. La malade souffre de plus en plus et constate en outre une augmentation rapide du volume du ventre. Elle revient consulter.

Examen (février 1907). — Utérus fibromateux et grosse tumeur développée sur sa partie latérale droite.

Opération (6 février 1907). — Laparotomie. A l'ouverture du ventre on voit une masse arrondie, multilobée, brune, recouverte d'un feuillet séreux, fluctuante. Une ponction faite avec le gros trocart de l'appareil Potain évacue 300 centimètres cubes de liquide citrin ; en enfonçant le trocart plus loin, on évacue un liquide cristal de roche, puis d'une troisième poche, un liquide sanguinolent. En tout, le liquide retiré des trois poches mesure 950 centimètres cubes. Après cette évacuation de liquide, il est facile de constater que l'utérus fibromateux était refoulé à gauche par la tumeur polykystique incluse dans le ligament large. A la partie supérieure de la

tumeur on voit la trompe fermée à son extrémité et remplie d'un liquide séro-sanguinolent, au-dessous de la trompe se trouve l'ovaire kystique. Mêmes lésions des annexes du côté gauche.

Libération des annexes gauches, ligature des utéro-ovariennes du ligament rond, puis de l'utérine de ce côté. A droite il n'y a pas de pédicule vasculaire, les vaisseaux sont dissociés ; après incision du péritoine en collerette de l'utérus à la paroi pelvienne, on énuclée du ligament large les poches vidées et quelques-unes intactes. Ligature de l'utérus, section au-dessus du col qu'on évide. Péritonisation du pelvis. Drain, Réunion de la paroi en trois étages. Suites opératoires : le drain est raccourci le 8, supprimé le 10, et la malade guérit sans incident autre que quelques douleurs dans la région hépatique.

Examen de la pièce. — Les diverses poches kystiques ont des parois lisses d'un blanc grisâtre, quelques-unes présentent par places de petites végétations en amas, comme des grains de millet ou de chènevis, rougeâtres et agglomérés.

Examen histologique. — Paroi conjonctive dépourvue presque partout d'épithélium, sauf en quelques points où apparaissent des cellules cylindro-cubiques, basses, non ciliées, disposées sur un seul rang.

Dans l'épaisseur de la paroi, quelques petits kystes secondaires présentant un épithélium bien conservé, cylindrique et cilié en quelques points.

Obs. XXII. — CHEVRIER, *Bull. Soc. anat.*

Paris, 1902, n° 22, p. 218.

Kystes multiples du ligament large.

Histoire clinique. — X... , 20 ans, vierge. Depuis un an, sans douleur, sans trouble de la menstruation, le ventre augmente de volume. C'est la nécessité de modifier ses vêtements qui l'a fait s'en apercevoir.

Examen. — Ventre augmenté de volume, proéminent en avant, non étalé. Sa forme n'est pas tout à fait régulière. Il existe une sorte

de petit méplat sous-ombilical, et la moitié gauche semble, à jour frisant, un peu plus saillante que la moitié droite. A la palpation, la tumeur abdominale que l'on délimite mal présente une fluctuation molle, sans tension. A la percussion, matité uniforme à convexité supérieure dans toute la région sous-ombilicale. Sonorité dans le flanc gauche. Les résultats de la percussion ne varient pas avec la position de la malade. Toucher rectal : tumeur molle remplissant le petit bassin, très nettement fluctuante. L'examen de tous les autres appareils est négatif.

Diagnostic posé. — Kyste de l'ovaire ; mais M. Schwartz à cause de l'âge de la malade et surtout de l'absence de tension de la poche pense à un kyste parovarien. Le kyste, à cause de la sonorité du flanc gauche et malgré le bombement plus accentué de ce côté, est localisé à droite.

Opération (15 février). — Laparotomie. On trouve une tumeur liquide donnant à la ponction un liquide transparent comme de l'eau de roche, écoulement qui s'arrête bientôt, et cependant le ventre ne s'affaisse pas.

Tirant sur le premier kyste dont on a fermé l'orifice avec une pince, on en amène un deuxième que l'on ponctionne. Ces deux poches donnent environ 7 litres d'un même liquide transparent. Le ventre s'affaisse alors et on peut pratiquer l'extirpation des deux parois kystiques qui ont dédoublé le ligament large droit. Suture des deux feuilletts du ligament large dédoublé.

L'exploration du côté gauche permet de trouver, hors du petit bassin au dessus de la fosse iliaque, un kyste très mobile, soulevant le bord supérieur du ligament large. La très facile pédiculisation de ce kyste permet de laisser à la malade son ovaire gauche. La trompe étalée sur le kyste est enlevée avec lui.

Examen des pièces. — Les deux kystes droits inclus dans le ligament large, présentent une paroi assez épaisse. Leur face interne est sillonnée de plis irréguliers qui sont dus à l'absence de distension : il suffit d'une traction modérée sur la paroi pour les faire disparaître. La trompe est étalée sur le kyste postérieur, dont la paroi est la plus épaisse. Elle est entièrement perméable au stylet. Ovaire un peu

augmenté de volume, étiré dans le sens de son grand axe. Le kyste gauche, conservé dans son intégrité, est translucide, sa paroi doit être moins épaisse ; il présente le volume de deux poings d'adulte. A sa surface, la trompe est étirée : son pavillon est étalé et ouvert. Elle est perméable. On la voit abordée par de petits vaisseaux, mais nulle part au-dessous d'elle on ne voit de vaisseau important. Ce fait permet de supposer que la conservation de la trompe, pour donner à la malade la possibilité de la maternité, aurait été difficile, et peut-être même inutile.

