

20529

120.929

LES

TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

PAR

E. MÉRIEL

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE
CHARGÉ DE COURS A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DES HOPITAUX



Rapport présenté au VI^e Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie.

(TOULOUSE, 22-27 SEPTEMBRE 1910)



TOULOUSE

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE ÉDOUARD PRIVAT

Librairie de l'Université.

14, RUE DES ARTS (SQUARE DU MUSÉE)

1910

cm
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24



903424

20529

120.929

LES

TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

PAR

E. MÉRIEL

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE
CHARGÉ DE COURS A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DES HOPITAUX



Rapport présenté au VI^e Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie.

(TOULOUSE, 22-27 SEPTEMBRE 1910)



TOULOUSE

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE ÉDOUARD PRIVAT

Librairie de l'Université.

14, RUE DES ARTS (SQUARE DU MUSÉE)

1910





2

1844

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

PHYSICS DEPARTMENT

CHICAGO, ILL.

Presented to the University of Chicago by the Physics Department

(From the collection of the late Professor [Name])

1844

1844

PHYSICS DEPARTMENT

CHICAGO, ILL.

1844

Don de l'auteur à la Bibliothèque universitaire

Amiens

ALLEES SANTE



D

119 043877 3

PPN 178 079 43X

203 424

LES

TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

PAR

E. MÉRIEL

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE
CHARGÉ DE COURS A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX.

Rapport présenté au VI^e Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie.

(TOULOUSE, 22-27 SEPTEMBRE 1910)



TOULOUSE

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE ÉDOUARD PRIVAT

Librairie de l'Université.

14, RUE DES ARTS (SQARE DU MUSÉE)

1910

DU MÊME AUTEUR :

ESSAI SUR LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DU CANCER DU RECTUM (Thèse de doctorat, Toulouse, 1897, Marquès, éditeur).

L'EXTIRPATION DU CANCER DU SEIN, 1 vol. (Maloine, éditeur, Paris, 1903).

LES LIGATURES D'ARTÈRES A L'AMPHITHÉÂTRE (ATLAS ICONOGRAPHIQUE), 1 vol. (Maloine, éditeur, Paris, 1907), en collaboration avec le Dr ROUGEAN.

DOCUMENTS GYNÉCOLOGIQUES, 1 vol. (Ch. Dirion et Maloine, éditeurs, Paris, 1909).

LES TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

Par E. MÉRIEL (de Toulouse),

Professeur agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine,
chirurgien des hôpitaux.

Que doit-on entendre par les mots *Tumeurs solides de l'ovaire* ? Définir la chose ou le mot est particulièrement malaisé à l'heure actuelle, tant est grande la confusion des types anatomiques (macroscopiques et microscopiques), tant il y a d'analogie symptomatique dans des formes cliniques différentes.

A prendre en effet dans leur sens littéral ces termes de tumeur solide, ils devraient désigner étroitement les tumeurs uniquement constituées par une masse solide dont le type serait le fibrome. Or, cette consistance ferme, uniforme, est assez rare dans l'espèce, si bien qu'on ne rencontre guère de ces tumeurs à types essentiellement solides où on ne puisse trouver à l'aspect macroscopique, soit des vacuoles, des géodes, de véritables cavités kystiques. Le cancer de l'ovaire (épithélioma, sarcome, endothéliome) n'est jamais non plus une tumeur uniquement solide : il est creusé en plusieurs points de cavités remplies de liquide, c'est vraiment alors une tumeur à consistance mixte. Il n'est pas jusqu'aux embryomes qui ne participent de cette constitution hybride.

Inversement, il n'est pas de kyste de l'ovaire — tumeur liquide par excellence — qui ne contienne des parties solides en un ou plusieurs points¹.

Que deviennent dès lors ces cadres étroits de tumeurs liquides et de tumeurs solides où la tradition prétend enfermer les variétés, infiniment complexes par leur nature, des tumeurs ovariennes ? Ils sont

1. PAPIN et SABAREANU ont rapporté un cas curieux de kyste mucoïde de l'ovaire avec fibrome intra-kystique, véritable fibrome du kyste (*Soc. anat.*, 1904, p. 531).

brisés par l'anatomie pathologique qui révèle, en outre de cette hybridité de consistance, l'analogie ou les affinités de structure histologique et qui, par l'histogénèse, établira des liens de parenté méconnue entre des productions néoplasiques qu'on avait l'habitude de considérer comme bien éloignées. Aussi faut-il considérer aujourd'hui ces termes de tumeur solide de l'ovaire comme vains et faux surtout, puisqu'en définitive, — à de très rares exceptions près, — il n'existe pas de tumeur solide, toutes celles-ci pouvant être à la fois solides et liquides.

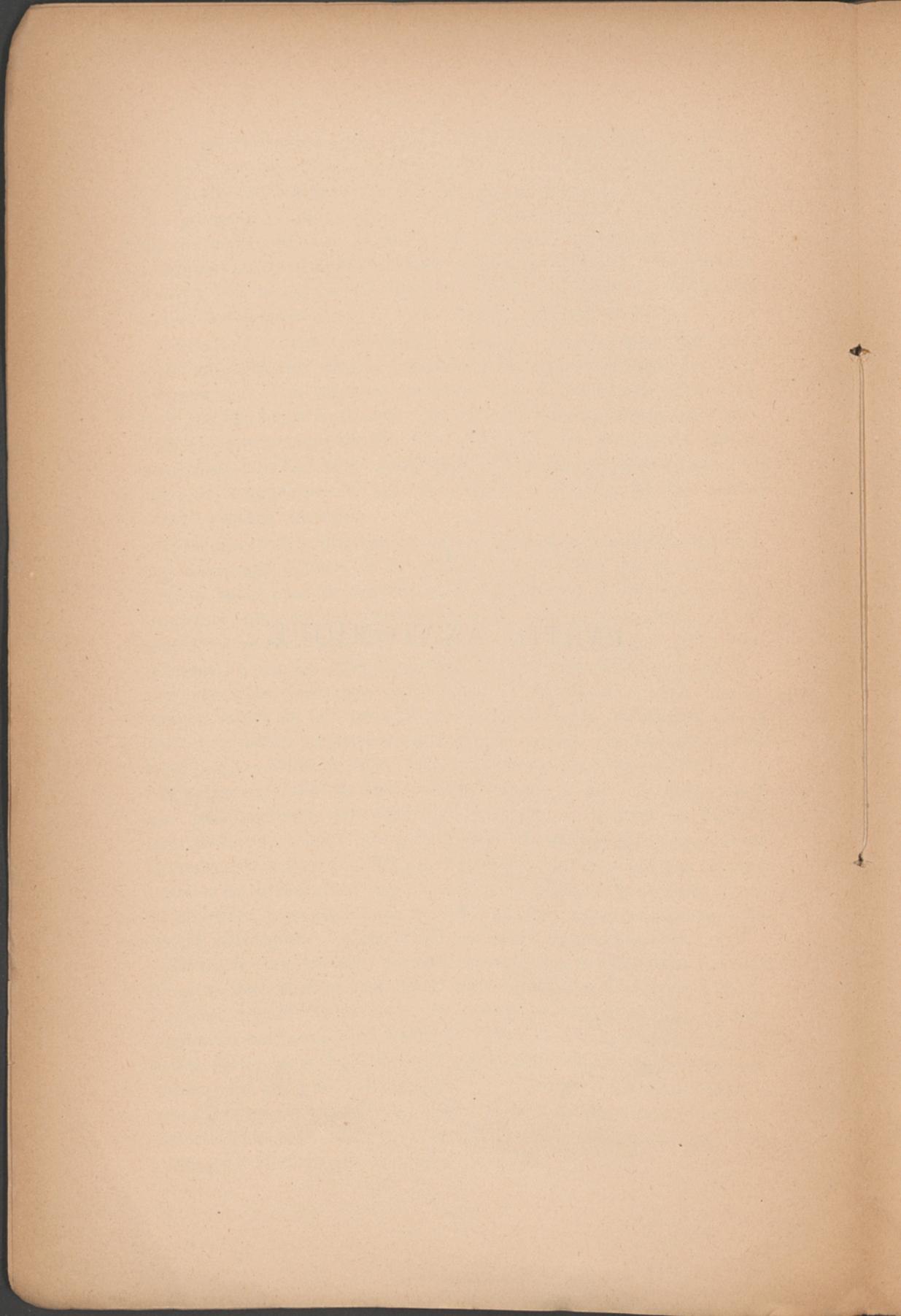
Ceci admis, — sans contestation, je pense, — j'estime qu'à titre purement conventionnel on peut conserver cette expression commode pour désigner tout ce qui n'est pas franchement kystique, au sens où l'on entend le kyste banal de l'ovaire, c'est-à-dire le fibrome, le sarcome, l'épithélioma, les tumeurs mixtes et les embryomes. Je laisserai de côté le papillome, dont l'étude est maintenant faite et qui me paraît ici sans intérêt, en comparaison des grandes questions soulevées par les autres tumeurs moins connues.

Une classification clinique en tumeurs bénignes et malignes ne serait pas davantage à l'abri de la critique, étant donné que le kyste de l'ovaire banal peut se compliquer de dégénérescences malignes par des transitions insensibles et que des sarcomes, par exemple, évoluent avec lenteur et ne récidivent pas comme certains épithéliomas après leur ablation. Je pourrais également rappeler l'évolution maligne de certains fibromes sans dégénérescence (DEMONS, CODET-BOISSE), ainsi que la marche rapide de tels embryomes kystiques (kystes dermoïdes) qu'on croyait de nature toujours bénigne naguère encore. Ces exemples montrent suffisamment, je pense, qu'il n'est pas de cadre clinique parfait où l'on puisse enfermer ces divers néoplasmes dits solides. La clinique, pas plus que l'anatomie macroscopique grossière, ne peuvent nous servir pour définir et classer. Au demeurant, la chose est d'intérêt secondaire si l'on convient de n'accorder aux termes de tumeur solide que le sens grossier de tumeur constituée en majeure partie par des masses dures ou charnues, avec des combinaisons kystiques, sans préjuger de leur nature histologique, de leur origine, de leur évolution clinique.

Tel est le plan, encore bien grand, que je me suis tracé dans le vaste domaine des tumeurs ovariennes. Avant de les présenter au point de vue clinique et thérapeutique, — en insistant sur les points litigieux, mal connus ou nouveaux, — il me paraît indispensable de consacrer la première partie de ce rapport à une étude anatomo-pathologique un peu ardue, mais qui a bien son intérêt, car on y verra soulever des problèmes d'origine, de nature histologique, dont la solution n'est pas encore venue et pour laquelle il est nécessaire de se dégager des conceptions du passé et de chercher une orientation nouvelle.

I

PARTIE ANATOMIQUE



PREMIÈRE PARTIE.

PARTIE ANATOMIQUE.

CHAPITRE PREMIER.

I. — Classification.

Pour l'ovaire, ainsi que l'a fait CHEVASSU pour le testicule, il est logique, pour classer les tumeurs, de partir de l'anatomie normale de l'organe. Les tumeurs n'étant qu'un mode de l'évolution anormale de cellules normales, il semble qu'on doive trouver dans celle-ci l'origine de ces proliférations désordonnées et monstrueuses qui constitueront le type dominant du néoplasme.

L'ovaire possédant des éléments variés, l'étude de son anatomie normale va permettre de jalonner l'évolution ultérieure de ces éléments vers la néoplasie. Chacun de ces éléments donnera-t-il son néoplasme propre, c'est ce qu'il faudra vérifier. D'autre part, l'ovaire, au cours de sa migration comme de sa formation, se trouvant dans le voisinage de certains éléments ou organes (corps de WOLFF), pourra, de ce fait, englober certaines parcelles de ces éléments, lesquels viendront s'adjoindre aux éléments propres de l'ovaire et donner une tumeur d'une complexité parfois très grande.

