

sphacélé (fig. 66). La muqueuse utérine est déchirée et la cavité ouverte. Avec une pince, j'y glisse un drain qui ressort par le vagin et vient aboutir dans la cavité provenant de l'énucléation du fibrome.

Celle-ci ne saigne pas, je la ferme par trois plans de catgut en capiton, au-dessus de l'extrémité du drain trans-utérin.

J'enlève en outre l'ovaire droit kystique, mais je laisse la trompe droite, la trompe et l'ovaire gauches.

Comme le fibrome paraît altéré et peut-être sphacélé, je crois plus prudent de drainer la cavité pelvienne par une mèche de gaze, qui ressort avec un drain par l'angle inférieur de la paroi abdominale. Suture de la plaie comme d'habitude.

Suites normales, la mèche abdominale est retirée le troisième jour, le drain extérieur est retiré le quatrième jour, les fils le douzième jour.

La malade sort guérie, le 26 septembre.

VI

TUMEUR VÉGÉTANTE DE L'OVAIRE

Séméiologie de l'ascite à répétition chez la femme : importance de l'examen de l'utérus et des annexes. Lésions tuberculeuses ou tumeurs végétantes.

I. Classification histogénique des évolutions morbides de la cellule ovarienne. Variétés histologiques des tumeurs végétantes.

II. Valeur pronostique différente : difficultés cliniques de son appréciation. Résultats parfois contradictoires des opérations. Utilité constante de l'intervention. Son bénéfice est proportionnel à sa précocité.

Observations à l'appui.
Opération et résultat.

MESSIEURS,

Lorsque chez une femme, vous verrez paraître insidieusement et se reproduire sans altérer notablement la santé, une ascite que n'explique aucune maladie du foie, songez à l'ovaire, examinez la cavité pelvienne et vous y trouverez presque toujours la cause cherchée, sous forme de tuberculose ou de néoplasme.

C'est ce principe qui m'a guidé devant une de nos malades, et c'est lui qui m'a conduit à formuler chez elle le diagnostic de tumeur végétante des ovaires.

Pourquoi tumeur ? et pourquoi végétante ? Que sont-elles ces tumeurs végétantes de l'ovaire ? Quelle est la mesure de notre action contre elles ? Quelle est l'efficacité de notre intervention ? Voilà autant de questions qu'il me paraît utile et intéressant de discuter et de résoudre ; elles serviront, si vous le voulez bien, de thème à notre entretien d'aujourd'hui.

I

Vous avez vu au numéro 10 de la salle Saint-Jean, cette femme de vingt-six ans, dont le ventre déformé et distendu contraste si étrangement avec le bon aspect général et l'habitus extérieur de cette malade.

Il y a cependant près de deux ans qu'elle est souffrante; car c'est en effet en juillet 1899 que la maladie actuelle paraît avoir débuté. Un soir, elle prit froid, elle eut un frisson; pendant quelques jours, elle eut de la fièvre, de l'anorexie, de la diarrhée, et en même temps, elle éprouva pour la première fois dans l'abdomen des douleurs assez vives, qu'elle n'avait encore jamais ressenties.

A partir de ce moment, son ventre augmenta peu à peu de volume, et au mois d'octobre, elle devait entrer à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Professeur Dieulafoy. Là, on reconnaissait une péritonite tuberculeuse à forme ascitique, et on pratiquait une ponction qui évacua 3 litres d'un liquide clair, citrin comme de l'urine.

Peu de temps après, le liquide s'était reproduit, et une nouvelle ponction devint bientôt nécessaire. Et, du mois de décembre 1899 au mois de mars 1901, 6 autres ponctions furent successivement pratiquées, qui retirèrent chacune 4, 18, 6, 14, 12 et 13 litres d'un liquide présentant toujours les mêmes caractères de limpidité.