Examen histologique. — Paroi du kyste le plus épais (M. CORNIL). Paroi plissée, mais ce sont nettement les plis de vacuité, et non pas des bourgeons proliférants. Elle comprend :

1° Un épithélium cylindrique assez bas, sans cils vibratiles. Par places, il existe deux couches de cellules épithéliales, les superficielles ayant le caractère des autres cellules de revêtement ; les profondes, aplaties, semblent être des cellules de remplacement.

2° Une couche de tissu conjonctif à trame assez serrée, formée d'un feutrage de faisceaux assez gros.

3° Plus en dehors, le tissu conjonctif lâche des ligaments larges.

L'examen de plusieurs fragments de la paroi donne des résultats semblables. On ne trouve nulle part de dégénérescence de cellules épithéliales comme dans les kystes de l'ovaire.

3° GROUPE. — Complications.

Obs. XXIII. — PICHEVIN, in thèse LAROCHE, 1896.

Fausse inclusion (premier type).

Histoire clinique. — M..., 25 ans, réglée à 15 ans, une grossesse normale. Règles un peu irrégulières depuis cinq ans, et depuis un an, hémorragies assez fortes.

Examen. — Ventre douloureux. Utérus repoussé à gauche par une masse saillante dans le Douglas, et paraissant située en arrière de lui, sans en dépendre. Les mouvements se communiquent mal de l'une à l'autre masse.

Diagnostic posé. — Salpingite kystique à parois épaissies.

Opération (22 avril 1896). — Laparotomie. Tumeur arrondie,

lisse, du volume du poing, et qui semblait s'être développée dans le ligament large, du côté droit. Au-devant de cette tumeur passait un cordon qui n'était autre que le ligament rond. La trompe et l'ovaire du côté droit restèrent tout d'abord introuvables. Une ponction retira une certaine quantité d'un liquide hématurulent. Décortication pénible de la tumeur qui était très adhérente et formée par la trompe dilatée augmentée de volume et tordue. L'insertion utérine était reportée en arrière et en bas, et on ne voyait pas la trompe cachée par le feuillet antérieur du ligament large, lui-même légèrement tordu et un peu renversé en arrière. Grâce à ce mouvement de torsion, la trompe était invisible, et ce qui se présentait à la vue, c'était le feuillet antérieur du ligament large, bombant un peu en avant et ayant conservé sa surface dure et polie.

De plus le pavillon était reporté en arrière et adhérait à la surface postérieure du ligament large et à celle de l'utérus au niveau du col. Des adhérences réunissaient la trompe aux parties périphériques, et il fallait descendre très bas pour atteindre ces adhérences et les rompre, d'abord en arrière, puis en bas du cul-de-sac de Douglas, et, en avant, sur la portion de la tumeur en rapport avec la face postérieure du ligament large. Cette libération de la tumeur fut pénible, longue ; on arriva cependant à libérer cette masse qui fut déroulée, et, au moment où on l'entraînait hors du ventre, une poche purulente s'ouvrit. Les soins antiseptiques furent immédiatement donnés et la malade guérit de son opération.

Examen de la pièce. — Il s'agissait d'une salpingite suppurée avec parois considérablement épaissies. La muqueuse tubaire était rouge, très vascularisée ; l'ovaire était confondu avec la trompe. Il fut donc enlevé avec la tumeur. De l'autre côté on laissa les annexes.

Obs. XXIV (personnelle,

Fausse inclusion (Deuxième type).

Histoire clinique. — M. B..., 43 ans, bien réglée jusqu'en 1905. Depuis deux ans règles très abondantes, douloureuses, amenant rapidement un degré d'anémie intense. Quelques crises de constipation

Sensation constante de plénitude pelvienne. Le ventre a grossi légèrement depuis un an.

Examen. — Tumeur-ombilicale du volume d'une tête d'adulte, mate à la percussion, très dure, bosselée, paraissant faire corps avec l'utérus. Au toucher, col élevé, un peu hypertrophié et induré, mais mobile. On sent une masse dure occupant le cul-de-sac latéral droit et le Douglas.

Diagnostic posé. — Fibrome utérin à prolongement ligamentaire.

Opération (9 octobre 1907), avec l'aide de mon collègue SAUVÉ. — Laparotomie. Gros utérus fibromateux qui ne se laisse pas énucléer et dont on sent le lobe latéro-postérieur enchâssé dans le Douglas et paraissant très adhérent. Le péritoine semble passer dessus, mais il est impossible de créer un plan de clivage. Pédiculisation des annexes gauches qui sont saines, puis du ligament rond et dégagement de la masse de bas en haut. Le lobe postérieur libéré de ses adhérences se laisse alors énucléer, et l'on reconnaît que c'est une grosse tumeur ovarienne, faussement incluse, et entourée d'une trompe dilatée par un liquide séreux.

On termine par l'hystérectomie subtotale. Péritonisation très difficile du côté droit, où je laisse un petit drain pendant 24 heures. Suites normales.

Examen de la pièce. — Il s'agissait d'un gros fibrome multilobé et d'une tumeur solide de l'ovaire, qui enveloppée de la trompe et adhérente de tous côtés avait donné lieu à la variété de fausse inclusion décrite par Pawlick.