L'anatomie de l'ovaire adulte comprend des éléments spéciaux à l'organe et des éléments communs à tous les parenchymes.

L'élément spécial est le follicule ou ovisac d'où dérivera le corps jaune.

Ces follicules sont coulés dans une gangue formée de cellules fusiformes groupées en fascicules et sont situés dans la zone corticale. Plus profondément, le tissu conjonctif de l'ovaire se continue avec le hile ; les cellules fixes y sont rares ; les fibres conjonctives, élastiques et musculaires lisses, s'y observent en abondance, le tout formant tissu de remplissage et escortant les organes vasculo-nerveux.

Ce stroma ovarien est revêtu d'un épithélium particulier formé de cellules polyédriques et qui cesse brusquement au niveau du hilé. Les éléments propres à l'ovaire doivent vraisemblablement donner des tumeurs propres à l'ovaire; les autres éléments donneront à leur tour des fibromes, des sarcomes, des épithéliomes. Il faut noter en passant que l'ovule n'a jamais été rencontré dans une tumeur.

De même que CHEVASSU l'a établi pour le testicule, il est possible de décrire des *tumeurs spéciales* à l'ovaire développées aux dépens des follicules ou du corps jaune, et des *tumeurs banales* formées aux dépens du tissu conjonctif fibreux ou lâche. Celles-ci sont les mieux connues sous les dénominations de fibromes, fibro-sarcomes, épithéliomes, sarcomes, endothéliomes, périthéliomes. Les folliculomes et les tumeurs du corps jaune, les vraies tumeurs ovariennes en somme, sont encore de notion récente, et l'on possède trop peu de faits pour en présenter une étude suffisante. Je montrerai où en est cette question à l'heure actuelle pour servir à de nouvelles recherches.

Ce préambule m'amène à proposer la classification suivante, calquée à peu de chose près — je dois le dire et à dessein, car elle est bonne — sur la classification de CHEVASSU pour les tumeurs du testicule.

Je les divise d'abord en deux grands groupes : les *tumeurs homotopiques* et les *tumeurs hétérotopiques*.

A) TUMEURS HOMOTOPIQUES.

I. — Tumeurs histioides propres à l'ovaire :

- a) *Néoplasmes des follicules* (folliculome)?
- b) — *de l'épithélium* de revêtement (epithelioma).

Cet épithélium de revêtement étant le tissu d'origine des cordons de V. PFLÜGER qui se segmentent plus tard en follicules, il a paru légitime de grouper les épithéliomes dérivés de cette couche de revêtement et les folliculomes qui semblent procéder de la même origine. Cette division est faite pour une dénomination commode et facile à comprendre; en réalité, l'origine est tout autre, comme j'essaierai de le montrer.

II. — Tumeurs histioides banales.

Comme terme de transition, je place ici les *Endothéliomes*, les *Périthéliomes*, chers aux auteurs allemands. A l'heure actuelle, on les

considère comme des épithéliomes très atypiques infiltrant le tissu conjonctif. A côté de ces tumeurs, je crois juste de classer les *Formations chorio-épithéliomateuses*.

Viendra ensuite la grande classe des tumeurs du tissu conjonctif.

Tissu conjonctif.	}	fibreux.	{ fibrome. fibro-myome.
		lâche.	{ sarcome. myxome. carcinome.

B) TUMEURS HÉTÉROTOPIQUES.

Elles sont dues à l'inclusion de tissus n'ayant aucun rapport avec celui de l'ovaire.

Hypernéphromes ovariens.

Tératomes thyroïdiens (*strumæ ovarii*).

Tumeurs mixtes.	}	tumeurs mixtes simples (ostéomes, chondromes, etc.).	
		embryomes.	{ kystiques (k. dermoïdes). solides.
		tératomes.	{ organomes (tissus embryon- tératomes (tissus adultes) proprement dits.

Tumeurs métastatiques, secondaires à des cancers d'autres organes (estomac, intestin, sein, utérus), tumeurs bilatérales toujours et connues encore sous le nom de *Cancer de Krukenberg*.

Je dis tout de suite qu'étant donné l'extrême complexité des formes histologiques sur les coupes examinées, la combinaison souvent inexplicable de types cellulaires différents, et les erreurs d'interprétations consacrées par l'usage, cette classification pathogénique n'est probablement que temporaire et sujette à révision. Une orientation nouvelle permet d'entrevoir dans un jour peut-être prochain des conceptions plus exactes sur la pathogénie de ces tumeurs. C'est ainsi, pour prendre un exemple, que le cancer épithélial est le plus souvent, comme je l'indiquerai, une tumeur formée aux dépens d'éléments d'origine wolffienne, partant une tumeur d'origine embryonnaire, tout comme le kyste banal de l'ovaire

(épithélioma mucoïde de MALASSEZ) n'est peut-être qu'une sorte d'embryome kystique. L'influence renaissante de la théorie de CONHEIM orientera sans doute les conceptions pathogéniques de demain vers l'origine embryonnaire, ainsi qu'elle a rénové les conceptions d'autres tumeurs de l'organisme. Ce point de vue spécial appelle de nouvelles recherches pour en fixer définitivement la valeur, et j'ai voulu seulement dans ce rapport indiquer la voie nouvelle dans laquelle il faut s'engager pour sortir du chaos histologique que représentent actuellement les tumeurs solides de l'ovaire. La classification précédente n'a donc pu viser qu'à mettre un peu d'ordre, sans pouvoir encore fixer définitivement la place qui revient à chaque variété de tumeur, car il faut avouer que presque tout est à refaire dans cette question.

II. — Histologie et Histogénèse des tumeurs de l'ovaire¹.

A) TUMEURS HOMOTOPIQUES.

a) Les Epithéliomas ovariens.

Il n'est guère actuellement, en gynécologie, de question plus confuse que celle de l'origine de ces tumeurs épithéliales. La grande complexité des types cellulaires observés dans les préparations a suscité la plus grande variété d'explications pathogéniques, et la vérité n'en est point sortie. On sent, en effet, combien tout cela est fragile et quelles réserves il faut faire dans l'interprétation des coupes.

Je vais rapidement montrer ce que nous a légué le passé et indiquer ensuite quelle serait l'opinion, en l'appuyant sur de plus nombreuses preuves, qui s'accorderait le mieux avec l'interprétation histologique de la majorité des préparations.

Les cancers solides de l'ovaire n'ont pas une histoire pathogénique bien ancienne. Ils furent longtemps méconnus parce que inopérés, et quand, à la suite d'autopsies, ils étaient livrés à l'histologiste, ce dernier les assimilait, avec raison d'ailleurs, aux diverses variétés de kystes ovariens et leurs assignait une même origine. C'est donc à l'histogénèse du kyste ovarien qu'il faut remonter — très brièvement

1. Il est bien entendu que je n'ai en vue ici que les tumeurs *primitives*, les seules intéressantes pour leur histogénèse.

s'entend — pour les besoins du raisonnement. Cette assimilation se retrouve parmi les modernes (MAC ILROY, MASSABUAU¹) qui font dériver kystes et tumeurs solides de l'adénome, lequel constituerait le stade initial et passager de la prolifération épithéliale. Cet adénome peut, dans certains cas, évoluer vers la transformation kystique mucoïde, et on peut trouver toutes les formes de transition entre les kysto adénomes simples, les épithéliomes kystiques et les kystes en dégénérescence carcinomateuse vraie.

L'adénome peut aboutir à la formation d'une tumeur papillaire, laquelle peut subir la dégénérescence maligne et devenir des adénocarcinomes ou des carcinomes papillaires.

Enfin l'adénome peut évoluer vers la formation d'un cancer massif non papillaire.

Ceci dit, passons à l'exposé des diverses opinions.

WALDEYER en 1870, dans son histogénèse de l'ovaire, montrant que les tubes de Pflüger sont l'origine du follicule, concluait que les kystes proviennent du développement anormal des tubes de Pflüger ou de leur persistance après le développement de l'ovaire.

MALASSEZ et DE SINÉTY attribuent l'origine des kystes ou des carcinomes à la prolifération de l'épithélium de surface sous forme de tubes ou de cordons qui pénètrent dans le stroma.

VON KALDEN, PILLIET et DELAUNAY, PFANNENSTIEL, VOIGT, ORTHMANN, MASSABUAU publient des observations de tumeurs où l'examen histologique plaide en faveur de cette origine (3 cas sur 20, d'après MASSABUAU).

En plusieurs observations, on a pu surprendre le bourgeonnement de l'épithélium de surface, soit sous forme de cordons pleins (ORTHMANN), soit sous forme d'invaginations tubulaires (GLOCKNER) qui s'enfoncent dans la profondeur et deviennent épithéliomateuses, puis carcinomateuses.

Bien plus souvent, par contre, on n'a pu surprendre cette transition (PICK).

Dans un cas de SANTI, il a été possible de constater une certaine identité entre les cellules qui tapissent les tubes adénomateux — stade initial du carcinome — et l'épithélium de revêtement.

On en a conclu que les épithéliomes tiraient leur origine de cet épithélium de revêtement². Mais quels épithéliomes? M. LECÈNE m'écrit

1. MASSABUAU, *Cancer épithélial de l'ovaire*, thèse de Montpellier, 1906, travail remarquable au point de vue histologique et clinique, et qui sera une date dans l'histoire du cancer de l'ovaire.

2. DREYFUS. *Les tumeurs malignes primitives de l'ovaire*, thèse de Paris, 1907.

qu'il y a une exagération manifeste à voir dans cet épithélium germinatif de recouvrement — tissu spécial par son origine embryonnaire, sa morphologie normale très constante, sa grande résistance même à l'inflammation — le générateur des kystes simples, mucoïdes de l'ovaire. On ne peut considérer comme des dérivés néoplasiques de cet épithélium germinatif que de rares variétés de kystomes à contenu séreux, et peut-être quelques kystes racémeux.

« En effet, dit encore LECÈNE dans les *Tumeurs du Précis de Pathologie chirurgicale*, t. I, les épithéliomes kystiques mucoïdes de MALASSEZ — les kystes de l'ovaire classiques — ne peuvent être vraisemblablement rattachés à aucune des formations épithéliales de l'ovaire normal : les cellules qui tapissent les cavités kystiques sont du type cylindrique haut. La plupart sécrètent du mucus et présentent l'aspect caliciforme, et parfois aussi elles sont ciliées. Il faut bien admettre que ces cellules épithéliales proviennent d'un débris épithélial intra-ovarien dont l'inclusion remonterait à la période intra-embryonnaire. C'est une inclusion wolffienne, car on retrouve dans certaines tumeurs d'origine wolffienne des formations épithéliales analogues. La théorie qui faisait des épithéliomes kystiques des dérivés pflügériens n'est plus soutenable, car les cellules des tubes de Pflüger de l'ovaire ne ressemblent pas du tout aux cellules muqueuses des épithéliomas kystiques. En définitive, les kystes de l'ovaire, de par leur morphologie histologique, paraissent bien être des tumeurs dérivées de débris aberrants wolffiens ; peut-être sont-elles des embryomes kystiques. C'est grâce à une *inclusion de quelques éléments de la masse protovertébrale, toute proche de l'éminence génitale, qu'on peut expliquer, comme pour les embryomes kystiques, l'inclusion intra-ovarienne du corps de WOLFF qui donnera plus tard un épithélioma kystique ou infiltré de l'ovaire.* »

On ne peut pas plus, en effet, rattacher aux cellules épithéliales du follicule de *de Graaf* les épithéliomas infiltrés que les épithéliomas kystiques mucoïdes et les épithéliomas papillaires : la morphologie cellulaire en est toute différente et la conception d'une inclusion épithéliale embryonnaire intra-ovarienne, d'origine wolffienne probablement, satisfait davantage l'esprit.