En ces derniers temps, la malade revenait à nouveau à la Clinique médicale, pour se faire ponctionner. Mais après un nouvel examen, M. Dieulafoy mit en doute le diagnostic primitivement établi: il se demanda si la chirurgie ne pouvait pas faire plus pour cette malade, que les ponctions, même répétées, et dans cette espérance, il nous fit passer cette malade, le 2 mai, salle Saint-Jean, numéro 10.

Malgré sa longue histoire, malgré ses ponctions successives et les 70 litres de liquide qu'elle a perdus en deux ans, cette malade n'est point amaigrie. Elle n'a pas cet aspect affaibli, ce facies cachectique que donnerait une vieille tuberculose ou un cancer étendu.

La maladie paraît toute locale, car le ventre seul est altéré et déformé. Il est distendu par une abondante quantité d'ascite. Au lit, il s'étale hors les flancs, et prend la forme du ventre des batraciens; debout, il saille surtout dans la région hypogastrique. La fluctuation y est évidente, et le flot manifeste, la sonorité se déplace avec le liquide, et reste toujours aux parties supérieures. Il y a donc de l'ascite.

Mais d'où vient le liquide qui, depuis des années, se reproduit avec la même constance?

Ce n'est pas du foie: car le foie cirrhotique détermine des troubles de la circulation bien plus intenses que ceux que nous constatons ici; quand la veine porte est entravée, on voit courir sous la paroi abdominale, des veines dilatées qui témoignent de la gêne imposée à la circulation porte. Ici, rien de semblable, la paroi ne présente aucune dilatation veineuse. En outre, après deux ans de cirrhose, la

malade serait plus souffrante qu'elle ne l'est aujourd'hui: elle n'a actuellement aucun trouble digestif, son foie n'est ni gros ni atrophié; il n'est pas en cause.

Le cœur non plus, n'est pas responsable de cette ascite, car les affections du cœur qui sont assez graves pour faire de l'ascite, se manifestent en outre par une série de troubles, tels que les palpitations, l'œdème des jambes, qui traduisent l'asystolie. Ici, il n'y a rien de semblable.

Et c'est dans la séreuse elle-même que nous devons chercher la raison de cette ascite.

Je pratiquai le toucher: dans les culs-de-sac vaginaux, je trouvai un empatement manifeste, une tuméfaction vague encastrant l'utérus de chaque côté. Mais mes impressions n'étaient pas très précises, et cela pour deux raisons: le palper bimanuel n'était pas possible, le ventre étant très distendu par l'ascite; je ne pouvais assez déprimer la paroi abdominale, pour explorer par en haut la cavité pelvienne. Par ailleurs, l'ascite assez tendue, pouvait bien à elle seule, expliquer, dans une certaine mesure, la tuméfaction constatée autour de l'utérus, et avant de conclure, je résolus d'évacuer d'abord le liquide.

Donc, le 2 mai, je pratiquai sur la ligne ilio-ombilicale une ponction par laquelle je retirai 3 litres et demi d'un liquide citrin, non sanguinolent. Je me gardai bien d'évacuer la totalité de l'épanchement, ma ponction n'était qu'un intermédiaire, et il ne fallait pas créer un trop grand vide; je laissai donc une certaine quantité de liquide, mais je pouvais alors examiner à loisir la cavité pelvienne, et d'autant plus aisément que la paroi abdominale flasque se laissait plus facilement déprimer.

De chaque côté de l'utérus, à droite et à gauche, la cavité pelvienne est occupée par des masses développées aux dépens des annexes. Le fond de l'utérus se reconnaît difficilement, mais nettement, au-dessus de la symphyse; je le reconnais à sa régularité, à sa continuité avec le col; ce point de repère est très précis.

Or, à droite et à gauche, et aussi en arrière de l'utérus, je perçois une masse qui remonte en haut jusqu'au détroit supérieur, et en bas, se retrouve au contact du cul-de-sac postérieur et des culs-de-sac latéraux.