Examen histologique. — La tumeur ovarienne était un tératosarcome ovarien très complexe, dont M. Cornil voulut bien faire l'étude ; comme elle n'a aucun intérêt pour la question qui nous occupe, nous ne faisons que la signaler ici, car sa description nous entraînerait trop loin.

Obs. XXV. — HARTMANN, *Ann. gyn. et obst.*, février 1905.

Kyste à pédicule tordu à liquide clair.

Histoire clinique. — Mme X..., 32 ans, réglée à 13 ans. Règles

d'abord un peu irrégulières, puis régulières, mais douloureuses ; en 1899, un accouchement normal. Depuis cette époque, règles régulières, bonne santé. Pas de maladies graves, à part une ostéomyélite aiguë du fémur à l'âge de 11 ans. Depuis le mois d'août 1902, elle a souvent, dans les urines, de grandes quantités de sable rouge et se plaint de maux de reins.

En mai et en juin 1904, les règles redeviennent très abondantes tout en restant indolentes. Elles viennent le 4 août comme à l'ordinaire. Le 20, la malade est réveillée au milieu de la nuit par des douleurs vésicales très violentes, qui se calment au bout de deux heures, puis sont suivies de vives douleurs lombaires bilatérales. Celles-ci se calment à leur tour à droite, pour persister pendant trois heures à gauche. Tout cesse alors complètement. Huit jours après, évacuation abondante de sable urinaire.

Le 16 septembre, nouvelle crise à 6 heures du matin ; douleur abdominale violente irradiant dans la région rénale droite ; injection de morphine. Au début de la crise, émission d'une urine absolument trouble, puis aucune miction pendant les dix-sept heures que durent les douleurs.

Depuis cette dernière crise il persiste des sensations douloureuses dans le côté droit du ventre et dans la région rénale correspondante.

Le 16 octobre, troisième crise douloureuse ; difficulté pour uriner et sensation de corps étranger dans le rectum.

Examen (20 octobre 1904). — Voussure hypogastrique un peu plus marquée du côté gauche que du côté droit. Ventre sonore à la percussion. Au palper : tumeur arrondie, régulière, tendue, un peu rénitente, semblant même fluctuante ; cette tumeur est mobile et indolente, sauf au niveau de sa partie latérale droite où la pression détermine un peu de douleur.

Au toucher : tumeur en avant de l'utérus, avec la même consistance, tendue, un peu dépressible, sauf au niveau de la partie la plus rapprochée de l'utérus où l'on a la sensation d'un cordon transversal. Corps utérin en rétroflexion, mobile, sans que les mouvements se transmettent à la tumeur. Au contraire, les mouvements imprimés à celle-ci se transmettent à l'utérus.

Diagnostic posé. — L'idée de coliques néphrétiques, qui était d'abord venue, en raison des symptômes vésicaux, du sable urinaire et des douleurs, est écartée en faveur du diagnostic : kyste à pédicule tordu.

Opération (23 octobre 1904). — Anesthésie chloroformique. Laparotomie sous-ombilicale. Tumeur kystique arrondie, sans adhérences, revêtue d'un feuillet séreux, tumeur lisse, régulière, grisâtre ; ponction qui donne issue à 900 centimètres cubes de liquide clair comme de l'eau de roche. La tumeur extériorisée est constituée par les annexes droites et son pédicule est le siège d'une torsion peu serrée, d'un tour complet dans le sens des aiguilles d'une montre ; nous détordons ce pédicule, plaçons une ligature sur les vaisseaux utéro-ovariens, une deuxième sur la terminaison de l'utérine, excisons le kyste avec la trompe et l'ovaire, puis suturons la brèche du ligament large en y appliquant un surjet au catgut qui enfouit les deux petites ligatures. La rétroflexion utérine se trouve redressée à la fin de l'opération. Annexes gauches saines. Réunion sans drainage. Suites opératoires normales.

Examen de la pièce. — Le kyste est développé dans l'épaisseur du mésosalpinx ; la trompe est étalée à la surface du kyste, son pavillon est libre et perméable. L'ovaire avec son aileron participe à la torsion. La face interne du kyste est lisse, régulière, grisâtre.

Examen histologique (LECÈNE). — 1° L'ovaire présente des lésions d'œdème et d'infiltration interstitielle embryonnaire, qui ont causé l'augmentation de volume notable de cet organe ; les vaisseaux sanguins sont dilatés, mais partout leur paroi propre est bien formée, et l'impression de sarcome que l'on pourrait avoir à un premier examen des préparations est évidemment inexacte. Nulle part les cellules du tissu conjonctif ne présentent de divisions indirectes ni de noyaux bourgeonnants, et l'on reconnaît à la périphérie de l'organe plusieurs follicules de de Graaf absolument typiques.

2° La paroi du kyste est formée de tissu conjonctif pur, avec de nombreux vaisseaux dilatés mais non thrombosés ; pas d'apoplexies interstitielles, simplement un certain degré de congestion. A la face interne, épithélium cylindrique non cilié à une seule couche.

Examen du liquide. — Limpide, transparent, neutre au tournesol, de densité 1.006, ne contenant ni globuline, ni mucine, ni caséine, mais seulement 0 gr. 70 pour 1000 de sérine, et 7 gr. 40 pour 1000 de chlorure de sodium.

Obs. XXVI. — LAWSON-TAIT, *Lancet*, 1879, t. I, p. 915.