Nous voici loin de l'opinion classique et univoque de l'origine aux dépens de l'épithélium germinatif ; c'est vers un ordre d'idées, basé sur la morphologie histologique, qu'avec LECÈNE, par exemple, il faudra évoluer.

En même temps que l'on faisait remonter l'origine des épithéliomas à l'épithélium germinatif, on créait une classe de tumeurs nées de l'épi-

thélium folliculaire. L'épithélium du follicule est, en effet, proche parent de l'épithélium germinatif; l'assimilation pathogénique devait se faire naturellement. Mais ici tout se complique. L'épithélium de la thèque interne, dérivé vraisemblable de l'épithélium germinatif, a la même structure que lui sur les follicules jeunes; plus tard il subit des évolutions variées pour aboutir aux cellules à lutéine du corps jaune. Or FOULIS et WENDELER avaient soutenu que la couche des cellules granuleuses du follicule résultait d'une transformation des cellules conjonctives; *il ne peut donc y avoir d'épithélium d'origine folliculaire, car ce seraient des sarcomes*. Il faudrait admettre alors, si la chose était prouvée, une véritable transformation des cellules conjonctives en cellules épithéliales!

Une autre hypothèse est celle de DELÉPINE et de GOTTSCHALCK, qui pensent que le follicule serait capable de donner naissance à des productions semblables à lui-même dont la paroi serait composée de petits follicules, et ainsi de suite. Cette tumeur dont ils décrivent chacun un exemple, ils l'appellent *folliculome*. Cette origine folliculaire, pas plus que la formation de nouveaux follicules dans la paroi d'un ovisac, n'est absolument démontrée. L'argument tiré de la présence d'un ovule dans une des cavités (MASSABUAU) n'est pas probant. En effet, la granuleuse ne sécrète pas l'ovule et, d'autre part, la communauté d'origine de la cellule ovulaire et de la granuleuse est au moins fort douteuse (DREYFUS). Du reste, MASSABUAU, avec circonspection, n'attribue qu'une origine « vraisemblablement » folliculaire à ces tumeurs¹. Serait-elle exacte même, cette théorie n'expliquerait que des cas très rares, ce qui justifie en somme son abandon. LECÈNE n'a vu qu'une fois une tumeur qui lui paraît être un folliculome partiellement kystique. Les cellules ressemblaient tout à fait à celles du follicule en évolution vers les cellules à lutéine². Ces cellules renfermaient une grande quantité d'éléments solubles dans le xylol, qui donnent à la tumeur fraîche l'aspect soufré si spécial au corps jaune. Quant à l'ovule, LECÈNE ne l'a jamais rencontré comme partie intégrante authentique d'un néoplasme de l'ovaire.

En résumé, un premier argument me semble être la rareté; d'autre part, l'épithélium du follicule peut-il donner naissance à un épithéliome atypique? C'est possible, mais nullement démontré jusqu'à présent; il est à croire, en se basant sur la morphologie et les réactions des cellules, que les épithéliomas infiltrés de l'ovaire ne peuvent pas être de

1. 8 cas sur 20 (MASSABUAU).

2. CHRISTIAN. *Un cas d'épithéliome à granulations de lutéine, d'origine probablement ovarienne* (Soc. anat., 17 juin 1910, p. 639).

légitimes dérivés de l'épithélium germinatif ou de l'épithélium des follicules, proches parents.

Théorie mullérienne. — Jusqu'ici nous étions dans le domaine de l'origine histologique ; avec MARCHAND, l'hypothèse histogénique fait un emprunt à l'embryologie, et nous inaugurons une série de conceptions qui ne doit pas finir. Ce sera ici un débris de l'épithélium mullérien égaré au niveau du pôle tubaire de la surface ovarienne, par suite d'une anomalie fœtale. L'épithélium mullérien de la trompe et l'épithélium de recouvrement de l'ovaire, au lieu d'être séparés normalement à la « *fimbria ovarica* » sont, par une disposition anormale, en contact sur une certaine étendue, d'où possibilité de pénétration de débris qui, s'éveillant ultérieurement, donneront des tumeurs à type cylindrique cilié. Cette hypothèse, pas plus que celle de WILLIAMS, à propos d'une adhérence d'une frange tubaire à la surface ovarienne, pour expliquer les formations tubulaires tapissées d'épithélium cylindrique cilié, n'a pu être vérifiée et n'est plus aujourd'hui qu'un souvenir.

La tendance à invoquer des débris embryonnaires d'origine diverse s'accentue avec WALTHARD. Dans son mémoire (*Zür Ätiologie der ovarialadénome*), WALTHARD pense que les cellules qui constituent la membrane granuleuse du follicule ne viennent ni de l'épithélium germinatif ni des résidus du corps de Wolff dans l'ovaire. Ces cellules folliculaires sont disposées en foyers cellulaires ou en tubes disposés çà et là dans le stroma, et se trouvent en rapport avec un follicule primaire. Cette formation épithéliale, s'accroissant parallèlement au follicule, peut ne pas entrer tout entière dans la formation du follicule ; il reste alors des tubes plus ou moins développés et des amas cellulaires qui donneront plus tard des formations adénomateuses évoluant soit vers le kyste, soit vers l'épithélioma infiltré.

De plus, WALTHARD décrit dans l'épithélium superficiel de l'ovaire des foyers pluristratifiés de cellules plates, ou cubiques, ou cylindriques, avec ou sans cils, enfin des cellules caliciformes. Ce sont, dit-il, des amas de cellules congénitalement égarées dans les tissus normaux.

Ces *amas cellulaires* donnent des tubes adénomateux à revêtement variable, comme leur nature, d'où dériveront des kystes, des papillomes, des épithéliomas infiltrés. C'est dans ces débris embryonnaires qu'il faudrait voir l'origine des épithéliomas ovariens, si divers parfois de structure histologique. On trouvera peut-être là l'interprétation de certains néoplasmes à structure bizarre, comme ceux de SHATOCK et de LOCKYER. WALTHARD avait, dans ses deux hypothèses, éliminé soigneusement tout débris du corps de Wolff. Or, OLSHAUSEN, DORAN, HOWEL avaient depuis 1889 fait appel à cette origine wolffienne des tumeurs de l'ovaire.

Il est facile de voir, en étudiant l'embryologie de l'ovaire, combien cet organe est entouré de débris wolffiens. Sur une coupe d'embryons figurée dans le mémoire de LECÈNE sur les anéomyomes de l'utérus¹, on voit, tout au contact de la glande génitale, en dehors d'elle, des débris wolffiens. En les étudiant à un fort grossissement, on en retrouve certains qui sont formés de tubes tapissés d'un haut épithélium cylindrique ou de cellules caliciformes indiscutables. LECÈNE verrait volontiers dans ces débris wolffiens juxta ou intra-ovariens (ils persistent normalement dans le *rete ovarii* d'un certain nombre d'animaux, et il serait bon de les rechercher sur les ovaires d'enfants) l'origine de la majorité des kystes dits mucoïdes et d'un grand nombre de tumeurs épithéliales malignes, à grands kystes ou microkystiques de l'ovaire. Il a vu un certain nombre de fois des cancers demi-solides, demi-kystiques de l'ovaire — comme ils le sont si souvent — qui étaient tout à fait rattachables à ces débris wolffiens.

Cette opinion intéressante mérite toute l'attention des histologistes et appelle de nouvelles recherches pour l'admettre définitivement.

Quoi qu'il en soit, à l'heure actuelle, voulant simplement mettre la question au point pour le passé et pour l'orientation nouvelle, je dirai que ces épithéliomas infiltrés de l'ovaire ne peuvent — pas plus que les épithéliomas kystiques mucoïdes ou les papillaires — dériver des cellules épithéliales du follicule; ils n'en rappellent pas la morphologie cellulaire, et il faut chercher ailleurs, vers une inclusion épithéliale intra-ovarienne (débris wolffiens), les raisons de leur origine et les rapprocher des tumeurs mixtes du testicule (LECÈNE).

Il s'ensuit que les épithéliomas de l'ovaire — mucoïdes, papillaires, infiltrés —, parce que leur structure ne permet pas de les rattacher à l'épithélium de l'ovaire normal, doivent être rangés dans une classe à part des épithéliomas, à côté des épithéliomas adamantins et des cylindromes, parce qu'ils sont tous également développés aux dépens de débris épithéliaux aberrants (LECÈNE).

b) *Endothéliomes et périthéliomes.*

Ces deux mots, dont on a fait en Allemagne un étrange abus, désignent des néoplasmes développés aux dépens des cellules endothéliales de la tunique interne des vaisseaux (endothéliomes) ou de la gaine conjonctive périvasculaire (périthéliomes).

Cette définition semble devoir classer ces néoplasmes dans la série conjonctive, et telle fut, en effet, la signification histogénique qu'on leur

1. LECÈNE, *Annales de gynécologie*, 1909.

donna pendant longtemps. Une réaction s'opère actuellement qui change leur provenance et menace même leur existence, comme c'est le cas pour le pèrithéliome. De plus en plus on tend à ranger les endothéliomes ovariens parmi les épithéliomas dégénérés, et c'est la raison qui me les a fait placer ici comme un terme de transition entre les tumeurs de la série épithéliale et celles de la série conjonctive.

PICK, qui est avec APELT, BARBOUR, BROUHA, BRUCKER et AMANN *junior* un de ceux qui ont le plus écrit sur cet endothéliome ovarien, en décrit les dispositions cellulaires suivantes :

1° Des chaînes de cellules d'aspect épithélial disposées parallèlement à la direction des fibres conjonctives du stroma dans les fentes dépourvues de revêtement endothélial, mais très nettement limitées par une ligne sombre ; à un examen attentif, ces chaînes cellulaires ne sont autre chose que des tubes remplis de lymphe ou de globules sanguins et sont formées par l'endothélium proliférant ;

2° Des formations cellulaires rappelant des glandes tubulées avec lumière distincte, difficiles à distinguer d'un adénome ou d'un adénocarcinome ;

3° Des points sarcomateux avec arrangement alvéolaire.

Ces trois dispositions peuvent coexister (un cas de PICK) ou exister séparément.

A cette disposition histologique, AMANN ajoute les classifications histogénétiques suivantes :

a) Le pèrithéliome, naissant des gaines lymphatiques, voire même de la face externe du vaisseau sanguin lui-même ;

b) L'endothéliome intra-vasculaire, provenant de l'endothélium des vaisseaux sanguins ;

c) L'endothélium lymphatique.

D'après PROCOPIO (de Naples), on ne saurait admettre sans réserve cette classification, parce que les rapports entre les capillaires sanguins et les capillaires lymphatiques dans le tissu ovarien n'ont pas encore été suffisamment élucidés.

L'origine endothéliale aurait été prouvée par la transformation prise sur le fait des cellules de l'endothélium lymphatique en cellules épithélioïdes, qui prolifèrent, remplissent les vaisseaux ou les fentes lymphatiques qui leur ont donné naissance, les brisent pour se ruer dans le stroma.

Cette origine endothéliale est l'objet de nombreuses controverses (ECKHARDT, VOIGT, BROUHA). L'existence même de ces endothéliomes n'est rien moins que prouvée dans certaines observations (OLSHAUSEN, AMANN *junior*, ECKHARDT).

