

ARTICLE II.

EXCROISSANCES EN CHOUX-FLEURS

CANCROÏDE VÉGÉTANT.

Le nom d'excroissances en choux-fleurs a été imaginé, en 1809, par John Clarke (1), et adopté ensuite par son frère sir C. Clarke (2), quoiqu'il ne soit pas toujours très-approprié à tous les cas.

Levret et Herbiniaux ont décrit, sous le nom de *tumeurs vivaces*, des excroissances de nature maligne que Gooch affirme n'être pas autre chose que les excroissances en choux-fleurs (*cauliflower*). Il admet aussi que ces tumeurs sont les mêmes que celles qui ont été désignées sous le nom de *fungus hématodes*. A quoi Boivin et Dugès répondent que les excroissances en choux-fleurs sont solides et non pas simplement vasculaires. Hemming tend à partager l'opinion de Gooch.

Robert Hooper (3) combat, avec quelque raison, la dénomination de la maladie; mais c'est à tort que, comparant les excroissances dont nous parlons aux céphalomas, il veut faire de ces tumeurs des *céphalomas poly-pôides*: si du moins on compare sa description à celle de sir C. Clarke, il est évident qu'il s'agit de deux maladies tout à fait différentes.

[[On admet généralement aujourd'hui que les excroissances en choux-fleurs sont constituées anatomiquement par l'infiltration dans la trame des tissus, d'éléments épithéliaux qui se rapprochent beaucoup de l'épithélium normal.

Ces excroissances peuvent dès lors être considérées comme un véritable cancroïde, d'où le nom de *cancroïde végétant* et d'*épithélioma* qui leur a été donné.]]

La maladie consiste en un développement morbide d'une portion ou de toute l'étendue de la circonférence de l'orifice utérin; plus rarement cette excroissance part de la cavité utérine.

Cette affection se rencontre chez des femmes de tout âge, mariées ou non mariées, indépendamment de toute question de tempérament, d'habitudes ou d'habitation.

Elle n'est pas aussi fréquente toutefois qu'on pourrait le croire d'après cette définition. « Pour un seul cas d'excroissance en choux-fleurs, on voit dix ou vingt polypes, cinquante carcinomes, ou ulcères malins de l'utérus (4). »

(1) John Clarke, *Transactions of the society for the improvement of medical and surgical knowledge*, vol. III, p. 321. — *Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. XVIII, p. 480.

(2) C. Clarke, *Observ. on diseases of females*. London, 1831, 3^e édit., vol. II, p. 57.

(3) Hooper, *Morbid anatomy of the human uterus*. London, 1832, p. 16. — Voy. aussi Duparcque, *Traité théorique et pratique sur les altérations simples et cancéreuses de la matrice*. Paris, 1839, p. 85. — Lisfranc, *Mal. de l'utérus*, p. 364.

(4) Gooch, *Diseases of women*, p. 309.

§ I. — Causes.

Les causes sont très-obscurées: on ne peut dire que ce soit une lésion du col produite par le travail de l'accouchement, puisque cette maladie se rencontre aussi bien chez les vierges et les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Ce n'est pas non plus la suite d'un coït exagéré ni d'affections syphilitiques, car la maladie n'est pas plus fréquente chez les filles publiques que chez les autres femmes. Sir Clarke semble porté à admettre qu'il y a une prédisposition congénitale et que les organes semblent n'attendre que le développement d'une vascularité plus abondante.

§ II. — Anatomie pathologique.

La tumeur est très-vasculaire, d'une coloration rouge foncé, avec une surface légèrement granulée ou unie, sur laquelle on voit de nombreuses traînées de vaisseaux. La structure est assez ferme; si l'on touche un peu fort l'excroissance, elle saigne. Toutes les tentatives qu'on a faites pour injecter la tumeur par l'utérus ont échoué, ce qui semble contredire l'opinion de sir C. Clarke sur la nature purement vasculaire de ces tumeurs. Cependant, après la mort ou après l'application d'une ligature, la tumeur disparaît et l'on ne voit plus qu'une petite masse flasque. Sur un assez grand nombre de cas, sir C. Clarke n'est arrivé à obtenir qu'une seule préparation. En général, l'excroissance est fixée plus ou moins complètement sur la circonférence de l'orifice utérin, et rien n'est plus variable que le volume auquel elles arrivent; tantôt ce sont des granulations isolées et très-petites, tantôt, au contraire, ces granulations sont agglomérées et forment une masse irrégulière (fig. 121).