Kyste tordu avec modification des parois et du liquide.

Histoire clinique. — Mme E..., âgée de 43 ans, me fut adressée en mars 1879, par M. le docteur Tanworth. Elle était accouchée pour la dernière fois quatre ans auparavant, et elle était bien réglée. Je reconnus l'existence d'une petite tumeur qui, d'après mon diagnostic, devait être monokystique et probablement parovarienne. Je conseillai à la malade de ne se soumettre à aucune opération jusqu'à ce que la tumeur fût plus considérable.

Elle revint le 9 juin. La tumeur avait considérablement augmenté et elle souffrait de douleurs abdominales intenses. Sa figure avait une expression anxieuse toute particulière, et sa température montait à 39° le soir. Je lui recommandai en conséquence l'enlèvement de la tumeur.

Opération. — A l'ouverture du ventre je trouvai un kyste de couleur noir de perle, adhérent de toutes parts par une lymphé récente. Son contenu était absolument noir et les parois étaient noires, gangréneuses et par places absolument putrides. Le pédicule était tordu trois ou quatre fois ; au niveau du point où l'étranglement était à son maximum, il n'avait que l'épaisseur d'un crayon d'artiste. Je le liai immédiatement au-dessous de ce point.

Après l'opération, la malade ne ressentit aucune douleur. Jamais la température ne monta au-dessus de 37°. Guérison parfaite.

Examen de la pièce. — L'ovaire droit était compris dans la gangrène ; mais il ne faisait pas corps avec la tumeur. La rotation s'était faite de dedans en dehors, vers la droite.

Obs. XXVII. — POLLOSSON, in thèse FINAZ, Lyon, 1898, p. 27.

Hémorragie intra-kystique.

Histoire clinique. — B. J..., 23 ans, célibataire. Pas d'accouchement ni de fausse couche. Pertes blanches depuis un an. La malade est traitée depuis un mois pour une périmétrite.

Réglée depuis l'âge de 11 ans, régulièrement. Le mois dernier, les règles furent plus douloureuses que les précédentes, et la malade remarqua que l'écoulement avait lieu par gros caillots. Le 13 janvier 1898, c'est-à-dire quinze jours après les dernières règles, nouvel écoulement qui dure quatre jours, ne provoquant pas de douleur. Dans la nuit du 22 au 23 janvier, la malade s'étant couchée sans éprouver le moindre malaise, est réveillée brusquement par de vives douleurs dans l'hypochondre gauche et ne tarde pas à s'apercevoir que son ventre présente une tuméfaction anormale du côté gauche et douloureuse à la pression. Le lendemain, fièvre légère, inappétence. Depuis, pesanteur dans le petit bassin ; la malade urine plus souvent qu'à l'ordinaire ; pas de fièvre.

Examen. — On sent par le toucher et le palper sur le côté gauche de l'utérus une tumeur kystique, bien enkystée, qui paraît de la grosseur d'une tête de fœtus et remonte un peu au-dessus de l'ombilic. La tumeur est lisse sur toute son étendue, régulière, indolente.

A cause du rapide développement de la tumeur, on ne peut penser qu'à une collection en partie sanguine.

Est-ce une grossesse tubaire avec hémorragie intra-tubaire, non rompue ? Est-ce un kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule et hémorragie intra-kystique ? M. Pollosson fait le diagnostic de kyste de l'ovaire avec hémorragie, à cause du volume de la tumeur trop grosse pour être une trompe, à cause aussi de l'aspect lisse et régulier. Quant au prolongement dans le bassin, il l'explique par la torsion et la fixation qui est un symptôme habituel des kystes à pédicule tordu.

Opération (9 février). — Laparotomie. On trouve une tumeur d'aspect rougeâtre et comme musculaire. C'est le ligament large qui

est ainsi distendu. On l'incise et on arrive à un gros kyste, qu'on décolle facilement et qu'on extrait après ponction (liquide hématique noirâtre, ressemblant à du café et se coagulant après la sortie). On introduit dans la poche une mèche de gaze iodoformée, qu'on fait ressortir par le cul-de-sac postérieur du vagin, et au-dessus de ce drainage on referme la poche par un surjet à la soie. Avant de refermer, on examine les annexes droites. La trompe droite contient du liquide ; elle est de la grosseur du petit doigt, flexueuse ; on la laisse en place.

Suites normales. La malade, revue le 28 février, est complètement guérie, plus de douleurs, plus de fièvre, réunion *per primam*.

Obs. XXVIII. — NÉLATON, in thèse COCQUELET, Paris, 1897.

Hémorragies d'une paroi kystique.

Histoire clinique. — I. C..., vierge, 25 ans, régulièrement réglée depuis l'âge de 14 ans ; pas d'antécédents morbides.

En octobre 1894, crise douloureuse dans la région iliaque droite, avec vomissements et céphalalgie ; durée trois heures. Plusieurs crises semblables jusqu'au 20 mars 1896 (diagnostic posé : coliques hépatiques). A cette date, nouvelle crise très violente surprenant la malade en plein repos. Injection de morphine par M. Farabeuf (d'Etampes), qui le premier constate une tumeur dans la région pelvienne ; peu de temps après la malade entre à Saint-Louis.