Cette masse s'étend uniformément à droite et à gauche; celle de gauche se continue à droite, celle de droite se continue à gauche, sans que je puisse entre les deux trouver une démarcation sensible. La cavité pelvienne est tout entière remplie.

Dans tout le reste de la cavité abdominale, le palper ne me révèle rien d'anormal ; pas de tumeurs, pas de bosselures, pas d'irrégularités ni d'épaississements à la surface des anses intestinales.

Tout est localisé dans la cavité pelvienne, c'est là que réside la cause de l'ascite, et deux diagnostics sont à discuter.

Ou bien il s'agit d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique et à point de départ salpingé.

Ou bien il s'agit d'une tumeur ovarienne avec réaction péritonéale.

Je crois pouvoir rejeter absolument le diagnostic de péritonite tuberculeuse : je m'appuie pour cela sur plusieurs raisons très sérieuses.

D'abord, il n'est dans le passé de cette malade aucune manifestation tuberculeuse : elle n'a aucun antécédent bacillaire. Elle a eu il y a quelques années, un enfant qui est bien portant. Son mari n'est pas malade non plus, et elle-même n'a eu dans son enfance ni gourme, ni scrofule. Elle n'a eu plus tard ni bronchite, ni hémoptysie. L'auscultation de la poitrine montre des poumons absolument intacts et nous ne trouvons enfin aucune tare, aucune lésion de tuberculose.

Ce n'est toutefois qu'une présomption : voici une raison plus sérieuse.

Une tuberculose péritonéale qui est assez active pour reproduire périodiquement de l'ascite, est une tuberculose qui doit fatalement retentir sur la santé générale. Or ici il n'en est rien : l'intégrité relative de la santé chez cette malade, son bon aspect, le peu d'amaigrissement qu'elle a subi, l'activité qu'elle dépense sans fatigue, dans l'intervalle de ses ponctions, aux soins de son ménage et aux occupations de sa profession, tout cela constitue autant de raisons contre le diagnostic de tuberculose, et je ne puis admettre une lésion si dépressive avec un terrain si résistant.

D'ailleurs la forme ascitique de la tuberculose péritonéale, la seule qui nous donnerait à peu près ces symptômes, évolue d'ordinaire plus rapidement : elle guérit ou elle s'aggrave, elle ne reste pas indéfiniment stationnaire. Et après deux ans de date, une tuberculose péritonéale qui ne serait pas guérie aurait changé de forme : d'ascitique elle serait devenue adhésive, et je sentirais au palper des masses d'adhérences ou des épaississements. Je n'en trouve pas.

Voici enfin un dernier argument : la tuberculose péritonéale est habituellement, sinon toujours chez la femme la conséquence d'une tuberculose primitive des annexes, et si nous avons ici affaire à une péritonite tuberculeuse, il faudrait admettre que cette tuméfaction

perçue au contact et sur les côtés de l'utérus est due à des lésions tuberculeuses de la trompe. Eh bien, je ne le crois pas ; les masses que je sens dans la cavité pelvienne n'ont pas les caractères ni la consistance d'une salpingoovarite : tout est diffus, sans limites, la tumeur que je sens est molle, imprécise, fuit sous le doigt ; je ne retrouve rien de ces tumeurs souvent dures dont les salpingites banales nous donnent souvent la sensation et dont les salpingites tuberculeuses se distinguent seulement par des nuances insensibles.

Aussi bien j'élimine absolument la tuberculose péritonéale ; j'accepte au contraire la seconde hypothèse et je diagnostique : *tumeur végétante de l'ovaire avec ascite consécutive*.

II

L'épithélium de l'ovaire est doué d'une extraordinaire puissance de prolifération. Quand il végète en profondeur, il produit ces invaginations glandulaires, d'où dérivent les grands kystes de l'ovaire. Mais il végète aussi en surface, il pousse en hauteur, il produit alors des sortes de villosités, des végétations papillaires.