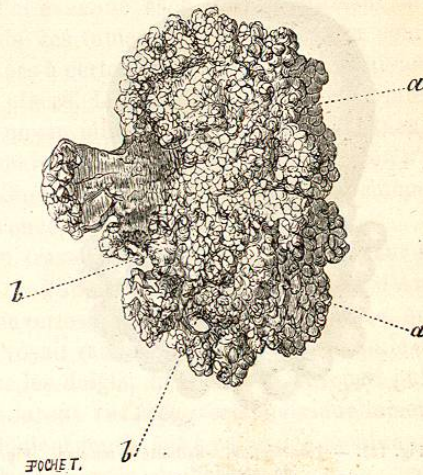


Fig. 121. — Chou-fleur de l'utérus (*).

Clarke dit n'avoir jamais vu d'excroissances sur aucune autre partie que sur le col (fig. 122), mais Gooch et d'autres auteurs ont vu ces excroissances sortir de la cavité même du col. On ne se doute pas de leur existence, jusqu'à ce qu'elles soient parvenues à une certaine dimension et

(*) aa, face inférieure de la tumeur; bb, portions déchirées au moment de l'enlèvement. (Stimpson, fig. 14.)

qu'elles soient arrivées à faire saillie en dehors de l'orifice utérin. Le pédicule de ces granulations subit de nombreuses variations, suivant le

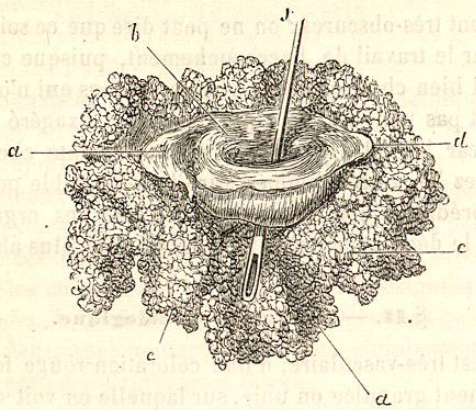


Fig. 122. — Chou fleur de l'utérus (*).

degré de dilatabilité du vagin. Quand ce canal est étroit et rigide, la tumeur est très-étranglée; mais chez les femmes mariées qui ont eu des enfants et dont le vagin est par conséquent très-lâche et très-extensible,

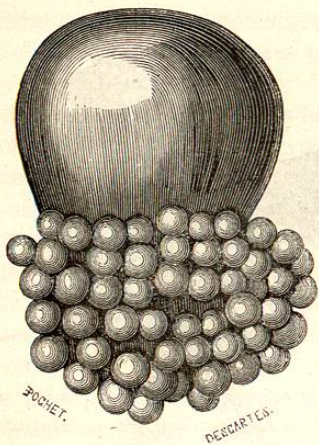


Fig. 123. — Tuméfaction, sensibilité du museau de tanche (**).

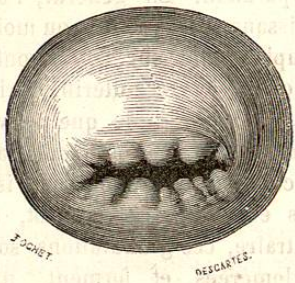


Fig. 124. — Museau de tanche vu après la disparition des vésicules, plusieurs mois plus tard (**).

la tumeur atteint des dimensions considérables. La maladie paraît être tout à fait limitée à l'utérus, le vagin restant parfaitement sain. Si on en-

(*) a, lèvre antérieure du col; b, lèvre postérieure du col; c, surface de la tumeur fixée sur les lèvres; sonde cannelée passée à travers l'orifice du col. (SIMPSON, fig. 13.)

(**) Son orifice entouré de nombreuses vésicules transparentes semblables à des groseilles blanches accompagnées d'abondantes pertes de sang. Ces vésicules disparaissent au moyen d'injections styptiques. (BOVIN et DUCÈS, Atlas, pl. XXVII, fig. 6.)

(*) (BOVIN et DUCÈS, Atlas, pl. XXVII, fig. 7.)

lève toute l'excroissance morbide, elle se reproduit dans un temps relativement très-court, et c'est en cela même que consiste la malignité de cette affection. Avec le spéculum, on découvre une masse d'un volume variable, d'une coloration d'un rouge brillant, formée de petites agglomérations irrégulières, avec des prolongements inégaux et en divers sens. Quelques-unes des plus petites granulations sont, ainsi que l'a remarqué Montgomery, légèrement transparentes (1) (fig. 123 et 124). Quelquefois la tumeur est plus dense, et une fois qu'elle est enlevée, on peut en faire la préparation anatomique. Montgomery attribue cette augmentation de densité à l'accumulation du sang et de la lymphe dans les lamelles du tissu cellulaire qui compose en grande partie ces excroissances. En pareil cas, on ne voit pas des portions de ces tumeurs se détacher et tomber comme cela arrive quand elles sont plus molles.