Examen (13 avril 1896). — Bon état général, l'abdomen n'est ni ballonné, ni tendu, ni douloureux. Profondément, dans la fosse iliaque droite, on sent une tumeur de volume moyen, s'enfonçant dans le pelvis, indolore à la pression, peu mobile, soulevant légèrement la paroi abdominale lorsqu'on regarde à jour frisant. La consistance ferme des parois du ventre empêche de délimiter plus nettement la tumeur. Au toucher rectal, elle se montre légèrement mobile.

Diagnostic posé. — Kyste uniloculaire de l'ovaire, à pédicule tordu.

Opération (15 avril 1896, M. NÉLATON). — Laparotomie. Péritoine

lisse sans aucune trace d'inflammation récente ou ancienne ; à droite, on trouve un kyste dont s'écoule par ponction un liquide clair et transparent. La trompe est étalée à la surface du kyste qui est inclus dans le ligament large. L'ovaire, libre en arrière, est parsemé de taches hémorragiques. Pédiculisation et ablation en bloc avec les annexes. Réunion sans drainage. Suites opératoires normales.

Examen de la pièce. — 1° Le kyste, du volume d'une tête de fœtus, ayant dédoublé la totalité du ligament large. Paroi interne : légèrement tomenteuse, aucune trace d'hémorragie intra-kystique, pas de caillots. Paroi externe : vers le centre de la face antérieure existe un groupe de taches d'aspect ecchymotique, au nombre de quatre, plus ou moins confluentes, de coloration violacée, entourées d'une zone rouge vif qui va en se dégradant vers la périphérie. Groupement analogue près de l'extrémité utérine de la trompe. D'autres petites taches rouges de place en place ; un peu partout fines arborisations vasculaires.

2° La trompe forme un ruban épais aplati qui entoure les trois quarts de la circonférence du kyste. Pavillon allongé et distendu.

3° L'ovaire, de volume normal ; il est pour ainsi dire truffé de points grenat, correspondant sur une coupe à de petites hémorragies de la zone corticale, venant affleurer la superficie. Autour de ces taches une zone de coloration rouge vif. Dans la région centrale, quelques vaisseaux dilatés, mais pas de taches hémorragiques. Vers l'extrémité externe de l'ovaire on voit un corps jaune récent.

Pas d'examen histologique.

Obs. XXIX. — MAUCLAIRE, *Ann. Gyn. et Obst.*, novembre 1901.

Kyste suppuré.

Histoire clinique. — G. N..., 26 ans, deux grossesses normales. Il y a trois mois douleurs pelviennes surtout marquées à droite. Depuis deux mois, règles supprimées ; la malade se croit de nouveau enceinte. Il y a trois semaines, apparaissent des crises de douleurs pelviennes très vives, au point de supprimer le sommeil et accompagnées de diarrhée. Nouvelle crise il y a deux jours, accompagnée de fièvre, 39°8.

Examen. — Abdomen un peu distendu, sensible à la palpation surtout à droite. Au toucher vaginal l'utérus est repoussé un peu à gauche par une masse latéro-postérieure, douloureuse au toucher.

Diagnostic posé. — Hématocèle rétro-utérine probable.

Opération (15 juin 1901). — Laparotomie. On tombe sur une masse englobée dans le ligament large droit. Cette masse, du volume de deux poings d'adulte réunis, est un kyste intra-ligamentaire. L'énucléation est facile. Nous sommes étonnés, en faisant ouvrir la poche par un assistant, de trouver du pus verdâtre comme de la purée de pois. Par mesure de précaution, nous mettons un drainage à la *Mickulicz*. Il n'y avait aucune adhérence intestinale, appendiculaire ou autre. La trompe droite paraissait saine. Dès le lendemain la température tomba, et les suites de l'opération furent normales. Disons enfin que la malade était entrée tout d'abord dans un service de médecine avec le diagnostic d'appendicite.

Examen de la pièce. — Les parois de la poche sont régulières et peu épaisses : pas de trace de tissu ni de débris d'organes pouvant faire croire macroscopiquement à un kyste dermoïde. Le liquide n'était pas huileux et ne contenait pas de matière sébacée. Pas d'examen histologique.

Examen bactériologique. — Pas de microbes (streptocoques, staphylocoques, bacilles de Koch) après examen direct sur lamelle. Nombreux globules de pus. Deux cultures sur gélose et sur bouillon ont donné un résultat négatif. Malgré l'absence d'inoculation aux animaux, ces recherches nous font croire à l'asepsie du liquide contenu dans le kyste ou, tout au moins, à l'absence de microbes aérobies.

Obs. XXX. — CULLINGWORTH, *Trans. Obst. Soc.*

London, 1896, XXXVII.

Fibrome tordu.

Histoire clinique. — X..., 51 ans, n'est plus réglée depuis trois ans. Il y a eu augmentation de volume pendant huit ans, et depuis cinq ans, on a trouvé une tumeur latérale droite de la grosseur

d'une balle. Plusieurs crises douloureuses paroxystiques de plus en plus fréquentes. En avril 1895, crise subite et violente de douleurs abdominales, qui confine la malade au lit pendant quinze jours ; nouvelle crise deux semaines après ; à la suite elle entre à l'hôpital.

Examen. — Grosse tumeur, molle, non fluctuante, nettement circonscrite, allant du pubis au rebord costal. Utérus normal, mobile, indépendant, couché en arrière et au-dessous de la tumeur.

Diagnostic posé. — Tumeur ovarienne.