Ces végétations s'observent dans deux conditions : parfois vous les verrez associées au kyste de l'ovaire et disséminées, discrètes ou confluentes, à la surface interne ou externe de la paroi kystique ; on dit alors que ce kyste est végétant (fig. 67).

D'autres fois elles se développent en dehors de toute formation kystique appréciable : la surface ovarienne se recouvre d'emblée de ces productions papillaires qui étalent librement sur la séreuse leurs bourgeonnements secondaires. Ici il n'y a point de kyste, la végétation existe seule, elle a été et elle reste la

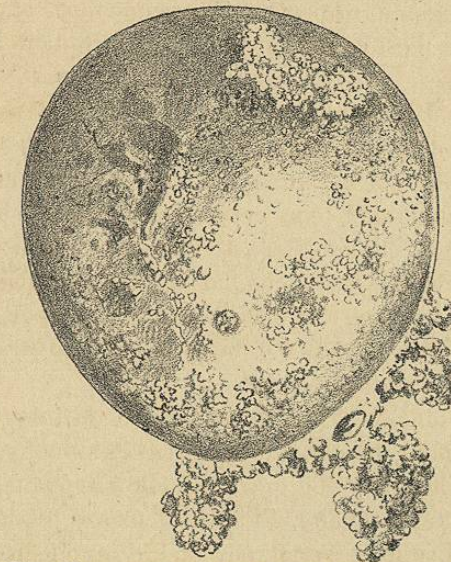


Fig. 67. — Surface interne d'un kyste végétant de l'ovaire (Legueu).

lésion initiale et prépondérante. Et à la place de l'ovaire effacé ou détruit, on ne trouve plus à l'opération qu'une masse molle de végétations confluentes.

Mais quand bien même ces tumeurs végétantes paraissent indépendantes de toute formation kystique, ce n'est qu'une apparence : de ce qu'on ne voit pas de kyste à l'œil nu, il ne s'ensuit pas que ceux-ci fassent défaut, et sous le microscope vous retrouverez toujours la formation kystique associée à la production papillaire. Au milieu et au-dessous des saillies épithéliales qui la caractérisent, vous verrez dans le stroma les invaginations épithéliales closes, qui constituent la lésion initiale et essentielle du kyste. La tumeur végétante en est farcie, et en réalité la formation kystique et la formation papillaire sont toujours associées.

Elles sont donc de même nature : toutes les deux dérivent d'une activité propre de la cellule ovarienne, dont elles traduisent la déviation pathologique. Elles représentent deux stades différents, combinés ou indépendants, d'une même maladie, d'un même processus morbide.

Il n'est entre elles qu'une différence de degré ; dans l'échelle de gravité, la végétation représente un type plus élevé, elle indique une activité plus grave de l'épithélium. Et si j'avais à classer par ordre de gravité les transformations

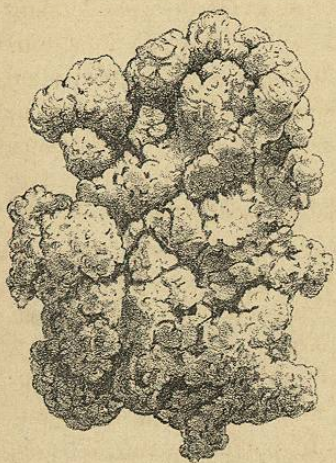


Fig. 68. — Tumeur végétante de l'ovaire.

bénignes de l'épithélium ovarien, je placerais d'abord en bas le kyste simple de l'ovaire, tumeur de nature et d'évolution habituellement bénignes ; je placerais immédiatement au-dessus le kyste végétant, et plus loin viendrait la tumeur végétante, comme dernier terme de la série de ces tumeurs bénignes, la tumeur végétante qui par ses allures ou ses transformations ressemble ou aboutit aux lésions caractéristiques des néoplasmes vraiment malins.