Fig. 125. — Coupe de la tumeur. — Aspect au microscope (*).

Anderson, de Glasgow (2), a publié le résultat de recherches très-minutieuses sur la structure des excroissances en choux-fleurs, et j'engage les lecteurs à se reporter à ce travail.

Simpson (3) dit, à ce sujet : « J'ai examiné avec un très-puissant microscope de très-minces tranches de ces tumeurs, elles m'ont paru composées de cellules réunies en groupes à certaines places, disposées suivant des lignes irrégulières à d'autres places. Les cellules contenaient toutes un noyau assez large, et chaque noyau plusieurs nucléoles volumineux (fig. 125). Il est intéressant de remarquer que, sur aucune section, on n'a trouvé ces corps allongés ou fusiformes que Joh. Müller (4) a décrits comme existant souvent dans les tumeurs encéphaloïdes. »

Ajoutons encore un extrait d'un travail de Th. Stafford Lee (5) sur la structure intime de ces tumeurs : « Sur une portion de la tumeur d'Anderson, les granulations étaient couvertes d'une membrane très-mince, qui donnait un aspect luisant, et l'on voyait ramifiés à la surface une foule de petits vaisseaux. En pressant entre les doigts, la substance devenait pulpeuse. Au microscope, les lobules furent vus recouverts individuellement d'écailles épithéliales qui ressemblaient tout à fait à celles des membranes muqueuses, et chaque écaille était composée de cellules à noyau, avec

(1) Comparez Récamier, *Revue médicale*, 1835, t. IV.

(2) Anderson, *Dublin Journal*, 1843, vol. XXVI, p. 402, n° 78.

(3) Simpson, *Edinburgh med. and surg. Journ.*, janv. 1841, p. 104. — *Annales de la chirurgie française*, Paris, 1841, t. I, p. 228.

(4) Joh. Müller, *Ueber den feinen Bau der krankhaften Geschwülste*. Berlin, 1838.

(5) Th. Stafford Lee, *On tumours of uterus*. London, 1847, p. 84.

(*) (SIMPSON, fig. 15.)

ça et là un vaisseau sanguin ramifié; mais la tumeur elle-même n'était pas en apparence vasculaire. Les lobules semblaient, par leurs bords, imbriqués les uns sur les autres, puis, de la circonférence au centre, les cellules deviennent graduellement plus développées. Il n'y avait pas apparence de tissus fibreux ni aucune cellule allongée, comme dans le cancer. » Tel fut le résultat d'un examen très-attentif d'une portion de la tumeur enlevée par Richard Quin et moi-même pendant la vie.

[Virchow (1) représente (fig. 126) au microscope l'aspect de la coupe en travers d'un chou-fleur du col de l'utérus qui commence à se développer.]

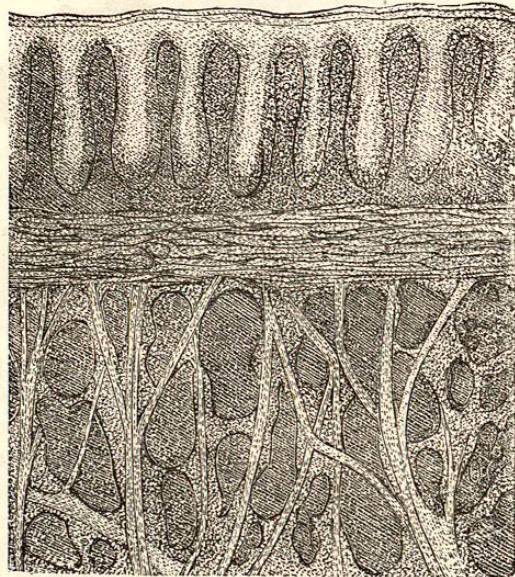


Fig. 126. — Coupe en travers d'un chou-fleur du col de l'utérus qui commence à se développer (*).

La description suivante se rapporte à l'examen d'une autre portion de tumeur, lequel fut fait après la mort.

Quand cette portion de tumeur eut été placée dans l'eau, elle parut être formée par un grand nombre de viscosités fixées en apparence à une substance centrale de consistance plus ferme. Elle se composait de cellules à noyau d'une dimension considérable, les unes circulaires, les autres

(1) Virchow, *Ueber Kankrowe und Papillar Geschwülste* (Wurzb. Verhdl. der phys. med. Gesellsch. 1850, t. I, p. 106). — *La Pathologie cellulaire*, trad. par Paul Picard, 3^e édition. Paris, 1868, p. 418.