Opération. — Laparotomie. La tumeur tient à la face postérieure du ligament large droit par un court pédicule, tordu une fois et demie sur son axe et s'insérant à peu de distance du pôle interne de l'ovaire. Indépendance absolue par rapport à l'utérus, la trompe, le ligament rond, le ligament ovarien. La surface extérieure de la tumeur présente des adhérences fraîches avec l'épiploon et l'intestin. Ablation avec les annexes. Réunion. Suites normales.

Examen de la pièce. — Poids 3 kil. 300. Surface lisse et uniforme. En coupe, la tumeur paraît homogène et très œdématiée.

Examen histologique. — Fibromyome.

Obs. XXXI. — BARETTE, *Année méd. Caen*, mars 1904.

Fibrome tordu (avec hémorragies).

Histoire clinique. — L..., 56 ans, pas d'antécédents, sauf un prolapsus utérin depuis douze ans, occasionnant quelques douleurs sourdes. Bien réglée jusqu'à 49 ans (ménopause). Deux grossesses normales ; jamais de métrorragies ni de pertes. Depuis deux ou trois ans, elle remarque une augmentation du volume du ventre avec pesanteur douloureuse.

Le 6 novembre, violentes douleurs abdominales en pleine nuit. Ces phénomènes augmentent progressivement avec difficulté de plus en plus grande de la défécation, vomissements, etc., jusqu'au 25 novembre où B... voit la malade présentant le tableau complet de l'occlusion intestinale subaiguë (vomissements jaunâtres, selles rares, facies grippé). Cet état s'aggrave encore ; la constipation fait place à une diarrhée abondante toxique. Puis peu à peu, grâce à

un traitement médical bien fait, elle se remet suffisamment pour supporter une intervention.

Examen. — Praticué entre temps, l'examen avait permis de sentir une tumeur dure, lisse, régulière, peu mobile, occupant l'hypogastre, remontant jusqu'à l'ombilic, paraissant en continuation avec l'utérus. Le palper en était légèrement douloureux.

Opération (18 décembre 1904). — Laparotomie. Libération du péritoine et de quelques anses grêles présentant des adhérences molles et vasculaires. Enucléation pénible d'une grosse tumeur enclavée, supportée par un pédicule inséré près de la corne utérine, et formé par le ligament large deux fois tordu sur lui-même de gauche à droite, la trompe et le ligament utéro-ovarien. Ligature du pédicule, ablation de la tumeur, suites normales.

Examen de la pièce. — Poids 1 kil. 900, mesurant 18 centimètres sur 14. A la coupe, tumeur encapsulée ayant l'aspect finement aréolaire d'une pulpe splénique d'où s'écoule une grande quantité de sang noir. L'ovaire et la trompe normaux (?) ont été laissés. La tumeur semble donc bien née du ligament utéro-ovarien.

Examen histologique. — Fibromyome avec hémorragie interstielle consécutive à la torsion. Les fibres musculaires sont reconnaissables, mais contiennent beaucoup de globules graisseux indiquant une tumeur déjà ancienne et en voie de régression (ménopause).

Pathogénie probable. — La torsion a produit des phénomènes de péritonite plastique qui ont rapidement fixé l'intestin et déterminé des accidents de compression.

Obs. XXXII. — LE BEC, *Gazette des hôpitaux*, 1886, n° 76, p. 607.

Hémorragies intra-fibromateuses.

Histoire clinique. — A. C..., 28 ans, réglée à 14 ans, régulièrement, mais avec des douleurs assez intenses. Double hernie crurale à l'âge de 16 ans. En mai 1885, vives douleurs abdominales, principalement vers le milieu de l'arcade crurale droite, revenant à intervalles réguliers; pendant les dix ou douze jours qui suivent les règles, bouffées de

chaleur, sueurs, jamais de métrorragies. Longtemps traitée pour une périmérite, pour une ovarite ; sa tumeur fut méconnue.

Examen (27 novembre 1885). — On ne sent que vaguement une tumeur dans les parties profondes du bassin ; col petit, conique. Utérus petit et mobile, indolore. Dans le cul-de-sac latéral droit, petite tumeur dure, inégale, un peu mobile, allongée transversalement, indolore, séparée du corps de l'utérus par un sillon, et nettement située à la face postérieure du ligament large droit. Rien à gauche.

Opération (3 décembre 1885). — La tumeur est placée dans l'épaisseur du ligament large droit en avant et au-dessous de l'ovaire. Elle est séparée de l'utérus, qui est fort rejeté de côté, par une distance de plus de deux centimètres. En arrière et en haut est la trompe. Issue par ponction, d'un liquide couleur chocolat. Ce sang altéré fut recueilli sur des éponges et il n'en coula pas une goutte dans le péritoine. Pédiculisation en masse, sans énucléation. Suites normales.

Examen de la pièce. — Gros myome, contenant un kyste sanguin.

Obs. XXXIII. — MEREDITH, publ. par C. HUBERT-ROBERT,
Transact. of the obst. soc. London, 1899, p. 213.

Fibrome suppuré.

Histoire clinique. — S..., 50 ans, mariée. Nullipare. Soignée depuis treize ans pour une tumeur abdominale qui augmente depuis huit mois et s'accompagne d'amaigrissement et de cachexie rapide, avec arrêt des règles. Selles assez régulières ; urine normale ; œdème des deux jambes, surtout à gauche (phlébite antérieure). Température 38°, 38°5. Pouls 90 à 100. La tumeur a grossi à vue d'œil ; elle est molle. Il y a une histoire mal définie de péritonite superficielle.