L'aspect de ces tumeurs est assez particulier : à la place de l'ovaire, implantées sur le bord supérieur du ligament large, on trouve des masses en chou-fleur formées de lobes et de lobules secondaires (fig. 68). Elles sont molles, friables, se déchi-

rent et s'effritent sous le doigt qui les écrase : tantôt transparentes, à la façon des môles hydatiques, tantôt rouges et vasculaires, voire même jaunâtres, elles ressemblent à un papillome vasculaire, à un angiome.

Elles sont presque toujours bilatérales ; c'est un des caractères propres à ces tumeurs de l'ovaire où elles prennent naissance, elles se répandent de proche en proche à la surface de la séreuse, sur le péritoine pelvien, sur l'utérus, sur l'épiploon, sur l'intestin qu'elles pénètrent, qu'elles infiltrent de leur tissu envahisseur. Elles se propagent aussi en profondeur, au-dessous du péritoine pelvien, le long des trainées celluluses ou vasculaires, vers le rectum et la vessie. Et l'on éprouve parfois de grosses difficultés à les extirper tout entières, et à poursuivre dans le fond des ligaments larges et jusqu' autour de l'uretère leurs propagations profondes.

Mais ce n'est pas tout : l'extension ne se fait pas seulement de proche en proche. A distance et quelquefois loin de l'ovaire, on voit des noyaux secondaires reproduire sur un autre terrain le type intégral de la tumeur primitive. Ces noyaux secondaires se forment sur le péritoine pariétal ou l'épiploon, sur l'intestin, sur le foie.

Ne sont-ce pas là les caractères d'un néoplasme vraiment malin ? On le dirait en effet, Messieurs, mais cependant leur extension ne se fait pas à la manière des cancers. Le cancer se généralise par le sang et par la lymphe, les noyaux secondaires se développent dans tous les organes, avec une prédilection pour ceux que leur vascularisation lymphatique ou sanguine expose davantage à cette contamination. Ici au contraire c'est l'ascite, qui presque seule se fait l'intermédiaire de ces greffes éloignées. Le liquide en se répandant dans la cavité abdominale greffe un peu partout au hasard de ses contacts la cellule épithéliale, qui emporte de son foyer d'origine la curieuse propriété de reproduire ailleurs une tumeur semblable à celle d'où elle provient. Et c'est pour ces tumeurs, un mode de propagation très spécial et qui en fait une catégorie à part.

L'histologie, d'ailleurs, légitime et explique ces différences ; elle nous montre que ces tumeurs végétantes, même celles qui se propagent et s'étendent, restent constituées par du papillome pur, c'est-à-dire par une tumeur absolument bénigne. Le microscope n'y montre que des proliférations épithéliales régulières, typiques, surmontant une légère trame de tissu conjonctif, parsemé lui-même de quelques infiltrations embryonnaires. Et nous avons ainsi, dans ces productions, un exemple unique dans l'économie de tumeurs épithéliales.

bénignes qui se greffent et s'étendent à distance sans avoir la texture histologique des cancers.

Cependant il ne faudrait pas accentuer outre mesure cette délimitation entre les tumeurs végétantes et les cancers ; il en est, parmi elles, qui se généralisent par le sang et par la lymphe, qui font des généralisations dans le foie, le cœur ou les poumons, et qui sont histologiquement constituées par du cancer.

L'épithélium est polymorphe, métatypique : entre les végétations, il pousse des boyaux pleins dans le stroma sous-jacent, et à ce niveau on reconnaît la prolifération épithéliale, diffuse du néoplasme malin. C'est l'adéno-carcinome de Pfannenstiel, deuxième forme, ou même deuxième stade de l'évolution du papillome simple.

II

A ces variétés de texture correspond une allure particulière et une malignité différente.

