

venir leur extension et empêcher ces transformations dont je viens de vous montrer la terrible gravité.

Mais aussi opérez de bonne heure toutes les tumeurs kystiques de l'ovaire qui par leur nature épithéliale, sont capables de donner naissance à une végétation papillaire. Ne vous fiez pas à la notion incertaine de la prétendue bénignité de ces tumeurs ; vous auriez des mécomptes, et rien ne peut mieux plaider la cause que je défends, que l'histoire d'une malade que j'opérai, il y a quelques semaines, devant vous.

Cette malade avait, à trente ans, un kyste de l'ovaire uniloculaire. Il avait été découvert plusieurs années avant, au hasard d'une exploration abdominale : la tumeur était à cette époque de petit volume : elle ne gênait pas, on parla tout de suite d'opération, mais la malade, très pusillanime, fut très effrayée à cette idée ; et, très naturellement, on lui dit, pour la tranquilliser, que l'opération n'est pas immédiatement nécessaire, que pour un kyste de l'ovaire simple, non compliqué, on peut attendre sans inconvénient.

C'est là une assertion contre laquelle je ne saurais trop vous mettre en garde ; le kyste de l'ovaire est une tumeur épithéliale et porte en lui-même le germe de ces transformations : il est un danger, une menace.

Si l'activité épithéliale qui a contribué à former le kyste évolue vers une orientation plus grave, celui qui aura préconisé l'abstention et accepté la temporisation portera la responsabilité d'une transformation pathologique.

Et pour ma part, je n'oserais pas l'assumer, et je me garderais bien de dire à une malade chez laquelle j'aurais constaté un kyste ovarique : Attendez : il n'y a pas de danger.

Il n'y a pas de danger ! voilà ce que se disait cette malade, rassurée par cette perspective consolante mais trompeuse. Et les apparences étaient pour elle ; la tumeur n'augmentait guère, en trois ans elle avait atteint à peine le volume d'une tête d'adulte ; la malade n'était pas plus gênée qu'au début, et si une métrorragie ne l'avait forcée à s'aliter quelques jours, nous ne l'aurions certainement pas vue.

Cependant, je parviens à la décider à subir une opération à laquelle elle ne saurait se soustraire un jour ou l'autre, à une opération qui comporte moins de risques en soi, que la tumeur abandonnée à elle-même.

Je l'opère, et qu'est-ce que je trouve ? Un kyste ovarique, unilo-

culaire, mais hérissé à sa surface de ces petites élevures verruqueuses, qui traduisent la prolifération en surface de l'épithélium. En outre, sur le péritoine pariétal, sur l'intestin, je vois plusieurs végétations semblables, et dès lors le pronostic s'élevait tout de suite bien au-delà des zones tempérées que comporte le simple kyste ovarique.

Je veux croire que ces végétations sont bénignes, histologiquement ; j'espère encore qu'elles s'atrophieront : mais, je vous le demande, le pronostic à porter n'eût-il pas été tout autre et nos inquiétudes bien amoindries, si cette tumeur avait été enlevée, il y a plusieurs années, à une époque où les végétations papillaires n'étaient certainement pas encore ébauchées.

Opérez quand même, vous disais-je tout à l'heure : opérez même dans les cas où les apparences cliniques sont pour la malignité. Opérez parce que vous ne savez jamais de quelle malignité réelle est empreinte la tumeur que vous avez à combattre : vous ne savez pas si histologiquement elle est bénigne ou si elle est maligne.

Alors même que votre exérèse est partielle, alors même que vous laissez sur l'intestin, sur le péritoine, sur l'épiploon des greffes secondaires, vous verrez encore la guérison et une guérison définitive succéder à votre opération. J'en appelle à cette malade de Meinert, qui vivait encore, guérie, huit ans après l'opération : je prends à témoin cette opérée de Thorsnton, qui, neuf ans après était encore bien portante. J'invoque les opérées de Lomer, de Baker-Brown, de Flaischlen, et aussi cette opérée de Begea, dont le péritoine était au moment de la laparotomie couvert de végétations secondaires, et qui après quatre ans était encore absolument valide. Je pourrais multiplier ces exemples : c'est inutile. Les végétations secondaires ne sont pas d'un pronostic fatal ; après l'ablation de la tumeur principale, on les voit parfois s'atrophier et disparaître.

Mais voici qui est plus consolant encore.

Alors même que la tumeur est histologiquement maligne, l'opération, une opération même partielle est parfois suivie d'un bon résultat. Ici, sans doute les faits heureux sont plus rares, la récurrence ou la continuation se voient plus couramment, mais quelques faits, cependant ont été suivis de ces guérisons prolongées qui étonnent, qui surprennent, qui font hésiter quand elles ont trait à des cancers.