(*) A la surface encore intacte, on voit des papilles assez grosses du pourtour de l'orifice externe; elles sont enveloppées d'une couche épithéliale disposée régulièrement. L'altération commence au bas de la figure, dans le parenchyme du col; des alvéoles ronds, volumineux ou irréguliers, indiquent la maladie, et se trouvent au milieu du tissu. (Grossissement, 150 diamètres.) (Virchow.)

ovales, d'autres encore ovales, mais très-allongées; ces cellules renfermaient une quantité considérable de matière granulée et un noyau bien accusé, à l'intérieur duquel semblait exister une cavité remplie elle-même de matière granulée. Ces deux cavités rappelaient tout à fait deux cellules logées l'une dans l'autre, ou une cellule à double paroi. Ces deux enveloppes étaient réunies par de minces filaments semblables à des brides cellulaires.

De cet examen, nous concluons que la tumeur est entièrement formée de cellules, et que ces cellules sont couvertes d'une membrane épithéliale; en outre, que la tumeur était simple et non maligne (1).

Cependant Renaud est arrivé à cette conclusion, que la maladie dont nous parlons n'est qu'une modification d'encéphaloïde, qu'elle est formée par des touffes papillaires dont les interstices sont remplis par les cellules caractéristiques des encéphaloïdes (2).

Eben Watson croit que ces productions n'ont aucun caractère malin et donne, comme caractères distinctifs, le développement plus lent, l'âge des

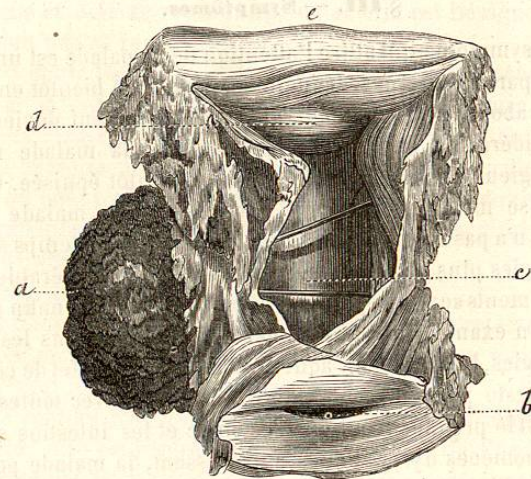


Fig. 127. — Tumeur qui, à l'examen microscopique, présentait les caractères de l'épithélioma (*).

malades (l'âge moyen étant trente-sept ans), l'absence de toute cachexie cancéreuse, et enfin l'absence de douleur et de la cellule-type du cancer (3).

On voit donc qu'il reste encore un doute quant au caractère de ces productions. Leur vitalité vient-elle, comme le pense sir Clarke, de leur pro-

(1) S. Lee, *On tumours of the uterus*, p. 84.

(2) Renaud, *Gazette médicale*, 18 juin 1847.

(3) Eben Watson, *Edinburgh monthly Journ.*, novembre 1849.

(*) a, tumeur; b, orifice utérin; c, cavité utérine maintenue ouverte; d, fond de l'utérus. (CLARKE, pl. VI.)

priété de reproduction après une première ablation, et de l'hémorrhagie à laquelle elles donnent lieu; ou bien sont-elles, par elles-mêmes, d'une nature maligne?

La conclusion à laquelle je suis arrivé est celle-ci: elles ne sont pas primitivement cancéreuses; elles appartiennent à cette classe de tissus que H. Lebert (1) et Hughes Bennett (2) ont nommés *tissus cancéroïdes*, et qu' Hannover (3) a plus correctement appelés *epitheliomas*, ces tissus, dans lesquels le noyau est petit relativement à la cellule; mais elles peuvent très-probablement devenir le siège de dépôts cancéreux. De plus, je suis porté à croire que la tumeur, enlevée une première fois, peut prendre, lorsqu'elle se reproduit, un caractère cancéreux, et cette opinion s'appuie sur plusieurs faits observés. J'ajouterai que, dans deux cas que j'ai vus dernièrement, les excroissances en choux-fleurs furent accompagnées ou suivies par une tumeur cancéreuse des parois pelviennes, laquelle se termina par la mort, au moins dans un des cas (fig. 127).

§ III. — Symptômes.