L'endothéliome, en définitive, quand il existe réellement (on en a rap-

porté sept cas), est-il un sarcome (MARCHAND, LÉOPOLD, AMANN), un carcinome (KLAATSCH) ou un lymphangio-carcino-sarcome (PICK)? Vient-il même du follicule (WENDELER)? Est-il distinct de l'épithéliome (BROUHA)?

En France, CORNIL et LETULLE semblent mettre en doute l'existence de l'endothélium vasculaire; ils se basent sur la facilité avec laquelle la cellule endothéliale réagit à l'irritation causée par les proliférations néoplasiques, en empruntant la forme même de la cellule néoplasique. D'autre part, existe-t-il dans l'ovaire des éléments susceptibles de donner naissance à des tumeurs méritant cette épithète? C'est ce qu'en l'état actuel de la question il est bien difficile d'affirmer.

CARL ne nie pas l'existence de l'endothéliome; il se rattache à ceux qui disent que c'est une variété bien caractérisée. « En anatomie normale, la conception d'endothélium est toujours flottante, et les cellules de couverture des grandes séreuses qui ont d'abord amené HIS à créer ce nom en 1865 cessent maintenant — depuis que la théorie du cœlome se répand de plus en plus — d'être considérées comme endothéliales. Les observations isolées, comme le prouve l'existence des cellules vibratiles sur les cellules qui tapissent la cavité pleuro-péritonéale (VON BRUN), ont ensuite apporté un appui à l'opinion de la nature épithéliale de ces cellules. »

Le revêtement péritonéal de l'ovaire occupe encore une place à part dans la séreuse péritonéale en ce que, par l'invagination, il donne naissance aux ovules dont personne ne niera la nature épithéliale.

WALDEYER avait caractérisé cette situation à part du péritoine ovarien par le nom d'épithélium germinatif.

A l'heure actuelle, on ne considère pas l'endothélium comme autrefois, c'est-à-dire comme formé par les fentes des vaisseaux et des lymphatiques. On sait aujourd'hui que du véritable endothélium on n'en trouve qu'à la partie postérieure de la cornée et de quelques fentes lymphatiques qui recouvrent les vaisseaux. Ce qui recouvre les séreuses, ce n'est pas un vrai endothélium bien démontré, c'est plutôt un épithélium.

D'autre part, ajoute CARL, c'est par déduction qu'on a attribué l'origine endothéliale à ces tumeurs; mais on ne peut faire une déduction sur des parties vieilles et dégénérées, il faudrait faire des examens sur des parties jeunes et éloignées pour saisir l'origine, et ce sera après avoir éliminé le carcinome et le sarcome qu'on pourra parler d'endothéliome.

A part cette question d'origine, de nombreuses causes d'erreurs empêchent une mise au point des endothéliomes ovariens. En outre des formes de transition entre les cellules endothéliales et les cellules épithélioïdes de l'endothéliome, des doutes peuvent naître de la présence

dans ces tumeurs de productions pseudo-glandulaires signalées par beaucoup d'auteurs. Enfin, avant de porter le diagnostic d'endothéliome, il faudrait rechercher s'il n'existe pas de néoplasme primitif de tout autre organe (GLOCKNER).

Ces cellules épithélioïdes rendent souvent bien difficile la distinction entre l'endothéliome et l'épithéliome ; cependant les cellules endothéliales, même très hypertrophiées, n'atteignent presque jamais les dimensions des éléments épithéliaux, leur corps protoplasmique est moins nettement dessiné. Malgré tout, la confusion peut se faire encore, et l'on ne devra affirmer l'existence d'un endothéliome que lorsqu'on aura rencontré sur les coupes des vestiges reconnaissables des parois vasculaires. « On retrouvera souvent en ces points des figures de transition entre les cellules endothéliales normales, aplaties, et les formes cubiques, polyédriques, *pseudo-épithéliales, qu'elles affectent lorsqu'elles sont dégénérées.* » (POZZI, *Gynécologie*, p. 1025).

Cet aspect épithélioïde rappelle les tumeurs de l'ovaire décrites par KLEBS (adéno-sarcomes) et KRUKENBERG (fibro-sarcoma mucocellulare carcinomatodes), tumeur d'une malignité extrême.

Ce n'est pas tout : la tumeur peut revêtir aussi l'aspect du sarcome diffus, quand les cellules endothéliales dépassent les limites du vaisseau lymphatique, et envahir d'une manière désordonnée le stroma.

Tous ces aspects variés ont rendu confuse la physionomie exacte de l'endothéliome et autorisé toutes les interprétations. Il semble qu'on pourrait réduire cette diversité à de plus étroites proportions par la signification de dégénérescence à attribuer à ces éléments épithéliaux.

S'il est ainsi difficile de distinguer une tumeur endothéliale d'une néoformation épithéliale ou conjonctive, les difficultés doivent être encore plus grandes s'il faut faire le diagnostic entre une tumeur née de l'endothélium même et une néoplasie secondaire, née sur cet épithélium aux dépens d'éléments hétérogènes apportés par le sang ou la lymphe.

En voilà suffisamment pour montrer qu'en l'état actuel, il n'est guère de question plus obscure et plus difficile à traiter. Après les excès qui ont suivi les travaux de RECKLINGHAUSEN et de RINDFLEISCH, le domaine des endothéliomes pour d'autres organes (plèvres, méninges, péritoine) tend à se rétrécir. RIBBERT, en 1904, l'a réduit déjà à de plus justes proportions, et *l'on tend aujourd'hui à considérer ces soi-disants endothéliomes comme des épithéliomes ou des tumeurs mixtes* (A. MALHERBE, LECÈNE). Ce seraient des néoplasmes mixtes, participant à la fois des épithéliomes et des sarcomes. Il est bon de faire remarquer, dit MALHERBE¹, que plusieurs tumeurs données comme des endothélio-

1. A. MALHERBE. *Recherches sur le sarcome*, 1904.

mes de l'ovaire étaient liées à la présence de kystes dermoïdes : le fait est intéressant, car on sait qu'on peut trouver dans les dermoïdes toutes sortes de tumeurs associées, et que ces tumeurs fœtales ont une évolution tout à fait distincte de celle des tumeurs développées aux dépens de l'organisme adulte. Ces figures de tumeurs ne ressemblent pas aux espèces connues sous le nom d'endothéliome du cerveau, par exemple, dont les cellules sont lamelleuses. Il faut, par suite, réserver une place à part à ces tumeurs; s'il était bien prouvé qu'elles procèdent de kystes dermoïdes; il faudrait les constituer en groupe distinct, les cancers d'un kyste, les *fœtomes malins* (MALHERBE).

Si, d'autre part, on préfère les considérer comme des épithéliomes, il s'agit alors d'épithéliomes très atypiques infiltrant le tissu conjonctif.

En définitive, on tend actuellement à interpréter mieux, sinon plus clairement, la diversité des formes histologiques des endothéliomes et à les envisager soit comme des *tumeurs mixtes*, soit comme des *épithéliomas atypiques*.

Quant aux périthéliomes, leur existence est de plus en plus contestée, et l'on peut penser que les périthéliomes d'Eberth doivent être regardés comme des *sarcomes à disposition péri-vasculaire particulièrement marquée* (LECÈNE).

c) *Tumeurs chorio épithéliomateuses.*

L'existence en des points très divers de l'économie de tumeurs reproduisant exactement les formes histologiques des chorio-épithéliomes utérins est un fait démontré par les travaux de ces dernières années. Le mémoire de PICK¹, celui de YWASE² (de Tokio), l'article de FORGUE et MASSABUAU³ sont les meilleures études de cette délicate question; je leur ferai de larges emprunts.

Tout d'abord ces tumeurs sont rares puisque YWASE ne connaît d'authentique, que le cas de KLEINHAUS et deux cas observés par lui à la clinique de DÖDERLEIN; FORGUE et MASSABUAU en citent également deux cas, mais il est à croire que le nombre s'accroisse à mesure qu'on y songera davantage.

Il y a des tumeurs chorio-épithéliales développées chez des femmes dans divers organes, mais en relation plus nette avec une grossesse, un accouchement ou un avortement. On a pensé qu'il s'agissait soit d'une

1. PICK. *Berliner Klin. Woch.*, 1904, n° 7.

2. YWASE. *Arch. f. gyn.*, 1908, p. 414.

3. FORGUE et MASSABUAU. *Rev. de Gyn.*, 1908.

métastase d'une tumeur utérine passée inaperçue (KOSSMANN), soit d'une tumeur développée par une embolie syncytiale à point de départ utérin (PICK).

On les a rencontrées dans le testicule; PICK les a étudiées dans l'ovaire à propos de six observations.

Elles se présentent :

a) Tantôt comme des embryomes avec proliférations du tissu chorio-épithélial ;

b) Comme des tumeurs chorio-épithéliales pures, dans lesquelles on ne trouve que des amas de cellules claires, type LANGHANS, et des formations syncytiales.

Les tumeurs du *type embryome* s'expliquent en disant que dans un embryome, qui renferme des dérivés des trois feuilletts du blastoderme, l'ectoderme peut donner naissance aussi bien à du tissu chorio-épithélial — puisque MARCHAND, DUVAL, SIEGENBECK, VAN HAKEULOM admettent que les éléments épithéliaux du chorion dérivent de l'ectoderme fœtal — qu'à du tissu nerveux ou à de l'épiderme.

PICK a étendu cette hypothèse pathogénique au deuxième groupe, celui des tumeurs chorio-épithéliomateuses pures; il pense qu'il faut les considérer aussi comme des embryomes, des *embryomes simplifiés*, dans lesquels les dérivés de l'ectoderme seul se sont développés sous la forme de tissu chorio-épithélial néoplasique.

FORGUE et MASSABUAU ne partagent pas cette manière de voir, parce que, d'une part, l'aspect morphologique et la disposition des éléments constitutifs de ces néoformations ne sont pas caractéristiques du chorio-épithéliome vrai, et, d'autre part, des formations giganto-cellulaires peuvent se voir dans diverses tumeurs conjonctives ou épithéliales.

Les cancers épithéliaux à formations plasmodiales sont connus par les articles de GLOCKNER, PFANNENSTIEL et FORGUE.

En outre, la présence de cellules claires, à gros noyau, renfermant du glycogène, n'est pas davantage caractéristique d'une origine choriale.

Une autre raison, qui éloigne FORGUE et MASSABUAU de l'opinion de PICK, c'est qu'il existe des tumeurs épithéliales ou conjonctives dans lesquelles on saisit la transformation des éléments cellulaires néoplasiques en formation de type chorio-épithéliomateux complet (cas de MICHEL, SCHMAUS, STERNBERG, MARX, DJETIMSKI, FORGUE et MASSABUAU).

Dans toutes ces tumeurs, on trouve la série des termes de passage entre les alvéoles carcinomateuses, les amas cellulaires avec volumineux plasmodes et les foyers hémorragiques revêtus de bandes protoplasmiques de type syncytial.

Dès lors — laissant de côté pour l'instant les chorio-épithéliomes dans es embryomes — on peut considérer bien des tumeurs chorio-épithé-

liales pures ou placentomes rapportées dans la littérature comme des *épithéliomas dont les cellules subissent au contact des vaisseaux une transformation spéciale du type chorio-épithéliomateux* (chorio-épithéliomartig), mais ne représentent pas le chorio-épithéliome vrai, au sens de MARCHAND.

d) *Fibrom*

Les seuls points que je veuille exposer ici sont le type histologique et les caractères anatomiques de l'évolution maligne. Pour ce qui est de l'anatomie macroscopique (nombre, volume, siège, consistance, etc.), tout cela est connu, se trouve partout et m'a paru de ce fait moins intéressant à exposer dans ce rapport que les points spéciaux que j'ai signalés.