Ce sont les motifs que nous avons d'espérer encore, chez cette malade que nous avons opérée récemment. Son histoire est absolument semblable à celle d'aujourd'hui, chez elle, j'avais fait le même

diagnostic et j'espérais trouver ce que je voudrais avoir ce matin, des tumeurs végétantes.

La lésion était plus grave; l'opération fut incomplète. Voici son histoire.

Femme de trente-cinq ans, couchée au n° 12 de la salle Sainte-Marthe.

Il y a six mois, elle voit son ventre augmenter de volume. Régulée à douze ans, sans enfants, sans grossesse, elle n'a jamais été malade. Depuis quelque temps, elle éprouve seulement quelques pesanteurs après le repas, et une certaine tendance au sommeil. Elle ne souffre pas autrement, son appétit est conservé, elle se sent encore forte, elle travaille beaucoup, mais son ventre augmente sensiblement. Elle consulte son médecin, mon confrère, le D^r Garin, qui en clinicien avisé, soupçonne tout de suite une lésion génitale et me montre la malade.

Le ventre est très développé, il y a de l'ascite, mais sans tension; les viscères sont sains, la femme est jeune, sans tares pathologiques: tout de suite, mes investigations se portent du côté de la cavité pelvienne. Et là, je trouve des sensations bien comparables à celles que j'ai obtenues sur notre malade d'aujourd'hui. Les culs-de-sac latéraux et postérieurs sont occupés par une masse molle, indolore, immobile, irrégulière de surface et de consistance inégale.

Je reconnais là les tumeurs végétantes de l'ovaire et j'opère.

Voici ce que je trouve: la cavité pelvienne est comblée par des tumeurs végétantes des deux ovaires. Des deux côtés, les ovaires sont perdus au milieu de masses dures de végétations, mêlées avec de petits kystes: la consistance de ces tumeurs est inégale, il y a des points durs, il y a à côté des végétations de véritables tumeurs solides. Ces masses se sont infiltrées sur l'S iliaque, elles adhèrent à la paroi pelvienne: je les enlève cependant intégralement en même temps que l'utérus. Mais l'intestin grêle est lui-même tapissé de végétations semblables; contre celles-ci, je ne puis rien faire.

La malade a guéri: et l'histologie a confirmé malheureusement les prévisions que je formulais au cours de l'opération. Cette lésion avait tout à fait l'aspect d'un cancer, et c'était bien du cancer. L'opération a été incomplète et je ne sais ce qu'il adviendra de cette malade. Quoi qu'il arrive, je n'ai rien à regretter: j'ai fait l'impossible pour la sauver, et je veux encore espérer parce que d'autres malades opérées dans des conditions en apparence aussi défectueuses ont cependant joui longtemps après, d'une relative immunité suivie d'une guérison absolue.

Opérez donc toujours, Messieurs, et quelque défectueuses que soient les conditions que vous rencontrez. Il est des malades qui sont triomphés, c'est-à-dire guéris contre toutes les apparences. Et d'ailleurs l'opération dût-elle rester seulement exploratrice, que ce ne serait pas une raison pour en refuser le bénéfice à vos malades. A la suite d'une laparotomie exploratrice, j'ai vu l'ascite ne plus reparaitre, la cachexie diminuer et la maladie subir un temps d'arrêt.

Chez la malade que je vais opérer, je n'ai aucune raison de croire à une malignité formelle ni à une extension incurable: la santé générale est bonne, je ne sens pas de bosselures ni d'inégalités sur l'épiploon, les culs-de-sac ne sont pas indurés. J'opère donc dans les meilleures conditions possibles et avec la ferme espérance de faire une ablation complète et d'avoir une guérison prolongée.

L'extirpation de ces tumeurs est souvent fort complexe; les adhérences qu'elles contractent, leur infiltration à la fois en surface et en profondeur, leur pénétration dans le ligament large, créent des difficultés souvent très grandes. Dans certains cas, la vessie, le rectum ont été perforés, l'uretère lésé. L'hémostase est souvent difficile. Je connais ces difficultés, et je saurai les vaincre.