Examen. — Grosse tumeur, irrégulière, remontant jusqu'à l'appendice xiphoïde, irrégulièrement lobée, paraissant mi-solide miliquide ; la partie inférieure de la masse très dure, s'enfonce dans le petit bassin surtout du côté gauche. Une masse arrondie au-devant

de toute la tumeur et au-dessus de la symphyse, paraît être le fond de l'utérus dont le col est inaccessible au toucher.

Opération (5 novembre 1899). — Laparotomie. Décollement de quelques adhérences. Libération et décollement de l'épiploon ; ouverture de la partie supérieure de la tumeur, qui laisse couler environ 6 litres d'un pus liquide grisâtre, inodore. Enucléation de la tumeur qui est revêtue du ligament large épaissi et très vasculaire. La base de la tumeur plonge profondément dans le petit bassin et vient s'accoler à l'utérus sans se fusionner avec lui. Hystérectomie supravaginale, sans ovariectomie. Réunion, suites normales.

Examen de la pièce. — Poids (y compris le pus évacué), environ 17 kil. et demi. La tumeur se compose de deux parties : une inférieure, solide, d'aspect fibromateux ; une postérieure, kystique, divisée en loges par de larges bandes fibreuses, présentant en certains points de la dégénérescence. Parois de la poche très amincies par places, et très altérées. Peu de dégénérescence dans la masse dure, sauf quelques points où les faisceaux fibreux sont dissociés par une substance molle et friable.

L'utérus, un peu augmenté de volume, paraît de consistance normale, et se laisse facilement séparer de la tumeur qui semble bien d'origine autochtone.

Obs. XXXIV. — ROUTIER, *Soc. chir. Paris*, 1905, p. 920.

Tumeur calcifiée.

Histoire clinique. — X..., 33 ans. Pas de grossesse. Bien réglée jusqu'à 20 ans, puis fièvre typhoïde et à la suite règles tous les quinze jours. Commence à souffrir seulement depuis quelques semaines.

Examen. — Tumeur dure, ronde, lisse, régulière, à gauche de l'utérus qui est repoussé à droite et mobile.

Opération. — Utérus et annexes normaux. Tumeur dure dans le ligament large, en arrière de la trompe et de l'ovaire. Enucléation facile, pas de ligatures. Réunion. Suites normales.

Examen de la pièce. — Sphère de 7 centimètres de diamètre, à

parois épaisses de 8 millimètres en moyenne et de consistance osseuse adhérent à un kyste sanguin du volume d'une noix.

Examen histologique (Cornil). — Il ne paraît pas s'agir de tumeur osseuse secondaire, kystique ou d'une forme dermoïde. Etant donné la situation et le contenu citrin, c'est probablement un kyste embryonnaire né de l'époophore ou du paroophore, avec transformation osseuse secondaire de la capsule.

Obs. XXIV. — *Revue*, 22, rue de la Harpe, 1903, p. 1020.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs du ligament large qui, au point de vue anatomique, ont de multiples origines possibles (utérus, annexes, ligaments, débris Wolffiens, etc.), sont singulièrement semblables entre elles, au point de vue clinique. Dans ce cas, leur nature histologique et leur pathogénie importent peu ; ce qui les caractérise avant tout, c'est leur situation dans le ligament large, et à ce point de vue il faut établir une différence entre les tumeurs du mésosalpinx relativement mobiles et d'extirpation facile, et les tumeurs du ligament large proprement dit. Ces dernières, soit par leur situation même, soit par suite des altérations concomitantes des annexes, créent souvent des difficultés opératoires considérables.

II. — Au point de vue de leur symptomatologie objective, on peut classer ces tumeurs en plusieurs groupes selon leurs rapports apparents avec l'utérus. Leurs caractères essentiels sont : la situation latérale, la mobilité très faible ou même nulle, le plus souvent indépendante de celle de l'utérus, la tendance à l'enclavement dans le petit bassin, la saillie plus ou moins prononcée dans le vagin, le déplacement du col de l'utérus du côté opposé à la tumeur ou du même côté.

Plus que toute autre tumeur pelvienne, elles s'accompagnent de phénomènes de compression souvent très marqués, principalement sur l'appareil urinaire.

Enfin les très grosses tumeurs entraînent souvent une altération notable de l'état général.

Quant au diagnostic de la nature même de la tumeur, il est le plus souvent difficile, et seuls, les kystes peu volumineux du mésosalpinx (kystes parovariens classiques) sont assez bien

caractérisés par une symptomatologie fonctionnelle le plus souvent négative.

III. — Au cours de leur évolution toujours lente, les tumeurs du ligament large, quelle qu'en soit la nature, peuvent présenter un certain nombre d'épisodes aigus, traduisant une complication quelconque : torsion, hémorragie, rupture, suppuration. Le pronostic en est d'ailleurs rarement assombri si l'on intervient précocement.