Le premier symptôme qui attire l'attention de la malade est une humidité exagérée des parties externes, laquelle se transforme bientôt en un écoulement aqueux abondant par le vagin (4). Cet écoulement devient quelquefois très-considérable: dans une seule journée, la malade mouille un nombre prodigieux de serviettes; elle en est bientôt épuisée. Cependant, tant qu'il ne se mêle pas de sang à l'écoulement, la malade souvent ne s'effraie pas et n'a pas recours à un médecin. De temps en temps surviennent des hémorrhagies plus abondantes, souvent même considérables à la suite des rapprochements sexuels, de garde-ropes difficiles, ou enfin sans causes apparentes. Un examen peut aussi amener une perte. Dans les intervalles des hémorrhagies, l'écoulement aqueux continue, et l'effet de ces sortes de pertes est funeste pour la constitution. L'anémie, avec toutes ses conséquences, en est le premier résultat. L'estomac et les intestins sont dérangés: des phénomènes dyspeptiques apparaissent, la malade peut devenir hydropique, ou bien il peut se former une suffusion séreuse dans quelque cavité, et en pareil cas la malade succombe généralement. Quelquefois surviennent des vomissements, et l'on a même noté des pertes temporaires de la vue. Les progrès de la maladie sont assez rapides dans le cas d'hémor-

(1) H. Lebert, *Physiologie pathologique*. Paris, 1845, t. II. — *Traité pratique des maladies cancéreuses*. Paris, 1851. — *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1861, p. 438.

(2) H. Bennett, *On Cancerous and Cancroid Growths*. Edinburgh, 1849.

(3) Hannover, *Das Epithelioma*. Leipzig, 1852.

(4) Suivant les recherches minutieuses de M. Marc d'Espine (*Rech. anat. sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée*, in *Arch. gén. de méd.*, 1836, t. X, p. 160), un écoulement aqueux se rapporte toujours à une lésion de l'utérus et ne se rencontre jamais dans les autres espèces de leucorrhée. Cette remarque augmente beaucoup la valeur du symptôme dont elle limite la fréquence.

rhagie, et la malade succombe à la perte de sang ou aux conséquences immédiates de cette perte, plutôt qu'en réalité à la maladie elle-même.

Si l'on fait un examen par le vagin à une période quelconque de la maladie, on trouve une tumeur avec tous les caractères extérieurs que nous avons déjà mentionnés, et dans la plupart des cas on peut suivre cette tumeur jusqu'à son insertion à la lèvre de l'utérus. Au toucher, on a la sensation que donne le placenta à sa surface utérine; l'examen n'est pas douloureux, la tumeur étant dépourvue de toute sensibilité. L'examen par le spéculum n'ajoute que des renseignements sur la couleur de la tumeur, laquelle est généralement d'un rouge de chair, il fait encore reconnaître distinctement l'état granulé de la surface.

§ IV. — Diagnostic.

« Je ne crois pas qu'aucun médecin puisse dire d'une manière infaillible, d'après le toucher seul, si une tumeur située dans le vagin est d'une nature maligne et doit se reproduire, ou si elle est bénigne, et une fois enlevée ne doit pas se reproduire. »

Sans aucun doute Gooch est dans le vrai, et à toute espèce de point de vue juger par le toucher seul si une tumeur est de nature maligne, est très-hasardeux; mais dans ces cas on n'en est pas réduit au toucher seul. Quand il y a excroissance en chou-fleur ou cancer, avec des ciseaux ou un bistouri, on peut toujours enlever une petite portion de tissu suffisante pour être examinée au microscope, et l'on reconnaîtra ainsi la différence entre ces deux affections.

Le diagnostic différentiel est à faire:

I. *Avec les tumeurs fibreuses et les polypes.* — Les excroissances en chou-fleur sont plus molles, plus granulées; elles saignent au moindre contact; il n'y a pas trace de pédicule, comme dans le polype.

II. *Avec la surface fongueuse d'un cancer vrai.* — La tumeur est molle, isolée, mobile; elle est insérée sur une des lèvres de l'orifice utérin, et sous le microscope on ne voit pas de cellules cancéreuses. Les symptômes généraux sont ceux qui tiennent à l'anémie, et il n'y a point, comme dans le cancer, de fièvre semi-inflammatoire.

III. *Avec une extrémité de placenta.* — Il n'y a aucun des signes de la grossesse. Dans le cas de grossesse coïncidant avec des excroissances en chou-fleur, le diagnostic pourrait être très-difficile; l'état du col utérin, le point où l'on entend le souffle placentaire, aideront à reconnaître le véritable état de la malade.

[IV. Enfin, Cazeaux cite un fait où M. Nélaton, appelé pour faire une version dans un cas de présentation de la main, diagnostiqua un énorme chou-fleur naissant de la lèvre antérieure du col. La base de la tumeur offrait cinq ou six petites végétations qui avaient été prises pour de véritables doigts.]