J'enlèverai d'abord les tumeurs elles-mêmes, mais si la lésion est comme je le suppose, bilatérale, j'enlèverai aussi l'utérus. L'hystérectomie est le complément souvent nécessaire et toujours utile de l'ovariectomie double: Quénu a élevé cette formule à la hauteur d'un principe, et dès longtemps j'y ai souscrit sans réserve. L'utérus est parfois le siège d'une dégénérescence secondaire: c'est une raison de le supprimer. Mais même quand il est sain, il est utile de l'enlever pour faciliter l'hémostase, pour rendre plus aisée la poursuite des infiltrations profondes, et enfin pour permettre cet affrontement des surfaces séreuses qui ne s'effectue jamais mieux que quand l'utérus est enlevé.

L'opération est pratiquée le même jour, 6 mars, par M. Legueu. Aide, M. Duclaux, interne. Chloroformisateur, M. Béné.

Après les préparatifs d'usage, la paroi abdominale est incisée au-dessous de l'ombilic, jusqu'au péritoine, et on ponctionne avec un gros trocart la cavité péritonéale pour en retirer le liquide ascitique qui s'est reformé depuis la première ponction, ou qui a continué depuis à s'y collecter. Ce premier temps de l'opération est exécuté dans la position horizontale.

Je retire ainsi un peu plus d'un litre de ce même liquide citrin, que

nous avons retiré par la première ponction, il est seulement un peu teinté de sang.

La malade est alors placée dans la position déclive et le péritoine est incisé sur toute la longueur de la plaie abdominale.

J'aperçois tout de suite dans la cavité pelvienne les masses végétantes qui la comblent tout entière.

L'utérus apparaît à peine par son fond au milieu de ces masses, qui

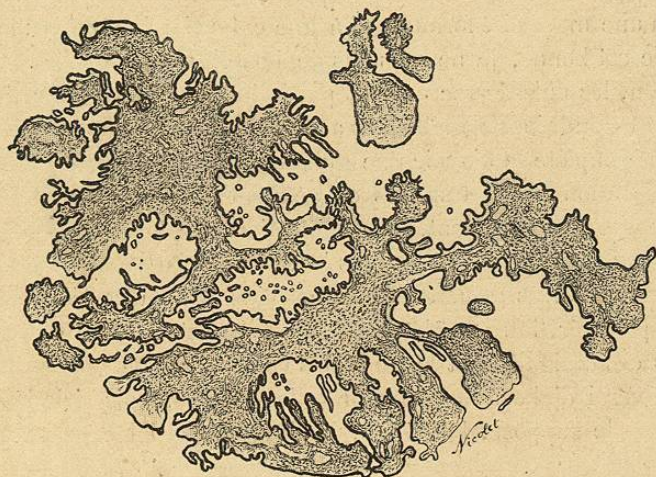


Fig. 69. — Tumeur végétante de l'ovaire (faible grossissement). On voit les végétations dentelées recouvertes d'une couche continue d'épithélium.

ont l'aspect du frai de grenouille, caractéristique des tumeurs végétantes de l'ovaire.

Du doigt, je cherche à circonscrire leur point d'implantation. Je reconnais alors qu'elles n'adhèrent pas au péritoine, qu'elles comblent le cul-de-sac postérieur sans lui adhérer.

A droite, je les arrache avec les doigts, je les cueille à pleine main : libres d'adhérences, ces masses se laissent facilement extirper ainsi que l'ovaire sur lequel elles s'implantent et qui est d'ailleurs à peine reconnaissable. Au milieu de ces masses et avec elles, beaucoup de petits kystes sont enlevées en même temps.

A gauche, je trouve aussi des masses végétantes présentant les mêmes caractères, mais de ce côté, elles ont contracté des rapports avec l'intestin et en particulier avec l'S iliaque, qu'il faut disséquer avec prudence pour ne pas l'ouvrir. Ces adhérences sur l'S iliaque s'étendent sur une longueur de 5 centimètres et me forcent à réséquer

une partie de la surface péritonéale et de la couche musculaire de l'intestin. La muqueuse n'est pas ouverte, mais je fais cependant à ce niveau et par précaution une suture de soutien. Les masses végétantes dès lors libérées sont alors enlevées de la même façon, par morcellement, par arrachement, ainsi que l'ovaire d'où elles proviennent et



Fig. 70. — Tumeur végétante de l'ovaire : même pièce que la figure précédente grossissement plus fort. On voit la couche continue des cellules épithéliales cylindriques.

qui est séparé d'un coup de ciseau du bord supérieur du ligament large.

Au milieu de la cavité pelvienne maintenant libérée, l'utérus reste seul. Je l'enlève en faisant une hystérectomie supra-vaginale : j'enlève en même temps les deux trompes intactes qui lui font suite.

Je pose les ligatures comme d'habitude, et recouvre de péritoine les surfaces cruentées.