En dépit des doutes émis, le fibrome pur, sans mélange à un degré quelconque de fibres musculaires, ce fibrome, dis-je, existe, mais il est encore assez rare, et on est à compter les cas. Le fibro-myome, dans lequel les éléments musculaires lisses se combinent dans des proportions variables avec les fibres conjonctives, serait plus fréquent, mais ses caractères histologiques sont bien connus, et, par suite, il me paraît inutile d'en parler ici¹.

Le fibrome pur est plutôt rare, puisque, sur un total de cent quatre-vingt-douze kystes ovariens, traités par VAUTRIN en dix ans, il a observé seulement cinq cas de fibromes. D'après d'autres, MARTIN, PFANNENSTIEL, DARTIGUES, on peut arriver à la proportion de 2 à 3 p. 100. Parmi les tumeurs de l'ovaire, le fibrome est encore le plus fréquent, puisque BRIGGS établit que sur quarante-neuf tumeurs solides, trente et une étaient des fibromes. J'ai eu moi-même la bonne fortune d'en opérer deux, chez deux sœurs, à quelques mois d'intervalle.

Le fibrome ovarien, au début, n'est pas, comme un fibrome utérin, un corps fibreux isolé dans le tissu de l'organe; c'est une lésion diffuse à laquelle l'organe participe tout entier. A son stade de début, on trouve une hypertrophie uniforme, portant inégalement sur divers points.

La forme de la tumeur rappelle parfois grossièrement celle de l'organe; dans les deux cas que j'ai opérés, il s'agissait d'une tumeur régulièrement arrondie, comme un fibrome utérin sous-péritonéal.

1. Ce que je dis ici pour le fibro-myome, je pourrais le redire pour d'autres parties de cette vaste question des tumeurs de l'ovaire. Ne devant pas être une étude complète de la question, mon rapport, pour rester dans l'esprit et le cadre habituel des travaux identiques, a dû se borner à exposer et mettre au point, d'une façon personnelle et nouvelle si possible, les points mal connus ou discutés de ce sujet. Le reste se trouve fait et bien fait partout, et j'ai reculé devant d'inutiles redites ou une banale copie.

La surface est tantôt lisse et tendue (deux cas personnels), tantôt bosselée en lobules. Ces bosselures épaisses, séparées par des sillons, indiquent l'inégalité de développement, plus active en certains points.

C'est, ai-je dit, une hypertrophie néoplasique massive intéressant tout l'organe. Ce qui le prouve, c'est la constatation de follicules de de Graaf, plus ou moins dilatés, plus ou moins atrésiés, sur toute la périphérie de la tumeur. La conséquence, disent VATLRIN et HOCHÉ¹, c'est l'intégrité de l'épithélium germinatif superficiel et, par suite, l'absence d'adhérences. Les fibromes de l'ovaire restent, en effet, généralement mobiles et libres de toute adhérence, sauf dans les cas où il y a eu pelvi-péritonite ou quand la tumeur devenue volumineuse s'est enclavée. De même, chez les femmes âgées où l'épithélium germinatif est moins vivace et disparaît parfois (LÉOPOLD), les fibromes volumineux contractent des adhérences.

Au point de vue histologique, la tumeur est purement fibreuse; néanmoins, certains auteurs pensent que celle-ci ne saurait constituer une classe à part, étant donné qu'on peut voir dans les fibromes les plus purs quelques fibres musculaires lisses. A cela je répondrai qu'il y a des cas non moins nombreux où des coupes portant sur divers points de la tumeur n'ont pu montrer des éléments musculaires; la tumeur doit bien être regardée comme une variété à part du fibrome, un fibrome pur. A n'en pas douter, le fibrome pur n'est pas une exagération histologique, il existe réellement, mais en somme assez rare, et, pour lui donner ce qualificatif, des coupes en divers points devront être rigoureusement pratiquées.

Un fait histologique intéressant à noter aussi, c'est que le tissu ovarien lui-même a presque entièrement disparu de ces tumeurs. Ce n'est plus guère que dans la couche corticale qu'on peut rencontrer encore des vestiges des follicules de de Graaf, soit kystiques, soit hypertrophiés, soit encore atrophiés, comprimés par le tissu fibreux (BANTOCK).

Ceci admis, que devient ce fibrome? Il a une certaine propension à dégénérer en tumeur maligne. Or, cette marche vers la malignisation pourrait déjà être soupçonnée, du fait de la bilatéralité de la lésion (VAUTRIN et HOCHÉ). Ce qui, d'autre part, prouverait que ce fibrome est doué de malignité, c'est qu'il s'observe surtout chez des femmes d'un certain âge. Cette dégénérescence fibromateuse de l'ovaire se produirait ainsi aux mêmes âges que la dégénérescence kystique, et cette coïncidence n'est peut-être pas sans valeur. « Que l'ovaire pathologique subisse les effets de la prolifération conjonctive ou de la prolifération épithéliale, il y a dans l'une et dans l'autre déviation morbide un danger pour l'orga-

1. VAUTRIN et HOCHÉ, *Les fibromes de l'ovaire*, Rev. de Gyn., 1909.

nisme et une propension à une dégénération métatypique, puis atypique, suivie plus ou moins rapidement d'une généralisation fatale. Tel est le rapprochement que la comparaison des tumeurs kystiques et des fibromes de l'ovaire suggère à un chirurgien attentif, et si la notion de bénignité des fibromes s'est implantée dans l'opinion générale, cela tient à la pénurie des observations ou à leur rareté, et aussi à ce que l'on néglige souvent de rapprocher des fibromes certaines tumeurs solides et malignes de l'ovaire qui n'ont en réalité cessé d'être des fibromes purs que le jour où le sarcome et le cancer les ont envahis. » (VAUTRIN et HOCHÉ).

La dégénérescence du fibrome en sarcome n'imprime à la tumeur aucune modification extérieurement appréciable. Seule la consistance se modifie; de dur qu'il était à la coupe, il devient mou, dépressible, se laisse effriter par l'ongle et présente au toucher des foyers de ramollissement. A l'intérieur du tissu fibromateux pénètrent les prolongements du sarcome, sous forme d'éléments cellulaires arrondis ou irréguliers, disposés en groupes. La tumeur devient un fibro-sarcome sur lequel je ne vois rien à ajouter de particulier.

Mais le fibrome n'existe pas toujours ainsi à l'état de pureté, et l'on trouve très souvent des fibro-myomes. HOMANS, BAGOT, KLEBS, TUCKE, TERRIER et HARTMANN ont cité de ces fibromes très riches en fibres musculaires lisses. Ils dégénéraient plus spécialement en sarcomes. Cette *transformation maligne des fibro-myomes* est encore un sujet de controverses : pour certains (PILLIET), le sarcome se développerait aux dépens du tissu conjonctif interstitiel de la tumeur, de celui spécialement qui entoure les petits vaisseaux ce serait un *sarcome surajouté au fibro-myome*. D'autres pensent, au contraire, que dans ces cas ce sont les cellules musculaires lisses qui donnent naissance aux cellules fusiformes sarcomateuses. Ce point appelle de nouvelles recherches. Pour LECÈNE, en particulier, le sarcome proviendrait du tissu conjonctif et non des fibres lisses.

Enfin les tumeurs fibreuses sont pauvres en vaisseaux; il se peut, néanmoins que l'hypergénèse de l'élément vasculaire conduite à ces formes kystiques que SPIEGELBERG a dénommées *fibromes caverneux*.

e) Les Sarcomes.

Parmi les tumeurs malignes de l'ovaire, le sarcome est de beaucoup la plus fréquente. Il affecte indifféremment les nullipares et les multipares, et semble avoir son maximum de fréquence à deux périodes de l'existence; chez l'enfant au-dessous de 15 ans, et chez l'adulte entre 25

et 45 ans. Il est généralement bilatéral chez l'enfant et unilatéral chez l'adulte.

Son volume est très variable, depuis celui d'une bille à jouer jusqu'à remplir tout l'abdomen. Dans un cas de LOCKART, la tumeur mesurait 70 centimètres de circonférence et pesait 5.140 grammes; elle pesait 7 kilogrammes dans le cas de VILLARET.

La surface extérieure en est luisante, plus régulière que celle des fibromes, la forme lobulée, la consistance irrégulière. La paroi est très friable et sa rupture donne issue à des matières demi-solides rappelant la matière cérébrale.

Sur les coupes histologiques, on reconnaît que le sarcome pur est très rare; le plus souvent on a des formes mixtes associées (fibro-sarcome, myxo-sarcome).

Les éléments sarcomateux eux-mêmes sont le plus souvent fusocellulaires (5 sur 7 cas de LOCKART); la variété globo-cellulaire est moins fréquente; le mélanique est exceptionnel, on n'en connaît que 6 cas (AMANN, RUSSEL, ANDREW, WESTENHOFFER, von LEYDEN, WINTERNITZ, BASSO, auquel il faut ajouter un septième, dû à SOUBEYRAND¹).

Les sarcomes de l'ovaire affectent des aspects multiples; on y a rencontré divers éléments, et, somme toute, l'interprétation des coupes est aussi confuse et discutable que celle des tumeurs de la série épithéliale.

En voici quelques exemples.

A côté de l'observation de sarcome à myéloplaxes de SOULIGOUX, — tumeur originaire du tissu conjonctivo-vasculaire — en particulier du tissu vaso-formateur, avec cellules à noyaux multiples en rapport avec les vaisseaux sanguins, — voici celle de FABRIS qui est un lympho-sarcome, voici encore le rhabdomyome de VIGNARD dans lequel toute trace d'ovaire avait disparu. A cela ajoutons les sarcomes à cellules géantes, les oophoromes de BLAND SUTTON décrits tantôt comme sarcomes, tantôt comme carcinomes, et l'on aura une idée de la confusion qui persiste malgré tout dans les sarcomes de l'ovaire.

VIRCHOW signalait déjà ces difficultés à se prononcer entre le sarcome et l'épithéliome ovariens. GIBBON (1905) présentait une tumeur qu'il nommait fibro-sarcome, alors que pour LONGCOPE il devait s'agir plus probablement d'un endothéliome ou d'un carcinome. CURTIS fait le diagnostic d'une variété rare de sarcome à grosses cellules et ne peut préciser ni la nature ni l'origine de la tumeur. Une pièce de PHOCAS est diagnostiquée sarcome bien que le microscope ait montré une région où le stroma était rempli de grosses cellules d'aspect épithélioïde. DONHAUSER fut fort embarrassé pour donner un nom à une tumeur dont le

1. Présenté en juillet 1910 à la *Soc. de chir.*, mais non encore rapporté.

stroma ressemblait tantôt à celui de l'ovaire normal, tantôt avait l'aspect sarcomateux, tandis que çà et là on voyait des agglomérations cellulaires ayant l'aspect de l'adéno-carcinome.

Je pourrais citer encore d'autres exemples pour montrer qu'il est certaines tumeurs dans lesquelles il est fort difficile de différencier les cellules épithéliales des cellules conjonctives; mais c'est inutile, tous les histologistes connaissent ces difficultés, non surprenantes en somme si l'on sait que sur une des formations normales de l'ovaire règne la même incertitude, puisque on attribue à la granuleuse une origine conjonctive malgré l'aspect épithélial des cellules qui la composent (DREYFUS).

On a trouvé également des *cellules géantes* dans le sarcome de l'ovaire, voisinant, comme dans le cas de PUCHER, avec des amas de cellules rondes, des cellules fusiformes. Il est vrai d'ajouter qu'il y avait aussi un kyste papillaire et dès lors la pensée d'une tumeur mixte (adéno-cystome papillaire et sarcome à cellules géantes) s'impose à l'esprit, et j'en reparlerai à propos des tumeurs mixtes.