Il est de ces tumeurs que vous verrez évoluer lentement et se propager discrètement. Elles envahissent cependant le péritoine pariétal, elles s'étendent et adhèrent aux organes pelviens, elles les infiltrant même, mais les métastases, les greffes à distance sont tardives ou discrètes. Ces tumeurs guérissent quand elles sont opérées de bonne heure ; vous les verrez même guérir radicalement, et des observations nombreuses sont là pour témoigner avec des faits longuement suivis que la guérison est durable. Ce sont là des tumeurs cliniquement bénignes.

Il en est d'autres qui affectent, au contraire, de bonne heure une allure plus bruyante, une marche plus rapide. En quelques mois vous les verrez s'étendre à toute la cavité abdominale ou réaliser même sur des organes plus éloignés des métastases, dont l'ascite ne peut, à elle seule, expliquer la production. Alors que dans le premier cas, l'ascite se reproduit, seul symptôme, sans troubler la santé, ici vous verrez un amaigrissement rapide, une cachexie précoce. Ici la guérison, même après une opération hâtive, n'est que de courte durée : la tumeur récidive, que dis-je ? elle continue, et les malades succombent vite, épuisées par l'envahissement d'une tumeur généralisée. Voilà la tumeur réellement maligne, celle qui correspond sans doute à l'adéno-carcinome de Pfannenstiel.

Mais ne vous attendez pas à trouver toujours des nuances aussi accentuées. Et quand, en présence d'une tumeur végétante, vous aurez

un pronostic à formuler, soyez toujours très réservé. Il est des tumeurs qui paraissent franchement malignes, et qui opérées malgré toutes les apparences, ont donné des résultats de nature à dérouter les plus légitimes prévisions. Il en est d'autres, et c'est ainsi que les choses se présentent bien plus souvent, il en est d'autres qui, insidieuses, torpides, limitées, semblaient autoriser un pronostic favorable et qui ont récidivé malgré les plus formelles apparences de la bénignité.

Et en réalité, je le reconnais, il n'est aucun caractère certain qui permette de dire d'une tumeur végétante de quelle bénignité ou de quelle malignité elle est imprégnée.

Soyez donc toujours réservé pour le pronostic à porter, et soyez plutôt pessimiste. Les tumeurs qui paraissent les plus bénignes sont susceptibles un jour, de s'étendre et de se propager avec tous les caractères de la malignité. Il semble même — et c'est Bouilly qui le dit — il semble que la malignité de ces tumeurs soit moins le fait de leur structure histologique que la conséquence d'un séjour plus ou moins prolongé de la lésion dans la cavité abdominale : il semble que la malignité de la tumeur croisse avec son âge, et les conséquences éloignées seront d'autant plus graves, le pronostic à formuler d'autant plus sévère que la tumeur aura eu dans la cavité abdominale une évolution plus libre et une durée plus ancienne.

Entre cette végétation presque unique, qui surmonte un kyste bénin de l'ovaire et la plus maligne des tumeurs végétantes, il est une série invisible d'échelons intermédiaires, que la tumeur la plus insignifiante en apparence peut parcourir librement, si elle est abandonnée aux hasards de son évolution spontanée, et nous sommes impuissants à saisir les nuances qui séparent les étapes d'une gravité différente.

Aussi bien contentons-nous de reconnaître et d'affirmer que la végétation, par elle-même, par les transformations auxquelles elle est exposée, par les greffes secondaires, dont elle est le point de départ, constitue un réel danger, et toute végétation constatée à la surface d'un kyste ovarique comporte un pronostic réservé.

C'est le premier indice d'une activité épithéliale qui, partie d'un processus bénin, peut évoluer demain vers l'épithélioma, et pour conclure, je dirai : opérez toujours et opérez le plus tôt possible.

Opérez de bonne heure les tumeurs végétantes qui, comme celle que nous voyons aujourd'hui, se masquent sous les dehors d'une ascite à répétition : opérez-les aussitôt que vous les verrez, pour pré-