Avant de fermer la cavité abdominale, je m'assure qu'il n'y a sur l'intestin ni sur le péritoine pariétal aucune végétation de même nature, aucun point suspect.

Je laisse par prudence un drain et une mèche pour permettre au liquide ascitique descendu vers le diaphragme de sortir à l'extérieur. Suture de la paroi à trois étages.

L'opération a duré quarante minutes.

Suites opératoires simples : la malade n'eut pas de fièvre. La mèche fut retirée le troisième jour, et le tube le sixième. Le huitième jour, il y eut un peu d'élévation de la température qui monta à 38° : un des fils de la paroi avait suppuré et avait causé un petit abcès, dont l'ouverture amena de suite la chute de la fièvre¹.

Les fils furent enlevés le douzième jour; la malade se leva le vingt et unième jour, et le 5 juin, elle partait guérie, au Vésinet.

Le résultat de l'examen histologique a été le suivant :

Dans la masse on a trouvé un grand nombre de kystes microscopiques.

Avec un faible grossissement, on voit que la tumeur est formée par des saillies, par des végétations dont on voit les différentes coupes sous le champ du microscope (fig. 69). Certaines de ces sections sont rondes ou ovales : mais la plupart sont dentelées à la périphérie et découpées à ce niveau en dents de scie longues et fines. A la surface se dessine un épithélium continu.

A un fort grossissement (fig. 70), on voit que le stroma de ces végétations est fait de tissu conjonctif : par places il est formé par une série de noyaux, les uns allongés, les autres ronds, avec au milieu de petits vaisseaux sanguins. Ailleurs, le tissu est fasciculé, et renferme peu de noyaux. En d'autres endroits enfin, le tissu conjonctif est constitué en fibrilles très ténues avec des cellules à prolongements multiples, rappelant le tissu muqueux.

Avec le même grossissement, on voit, l'épithélium formé par des cellules cylindriques, hautes, pourvues d'un beau noyau allongé parallèlement au grand axe du corps cellulaire.

En somme, tumeur histologiquement bénigne et de pronostic favorable.

1. Le fil qui suppura était un fil de lin : les jours précédents, j'avais remarqué que les fils stérilisés à 120 étaient très cassants. J'avais prié de monter moins haut la température, pour ces fils de lin seulement ; mais la stérilisation fut imparfaite. Je constatai chez deux autres malades le même incident, et je dus, pour cette raison, renoncer à l'usage des fils de lin.

VII

LES GRANDES COLLECTIONS SÉREUSES PELVIENNES

- I. Observation et opération d'une collection pelvienne qui n'est ni purulente, ni hématique, mais séreuse.
- II. Il y a de petites et de grandes collections séreuses : leur contenu, plus que la poche, les caractérise. Préexistence constante des lésions annexielles. Des lésions minimes les produisent; exemple. Elles sont une manière de réagir du péritoine à une irritation quelconque, mais atténuée.
- III. Elles n'ont pas de symptômes propres; les grandes font saillie en haut ou en bas. *Diagnostic* avec l'hématocèle, avec la suppuration pelvienne. Leur *évolution* : c'est la résorption, la rupture ou la transformation purulente. *Traitement* : incision abdominale ou mieux vaginale.

MESSIEURS,

Je faisais hier une laparotomie : j'abordais par la voie haute, une collection aiguë qui bombait aussi dans le cul-de-sac postérieur, je pensais qu'elle était constituée par du pus ou par du sang, et certains indices me faisaient dire plutôt hématocèle que suppuration.

C'était une erreur : la collection n'était ni purulente ni hématique, elle était tout simplement séreuse. Et je me trouvais ainsi, sans y avoir songé, en présence d'un grand kyste séreux intrapéritonéal.

Au cours de mes laparotomies pour salpingites, vous m'avez bien vu souvent ouvrir des kystes séreux disséminés au milieu des adhérences péritonéales; je les ouvre et n'y attache pas d'importance. La lésion que nous avions hier sous les yeux est de même nature, mais les dimensions rares de la poche constituaient ici quelque chose de très exceptionnel. C'est *une grande collection séreuse pelvienne* développée autour des lésions anciennes de salpingoovarites.

Profitons, si vous le voulez de l'observation qui s'offre à nous pour approfondir un sujet peu connu : cherchons dans nos souvenirs, feuilletons même quelque peu la littérature médicale, et voyons par l'étude des cas semblables et leur comparaison avec le nôtre, voyons ce que sont ces collections séreuses pelviennes, comment elles se forment et comment elles se présentent au clinicien.