IV. — Le traitement est uniquement chirurgical. Il doit viser à être à la fois complet et économique. Aussi faut-il toujours tenter l'énucléation et s'en contenter si possible. Mais il est utile de pratiquer à la suite un examen complet des organes pelviens pour intervenir secondairement s'il y a lieu sur l'utérus ou les annexes qui sont souvent malades. C'est pourquoi la voie abdominale est *à priori* préférable à l'énucléation vaginale. Toutefois, cette dernière opération peut être utilement employée pour les tumeurs latérales solides bien limitées, peu volumineuses, et assez bas situées. Quant à l'hystérectomie abdominale, elle est indiquée dans les cas suivants :

1° Coexistence d'utérus fibromateux ;

2° Lésions bilatérales ;

3° Hémorragies rebelles ;

4° Tumeur unilatérale très adhérente. A l'heure actuelle, cette méthode paraît nettement supérieure à la marsupialisation lorsqu'il s'agit d'un kyste.

Vu :

Le Président de la thèse,

Vu :

P. SEGOND.

Le Doyen,

L. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,

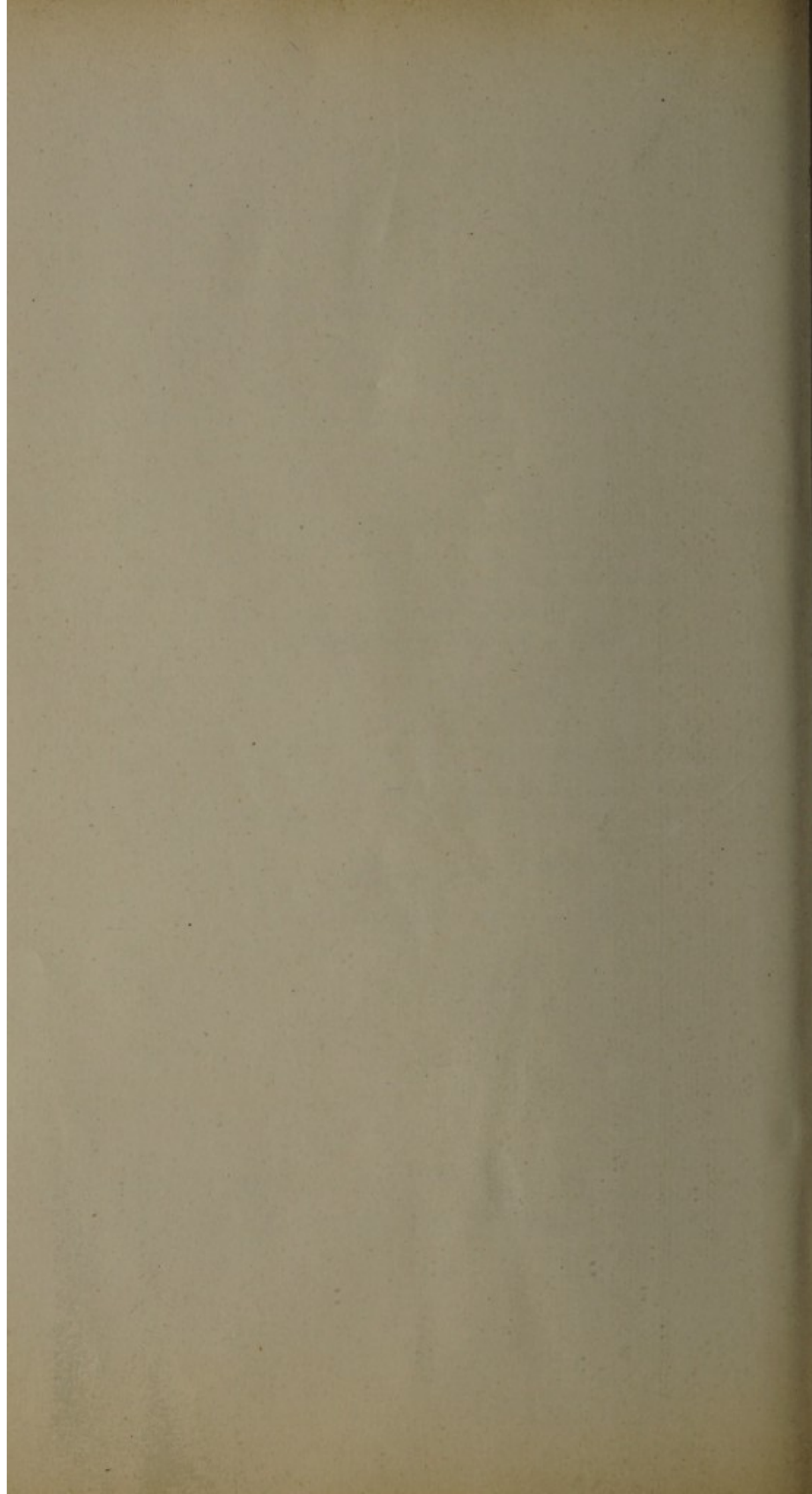
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Signes physiques.	9
§ 1. — Période de début	9
§ 2. — Période de tumeur pelvienne.	9
§ 3. — Période de tumeur abdominale	17
CHAPITRE II. — Signes fonctionnels et généraux.	24
§ 1. — Tumeur pelvienne	24
§ 2. — Tumeur abdominale.	32
CHAPITRE III. — Evolution et complications	35
CHAPITRE IV. — Traitement	45
§ 1. — Indications et méthodes générales	45
§ 2. — Des interventions qui conviennent à chaque variété de tumeurs	49
§ 3. — Des accidents qui ont pu se produire au cours de l'inter- vention.	58
§ 4. — Ce qu'il faut faire après l'ablation de la tumeur	61
RECUEIL DE FAITS	65
CONCLUSIONS	107







Imp. J. Favre et. Saint-Dizier (Haute-Marne)