Très rare également est le *Sarcome mélanique* qui montre à la coupe de larges cellules fusiformes, groupées comme dans le périthéliome et contenant de grosses granulations de pigment, lequel est surtout extracellulaire dans les zones dégénérées.

Sans doute, il y a beaucoup d'exactitude dans les descriptions histologiques de ces divers sarcomes, mais l'explication de cette grande variabilité de formes résiderait probablement dans les dégénérescences des éléments dont il faudrait trouver les figures de transition. Pour cela, il faudrait centraliser des pièces, les étudier en divers points, presque en série; alors seulement, avec des matériaux d'étude suffisamment nombreux, on pourra tenter une indiscutable description des sarcomes ovariens.

Quant à la provenance des sarcomes, on peut dire qu'ils prennent naissance aux dépens du stroma même de l'organe. On a invoqué un vice de développement ou une hyperplasie de tout le stroma; d'autres fois, enfin, c'est le tissu conjonctif de l'ovaire qui prend le caractère sarcomateux. Il est bien d'autres formations conjonctives dans l'ovaire qui doivent bien, d'après DREYFUS, donner également des sarcomes: ce sont les thèques, enveloppes conjonctives des follicules où le stroma prend une structure et une disposition différentes de celles qu'il affecte dans le reste de l'organe. De cette espèce était la tumeur observée par RUSSEL et SCHENCK (1902), née vraisemblablement de la thèque folliculaire.

Avec les classiques, je nommerai ici *la tumeur née aux dépens du corps jaune*, bien que les modernes tendent à les ranger avec les déci-duomes dans la série épithéliale. Je citerai après DE BOVIS les cas de SANTI, DE VOIGT, SCHALLER et PFÖRRINGER, MICHELAZZI, GROUZDEW et DE KIME.

Tout récemment un cas de SMALWOOD et SAVAGE¹ est venu s'ajouter à ceux-ci; il s'agit d'une tumeur maligne double issue du corps jaune, parce que la section montrait un tissu jaunâtre assez semblable au tissu du corps jaune; les cellules constitutantes, bourrées de protoplasma, avaient une ressemblance très grande avec les cellules du corps jaune au dernier stade de leur développement; elles subissent comme elles une dégénéresce vésiculeuse. La transformation dernière de la tumeur était la nécrose par extravasation sanguine et infiltration œdémateuse.

Ces cas trouveraient, semble-t-il, leur explication dans les anomalies de formation et de développement du corps jaune.

Le *myxome* pur n'a jamais été observé; on trouve seulement de nombreux cas de dégénérescence myxomateuse dans les kystadénomes, sarcomes, endothéliomes. Dans le fibrome il est confondu avec le tissu fibreux, par torsion du pédicule.

WALTHER (de Manchester) rapporte l'observation d'un myxosarcome familial (trois sœurs de la même famille).

Les *hémangiomes* sont, en fait, des tumeurs très rares. On les a presque toujours confondues avec la congestion, la dilatation artérielle, capillaire ou veineuse qui se produit sous l'influence de la torsion pédiculaire. L'hémangiome vrai se voit en dehors de ces troubles circulatoires grossiers, comme un tubercule isolé, circonscrit dans un ovaire par ailleurs sain ou atrophié.

Pour les *lymphangiomes*, même confusion entre le lymphangiome vrai et les lymphangiectasies dans les fibromes ou les sarcomes. Ils sont semblables aux fibromes, gros comme un pois, une cerise ou le poing, de couleur gris-blanc, mais moins friables que le sarcome. La tumeur est-elle bénigne? PFANNENSTIEL en doute, ayant vu des ilots angioma-teux envahir un follicule; la structure histologique répondait à la définition de RIBBERT: « c'est un fibro-endothéliome ». Ces lymphangiomes sont de simples curiosités histologiques, mais d'intérêt relatif puisqu'ils n'ont pas d'histoire clinique.

Le *rahbdomyome*, très exceptionnel (VIRCHOW, VIGNARD), formé aux dépens du tissu musculaire, est composé d'éléments musculaires lisses

1. SMALWOOD et SAVAGE, *Brit. med. Journ.*, 9 oct. 1909, p. 1032.

embryonnaires et de cellules carcinomateuses ou myxomateuses, lesquelles ne sont probablement que des cellules sarcomateuses ou musculaires à l'état embryonnaire. Le fait de constater des éléments musculaires striés dans un organe qui, normalement, à l'état adulte, ne doit pas en contenir, indique que le néoplasme a pris naissance dans des débris embryonnaires de muscle strié (fragments de myotomes entraînés par le corps de Wolff).

Après l'étude de ces diverses formes de sarcome, sera-t-il utile de parler maintenant du *carcinome*? Les anatomo-pathologistes modernes répondraient par la négative. « Inutile d'insister — écrit CHEVASSU pour les tumeurs analogues du testicule — sur la valeur toute fictive que présente cette disposition en alvéoles; les dispositions réciproques des cellules néoplasiques et du tissu conjonctif dépendent uniquement de la rapidité avec laquelle se développe le cancer; s'il se développe lentement, le tissu conjonctif a le temps de réagir; il dresse des barrières: on a l'aspect du carcinome. L'infiltration est-elle, au contraire, plus rapide, les cellules épithéliales se glissent au milieu du tissu conjonctif de l'organe qui reste stupéfié, présentant un minimum de réactions, ne montrant bientôt plus, submergé qu'il est par le flot envahisseur, que les pièces essentielles de son squelette, en particulier ses vaisseaux » (page 23).

J'ai reproduit volontiers cette façon originale de voir et d'exposer les choses; en tout cas, la disposition aréolaire du carcinome se voit quand l'infiltration s'est faite de telle sorte que les cellules néoplasiques se trouvent enserrées dans des loges fibreuses; je ne crois donc pas utile d'insister davantage sur les données connues de ces dispositions carcinomateuses. Elles n'ont, en effet, rien de particulier à l'ovaire.

B) TUMEURS HÉTÉROTOPIQUES.

C'est ici la grande classe des néoplasmes où se rencontrent en majeure partie des éléments étrangers à l'ovaire (corps thyroïde, capsule surrénale, os, cartilage, testicule); c'est également dans ce chapitre qu'il conviendra de parler des embryomes intra-ovariens, tératomes, tumeurs mixtes. Dans cette grande famille, je ne m'attacherai qu'aux figures anatomiques les plus fréquentes et les plus intéressantes au point de vue clinique; le reste n'étant que trouvailles histologiques, curieuses par leur aspect inattendu, j'en dirai quelques mots seulement au début de ce chapitre.

1° Tématome thyroïdien (struma ovarii, goître ovarien)¹.

Cette variété de tumeurs malignes de l'ovaire, contenant du tissu thyroïdien, a été signalée par GOTTSCHALK (1900) et KRETSCHMANN (1901), et on en compte actuellement vingt-cinq cas publiés. GOTTSCHALK l'appelait « folliculome malin ». L'identité entre ce tématome et l'adénome du corps thyroïde a été établie par KRETSCHMANN et PICK. Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer l'origine de ces tématomes : KRETSCHMANN pense qu'il s'agit d'une métastase de la glande thyroïde, mais on peut s'en étonner, car c'est en général dans les os que se font ces métastases.

D'autre part, des greffes d'un goître simple ou de la glande normale ne peuvent davantage être invoquées, car la nature histologique de ces tumeurs s'oppose à cette conception.

PICK attribue le goître ovarien à un tématome de l'ovaire avec production excessive de la partie thyroïde, sorte de tumeur monodermique au lieu d'être tridermique comme le sont les tématomes, par définition histologique actuelle (WILMS). PFANNENSTIEL estime invraisemblable

1. Voici la bibliographie complète de cette question nouvelle et qui pourrait intéresser quelques personnes qui voudraient se faire une opinion plus complète :

1. GOTTSCHALK, *Arch. f. Gyn.*, 1899, p. 676.
2. KATSURADA, *Ziegler's beitr.*, 1901, p. 179.
3. PICK, *Berl. Klin. Woch.*, n° 19, p. 442.
4. GLOCKNER, *Zentr. f. Gyn.*, 1907.
5. MEYER, *Virchow's arch.*, 1909, p. 538.
6. WALTHARD, *Zeitsch., f. geb. u. gyn.*, 1909, p. 567.
7. LANG, *Corresp. f. Schweiz. aerzte*, 1900, Bd XVIII.
8. KRETSCHMANN, *Monatsch. f. geb. u. gyn.*, 1904, p. 339.
9. LECÈNE, *Ann. de Gyn.*, 1904, p. 14 (Sur la présence de tissu thyroïdien dans la paroi des kystes de l'ovaire).
10. POLANO, *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, 1904, p. 1.
11. RIBBERT, *Geschwulstlehre*, 1904, p. 651.
12. EVERS-MANN, *Arch. f. gyn.*, 1905.
13. ULESCO-STROVANOVA, *Monats. f. geb. u. gyn.*, 1905, p. 503.
14. H. BELL, *Brit. Journ. of obst. and gyn.*, 1905.
15. SWANTON, *Brit. Gyn. Journ.*, 1907, p. 244.
16. ANSPACH, *Un. of penna. med. bull.*, 1909, p. 337.
17. SCHROEDER, *Arch. f. Gyn.* Bd LXI, tab. 8.
18. VAGEDES, *Monat. f. geb. u. gyn.*, 1907.
19. FRANK, *The Amer. Journ. of Obst.*, sept. 1909 (à l'un des pôles de la tumeur on trouva un noyau osseux normal avec des canaux de Havers).
20. NORRIS, *Ibid.* déc. 1909, p. 985.
21. PROESCHER et RODDY, *Ibid.*, avril 1910, p. 619.

ble que dans un tératome un feuillet ou mieux un tissu hautement différencié puisse primer ainsi tout le reste de l'organe et l'étouffer. PICK étaya la théorie en disant que le tissu thyroïdien est très fréquent dans les dermoïdes.

Enfin, on a voulu voir là une dégénérescence colloïde d'un adénome banal de l'ovaire.

PROESCHER et RODDY penchent [plutôt vers l'origine embryonnaire (déplacement d'un blastomère aberrant) que vers l'origine métastatique (embolie d'une thyroïde normale ou d'une hypertrophie thyroïdienne ou goitre colloïde).

Ces tumeurs atteignent le volume du poing, comme dans les cas de SWANTON, de WERDER-PROESCHER-RODDY et de WEISS-PROESCHER-RODDY, et les figures qui accompagnent leurs deux observations sont des plus positives, tant à ce point de vue que pour la structure microscopique.

De telles tumeurs à tissu thyroïdien prédominant, véritables thyroïdes aberrantes, ont-elles une fonction comme la glande thyroïde? On l'ignore.

2° Hypernéphrome ovarien.

C'est une tumeur encore plus rare que la précédente. On ne connaît, en effet, que cinq cas de cette néoplasie singulière, formée aux dépens de débris aberrants de la surrénale, débris siégeant dans le ligament large. Au sujet d'une belle observation de GAUDIER, le professeur HARTMANN fit à la Société de chirurgie (27 mai 1908, p. 709) un exposé très clair du sujet, et auquel nous renvoyons.

GRAWITZ d'abord, LECÈNE ensuite ont montré l'importance des débris aberrants de capsules surrénales en prouvant que la majeure partie des tumeurs malignes du rein étaient des hypernéphromes. On a trouvé des débris surrénaux dans le ligament large (4 cas dont le dernier est celui de LECÈNE) et jusque dans le parenchyme ovarien (5 cas avec celui de GAUDIER). Dans ce dernier, il s'agissait d'une fillette de quatre ans, dont l'ovaire gauche était le siège d'une tumeur grosse comme une orange. L'examen microscopique permit d'éliminer le diagnostic de sarcome, de corps jaune hypertrophié, par la disposition radiée des cellules bordant des cavités vasculaires et qui reproduisent tout à fait l'image de la zone corticale de la surrénale. Il y avait, en outre, des cordons épithéliaux creux rappelant l'aspect des tubes urinifères, disposition décrite par GRAWITZ dans les tumeurs hypernéphroïdes d'autres organes.

PICK avait, dans son article de 1901, réuni quatre observations analogues.

Au point de vue de la genèse de ces tumeurs, PICK considère que certaines tumeurs génitales ne seraient autre chose que des capsules surrénales aberrantes entraînées par la glande au cours de sa migration. Cette explication est applicable *à fortiori* aux cas cités plus haut qui sont de véritables hypernéphromes ovariens.

3° Adénome ovotesticulaire (PFANNENSTIEL).

PICK et SCHICKELE, dans deux cas, ont trouvé des ovaires porteurs de tumeurs bilatérales, grosses comme des mandarines et ovalaires, en partie solides et kystiques, formées de tubes épithéliaux à une seule assise de cellules hautes. Elles ressemblent à l'adénome du testicule et nullement aux tumeurs décrites jusqu'ici dans l'ovaire. PFANNENSTIEL, qui est bien que je sache le premier à les étudier, leur a donné le nom d'adénomes ovotesticulaires.

D'après PICK, il s'agissait d'un hermaphrodite vrai dont la glande mixte portait une tumeur grosse comme un œuf de poule. KRÖEMER a vu dans le testicule d'un pseudo-hermaphrodite masculin un noyau opaque, de couleur jaune, analogue à l'ovotestis de PICK et SCHICKELE¹.

Ces curiosités ne pourraient-elles trouver une explication dans le fait embryologique, bien démontré par le professeur TOURNEUX, de l'hermaphroditisme primitif et temporaire de la glande génitale : des éléments mâles pourraient persister après ce stade sexuel indifférent et proliférer, ainsi qu'il arrive pour d'autres débris embryonnaires.

4° Les tumeurs mixtes.

Sous cette rubrique, on comprend actuellement les néoplasmes formés par plusieurs tissus différents qui se développent indépendamment les uns des autres et sans présenter de connexions qui rappellent une disposition anatomique normale (LECÈNE).

A ces tumeurs on reconnaît trois variétés :

- Les tumeurs mixtes simples,
- Les tumeurs mixtes tératoïdes ou embryomes,
- Les tératomes.

A cette division, maintenant classique, il faut apporter, chemin faisant, quelques modifications ou subdivisions pour lui permettre de grouper

1. GERBIS, *Les formations hermaphrodites chez l'homme*, thèse de Giesen, 1907.

selon des conceptions nouvelles des tumeurs d'une plus ou moins grande complexité.

C'est ainsi que le groupe des tumeurs mixtes simples n'a pas de représentant dans la série des tumeurs ovariennes; l'ostéome, le chondrosarcome, qu'on a pu parfois appeler des tumeurs mixtes, sont au fond des embryomes particuliers, simples ou dégénérés et, comme tels, s'expliquent pathogéniquement par des inclusions blastomériques de la masse protovertébrale et non par dérivation d'un seul feuillet du blastoderme, sorte de tumeur monodermique, comme le pense PICK.

a) *Tumeurs mixtes tératoïdes (embryomes).*

Tantôt sous la forme de kystes volumineux, décrits jadis sous le nom de kystes dermoïdes, et plus récemment d'embryomes kystiques (WILMS), tantôt sous forme de tumeur solide en grande partie avec de petits kystes, sous le nom d'embryomes, ces tumeurs sont caractérisées par ce fait commun de renfermer les trois éléments du blastoderme. Pour cette raison, le nom de *tridermomes* qui leur a été donné par WILMS est parfaitement justifié.

Ces *embryomes kystiques* sont formés d'une paroi épaisse dont la face interne est revêtue d'une membrane qui a les caractères de la peau, dont les dépendances (cheveux, poils, dents) avaient seules retenu l'attention des observateurs qui avaient pour cela appelé la tumeur kyste dermoïde. Or, des études histologiques plus complètes ont révélé, dans cette paroi kystique et en certains points, des tissus qu'on ne s'attendait guère à y rencontrer. On y a vu du cartilage, de l'os, du tissu musculaire lisse ou strié, de la substance cérébrale, des ganglions nerveux, du corps thyroïde. L'épithélium de cette paroi peut renfermer, à côté des éléments cutanés des éléments épithéliaux ciliés, cylindriques, caliciformes comme dans l'intestin, pavimenteux stratifié avec formations adénoïdes sous-jacentes, rappelant la structure de l'amygdale. Tous les feuilletts du blastoderme y sont donc représentés par leurs dérivés, et l'on peut considérer ces tumeurs non plus comme des kystes dermoïdes, mais comme des tumeurs contenant tous les feuilletts embryonnaires à un stade plus ou moins avancé, et, pour cela, on les désignera comme tumeurs embryoïdes ou embryomes kystiques.

Dans l'EMBRYOME KYSTIQUE OU SOLIDE, ces dérivés des feuilletts embryonnaires sont reconnaissables seulement au microscope, ce sont des caractères histologiques de la paroi; au contraire, le TÉRATOME sera cette tumeur solide ou liquide contenant des organes embryonnaires (mâchoire, os, etc.) parfaitement reconnaissables à l'œil nu. Je tiens dès maintenant à rappeler cette distinction pour mettre en garde contre

l'emploi impropre autant qu'abusif qu'on fait du mot tératome pour désigner toute tumeur mixte de l'ovaire.

Les *embryomes solides*, complètement solides ou microkystiques, comme les précédents, dérivent des trois feuillettes du blastoderme et sont souvent disposés en ébauches d'organes, tels ces kystes à contenu visqueux, colloïde, dont la paroi renferme de hautes cellules cylindriques représentant les tissus dérivés de l'ébauche digestive. Les dérivés ectodermiques seront ces cellules épithéliales pavimenteuses disposées en amas dont le centre contient une ébauche de globe corné. Les dérivés mésodermiques y sont représentés par des fibres lisses, du cartilage, des fibres striées, etc., et selon qu'un de ces éléments prédominera, on aura l'enchondrome, l'ostéome, le myxome, etc. L'*os vrai*, par exemple, avec périoste, ostéoblastes et moelle, ne se rencontre dans l'ovaire que dans les dermoïdes et les tératomes, ce qu'on voit plutôt c'est le fibrome ostéoïde ou fibrome sclérosé, infiltré de chaux. Ce ne sont donc pas des tumeurs osseuses primitives, mais des modifications de tumeurs préexistantes. Le dépôt calcaire peut se faire par infiltration diffuse, comme dans le fibrome, ou par dépôt circonscrit d'une *Pierre ovarienne* (ovarialsteine). Le processus calcaire est un processus de dégénérescence qui se rencontre surtout chez les femmes âgées.

Chondrome. — KIVISCH a décrit des formations de cartilage dans la couche externe d'un fibrome de l'ovaire bilatéral, et BUET dépeint l'ossification, dans son cas de fibrome, comme un stade cartilagineux. On aurait alors un fibro-enchondrome.

Ce processus n'a aucun rapport avec le chondrome vrai, appelé enchondrome de l'ovaire, analogue aux tumeurs mixtes de la parotide, du sein, des reins, du testicule. Hors des formations cartilagineuses des dermoïdes et des tératomes, le chondrome vrai est très rare dans l'ovaire; les cas de REIS, JUNG se rapportent à des variétés de tératomes. En fait, si le chondrome vrai existe, il a une grande tendance à la malignité et aux métastases, il devient alors un chondro-sarcome.

Toutes ces notions sont connues et acquises, je n'aurai point la naïveté de les vouloir décrire; il me paraît moins banal de s'arrêter un peu à la question des embryomes dégénérés.

Embryomes dégénérés. — « L'embryome, dit CHEVASSU, est un organisme d'une classe très rudimentaire, mais qui vit en parasite sur l'organe qui en est porteur. » Comme tout être vivant, il est susceptible de maladies et, dans l'espèce, de dégénérescences malignes des éléments qui le constituent. Il semble même que l'embryome soit prédisposé à cette évolution maligne et qu'il ne puisse manquer à cette obligation.

Chacun des tissus multiples qui composent la tumeur pourra évoluer isolément vers la malignité, et il serait possible que l'enchondrome, le myxome et l'ostéome ne soient que le résultat d'une évolution désordonnée vers une néoplasie, bénigne dans l'enchondrome et l'ostéome, maligne dans le myxome.

Par contre, quand c'est le tissu épithélial qui prolifère activement, l'embryome dégénère en tumeur maligne. Or, le tissu épithélial existant sous des formes diverses (pavimenteux, cylindrique, etc.), on observera comme types dégénérés l'épithélioma pavimenteux, l'épithélioma cylindrique, etc. C'est surtout l'épithélium cylindrique qui dégénère : la paroi de ces kystes végète, les cellules s'accroissent, les noyaux se gonflent et montrent des figures de karyokinèse. Les cellules se multiplient, tendent à combler la lumière de la cavité kystique, pendant que, en dehors du kyste, les cellules s'infiltrent dans le tissu conjonctif, déterminant tantôt de nouveaux kystes, tantôt, par infiltration dans les travées conjonctives, des formations carcinomateuses. BUKOJEMSKY¹, dans une tumeur solide bidermique (endoderme et mésoderme), a pu déceler en plusieurs points l'existence d'une dégénérescence cancéreuse de l'épithélium cylindrique et de ses glandes et une infiltration sarcomateuse du tissu conjonctif. En effet, en même temps que prolifère l'élément épithélial, le tissu conjonctif s'infiltré de cellules rondes embryonnaires et donne naissance, comme dans l'observation précédente, à une dégénérescence sarcomateuse².

A ce processus de dégénérescence se rattachent certaines *tumeurs à formation chorio-épithéliomateuse* décrites par FORGUE et MASSABUAU. Ces auteurs pensent, comme CHEVASSU, qu'il y a un rapport intime entre la dégénérescence épithéliomateuse des embryomes et leur dégénérescence placentaire laquelle est peut-être due à ce que la prolifération épithéliomateuse très maligne s'attaque aux vaisseaux jusqu'à les ouvrir et se transforme au contact du sang circulant en revêtement de type syncytial plus ou moins précis.

Sans doute, ce n'est encore qu'une hypothèse, faute de pièces démonstratives, mais elle s'appuie sur les observations publiées d'HANSEMANN et de CHEVASSU, et d'autre part « rapprochant ces faits de l'existence indéniable de formations chorio-épithéliales pures dues à une dégénérescence spéciale des carcinomes ou des endothéliomes, étant donné la

1. BUKOJEMSKY, *Arch. f. Gyn.*, 1908, p. 142.

2. Dans un cas récent de Nadal et Lacouture (*Soc. anat.*, juin 1910), on a pu constater sur les préparations l'origine de la tumeur maligne *aux dépens d'un seul des tissus constitutifs du néoplasme*. C'est là le prototype de la dégénérescence des tumeurs à tissus complexes *aux dépens d'un seul élément*, aboutissant à la constitution d'une tumeur.

fréquence de la dégénérescence maligne des embryomes et des tumeurs mixtes, on peut être en droit de formuler d'une façon ferme l'opinion que les productions chorio-épithéliomateuses dans les tératomes sont probablement liées d'une façon intime à la dégénérescence maligne de certaines de leurs formations épithéliales. » Telle est la signification de ces productions que MASSABUAU, à l'encontre de PICK, a séparé des chorio-épithéliomes vrais. Il y a donc une tendance très marquée à voir des rapports intimes entre la dégénérescence épithéliomateuse des embryomes et leur dégénérescence placentaire. CHEVASSU en arrive même à se demander « si l'aspect placentaire n'est pas dû à ce fait que la dégénérescence épithéliomateuse extrêmement maligne s'attaquait aux vaisseaux jusqu'à les ouvrir : le contact du sang circulant et des cellules épithéliomateuses aurait transformé la ou les couches les plus superficielles des cellules épithéliales en un véritable syncytium. » CHEVASSU ne veut cependant voir là encore qu'une spécificité cellulaire : il y aurait d'abord un kyste dérivé de l'ectoderme chorial de l'embryome (choriome) qui pourra secondairement, en détruisant les vaisseaux, devenir un placente, tout comme, à l'état normal, le syncytium du placenta n'est qu'une formation secondaire, apparaissant quand le chorion primitif se trouve au contact du sang maternel. Celui-ci s'est écoulé des vaisseaux parce que les vrilles choriales en ont perforé les parois.

L'analogie est telle entre les embryomes testiculaires et ovariens qu'il est permis de faire le même raisonnement pour les deux. FORGUE et MASSABUAU ont d'ailleurs appliqué déjà ces analogies dans leur travail déjà cité.

La présence des cellules géantes dans la paroi d'un dermoïde a provoqué d'autres explications. Dans la partie de la paroi kystique qui regardait l'embryome, le professeur TAPIE¹ constatait que le revêtement épidermique cessait brusquement et se trouvait remplacé par une épaisse couche d'éléments cellulaires où abondaient d'énormes cellules géantes.

Ces dernières présentaient tous les intermédiaires entre des éléments arrondis à un ou plusieurs noyaux et les énormes plaques plasmodiales renfermant trente à quarante noyaux. Quelques vaisseaux à parois embryonnaires se voyaient au milieu de ces éléments multinucléés. Cette lame cellulaire multinucléée dépassait, en épaisseur, l'épiderme, ne reposait pas sur une basale, mais bien directement sur le tissu conjonctif de la paroi qui apparaît assez pauvre en vaisseaux. Cette cloison ne présente aucune trace de réaction inflammatoire. Était-ce un tissu de granulation ? était-ce une transformation *in situ* de l'épithélium ? Ces éléments giganto-cellulaires ont-ils, en d'autres termes, une origine épi-

1. TAPIE. *La Province médicale*, 23 juillet 1910.

théliale ou une origine conjonctive? Le professeur TAPIE incline vers l'origine conjonctive parce qu'au point où l'épiderme cesse brusquement, il n'a pu voir aucune forme de transition, on dirait que l'épiderme soulevé tombe en masse et disparaît. La lame plasmodiale ne repose sur aucune basale; elle ressemble à un tissu de granulation avec cellules jeunes et vaisseaux à parois embryonnaires, parmi d'innombrables éléments multinucléés. La lame connective sous-jacente n'offrant aucune trace de réaction inflammatoire, on peut penser que beaucoup d'éléments arrondis sont des leucocytes diapédésés qui concourent par la multiplication de leurs noyaux non suivie de la division du protoplasma à la formation d'éléments multinucléés. Ces cellules géantes n'auraient donc pas une origine épithéliale, mais seraient d'énormes phagocytes, véritables *cellules géantes à corps étrangers* qui s'incorporent les éléments anatomiques nécrosés et dégénérés. C'est l'explication donnée par KÆNIG et GOLDMANN pour des cellules géantes rencontrées dans des kystes dermoïdes de la peau, avec cette différence que GOLDMANN pense que la coalescence des éléments épithéliaux peut réaliser ces formes plasmodiales multinucléés, tandis que KÆNIG soutient qu'ils proviennent des éléments conjonctifs de la paroi.

Cette phagocytose contre les corps étrangers réalisée par le parenchyme de l'ovaire a été étudiée récemment par OULESKO-ORGANOFF¹. Sous l'influence des diverses substances (sang, graisse, cheveux, poils), contenues dans les kystes dermoïdes, le parenchyme ovarien, ou ce qui en reste, se transforme en tissu phagocytaire, constitué par une infiltration de cellules rondes avec cellules épithélioïdes et cellules géantes. Dans les cellules phagocytes peuvent se trouver des granulations et des amas jaunes qui offrent des ressemblances avec la lutéine du corps jaune.

Par résorption de la graisse des dermoïdes, il se forme dans le parenchyme un tissu spécial, vacuolaire, aux dépens des lymphatiques, de leurs cellules endothéliales et des cellules migratrices; les vacuoles sont remplies de graisse. Il se pourrait, en définitive, que ces cellules géantes soient un mode de réaction de défense du parenchyme ovarien contre les corps étrangers des dermoïdes.

La question très intéressante des cellules géantes se présente donc avec cette double hypothèse de l'origine épithéliale et de la provenance conjonctive, sans qu'il soit encore possible de donner une solution absolument satisfaisante; je me suis borné à exposer — un peu longuement, mais à dessein — l'état de la question.

1. ROUSSKI. VRATCH, 1907, 17 novembre, p. 1612.

Une autre particularité à rappeler — car ce n'est plus une rareté — c'est la *combinaison d'un embryome et d'un cystome*. J'en trouve un exemple dans une observation du professeur TAPIE. Les auteurs ont pensé que la présence d'un kyste dermoïde dans l'ovaire est susceptible de provoquer dans cet organe des modifications de structure qui sont de nature à exciter la prolifération néoplasique. Or, on peut ne trouver dans l'étude de la cloison mitoyenne aucune trace de fusion des deux parois distinctes, et la question peut se poser de l'existence d'un seul et même kyste. Les kystes dermoïdes se distinguent du néoplasme ordinaire par l'absence de tendance à l'envahissement et parce que les tissus qui les constituent sont normaux dans leur évolution et dans leur agencement. Mais nous savons fort bien que les néoplasies malignes peuvent se développer sur ces tissus en ectopie congénitale, à un âge variable de la vie, comme sur des tissus normaux. Pourquoi se refuserait-on à admettre que les néoplasies bénignes peuvent aussi pousser sur le même terrain? Ne peut-on pas penser qu'à un moment donné un îlot endodermique (l'endoderme était largement représenté dans l'observation du professeur TAPIE) a pu évoluer dans le sens néoplasique? Il s'agit donc vraisemblablement de « formations d'origine congénitale, aussi bien pour l'embryome que pour le cystome, en réalité d'une formation unique dont les deux parties constituantes ont évolué à des âges différents. » (*Loc. cit.*, p. 321.)

b) *Les Tératomes.*

Selon la définition déjà donnée, il s'agit ici de tumeurs formées par des tissus multiples, à l'état d'organes *visibles à l'œil nu* (os, mâchoires, dents, etc.), l'embryome et la tumeur mixte renfermant des tissus multiples, visibles seulement au microscope; la distinction est importante, en raison de l'emploi indifférent qu'on fait des mots tératome et embryome.

Mais dans ces tissus reconnaissables macroscopiquement, il faudrait faire, d'après DAELS¹, une distinction importante. La tumeur enlevée par son maître BENDA, formée des dérivés des trois feuilletts, était constituée par des tissus à l'état jeune, en voie de développement, le tissu adulte n'y figurant qu'en très petite quantité. Il s'agissait d'un tératome embryonnaire en voie de prolifération; aussi préfère-t-il avec Askanazy faire une distinction dans les tératomes et donner le nom d'*organomes* à ces tumeurs pourvues de tissus en voie de développement, tandis que les tératomes représenteraient les tumeurs mixtes constituées par des tissus adultes.

1. DAELS. *Arch. f. Gyn.*, 1908, p. 276.

Cette distinction admise, il me paraît qu'on peut ranger parmi les organomes le cas fort curieux de ZÉRENINE¹ (Moscou) relatif à un embryome ovarien de la cavité abdominale. Cette tumeur (3 kilos), accompagnée d'ascite, occupait toute la moitié droite de l'abdomen, du rebord costal à l'épine iliaque antéro-supérieure, sans rapport avec le foie et les organes génitaux et était accompagnée de deux autres tumeurs comme le poing semblables à la première et insérées sur le mésentère par un pédicule. Au microscope, il y avait une infiltration énorme de cellules petites donnant au premier abord l'aspect du sarcome. En réalité, ce sont les *éléments du tissu ovarien embryonnaire*, sans caractères de malignité (tubes de Pflüger, vésicules de de Graaf, cellules à lutéine), et ZÉRENINE pense qu'il s'agissait là d'un embryome développé aux dépens du tissu ovarien resté à la région lombaire au cours du développement de l'ovaire.

Le tératome proprement dit sera kystique ou solide. Kystique, c'est l'ancien kyste dermoïde avec des *tissus adultes*, organisés (mâchoires), et pour lequel on peut encore se reporter à la description que CHEVASSU consacre à la tumeur semblable dans le testicule. Il montre que *l'épithélium interne de ce kyste dermoïde n'est autre que l'épithélium amniotique*, ce qui implique l'origine amniotique des kystes dermoïdes, opinion approuvée par CORNIL.

D'autre part, tandis que, dans le testicule, les tératomes sont bridés par une albuginée résistante, dans l'ovaire ils peuvent se développer plus librement et s'extérioriser vers la cavité abdominale, tout comme les follicules de de Graaf, à mesure de leur maturation. Ainsi s'explique le volume considérable du contenant (le kyste) par rapport au contenu (l'embryome), si bien que ce dernier peut passer inaperçu si on ne le cherche pas bien sur la paroi du kyste (CHEVASSU).

Un autre point de vue à examiner est la *bilatéralité* des tératomes ovariens et son explication. Cette bilatéralité est assez fréquente, vingt fois sur dix-sept cas d'après PAULY, soit 17,09 p. 100. Pour BAUDOIN, il s'agit d'un tératome, c'est-à-dire d'un embryon endocymien avorté. En effet, « l'inclusion se faisant à une époque où les ovaires ne sont pas différenciés encore et l'adhérence avec la partie antérieure du coelome pouvant s'étendre sur une assez vaste largeur, on peut concevoir très bien que *l'embryon soit plus ou moins transversalement placé dans l'abdomen, et avoir, par exemple, son crâne correspondant à l'endroit où apparaîtra l'ovaire droit, tandis que sa face se trouvera au niveau du point de développement de l'ovaire gauche.* Dans ces conditions,

1. ZÉRENINE. *Chirurgia*, 1909.

ces deux organes, en se développant isolément l'un de l'autre et en s'écartant après avoir englobé les restes de l'embryon d'origine (tératome) pour ainsi dire scindé en deux parties, pourront très bien présenter ultérieurement deux kystes dermoïdes d'apparence distincte, alors qu'en réalité ils proviennent tous deux d'un seul et même sujet endocymien avorté¹ ».

Dans le cas de VIGNARD (de Nantes) où il y eut évolution successive des deux tératomes, nécessitant deux laparotomies itératives, BAUDOIN pense qu'il s'agissait *d'un seul et unique sujet coupé en deux par l'évolution des ovaires* et non pas de deux sujets distincts, inclus. On trouva, en effet, dans le tératome droit, des poils, de la peau, un rudiment d'œil — ce qui semble être le crâne du sujet inclus; dans le tératome gauche, il y avait de rares poils, des gencives, une dent de première dentition — ce qui indique un reste du crâne et un reste de la mâchoire inférieure. C'est la situation transversale de l'embryon, crâne à droite, face et mâchoire à gauche, qui permet d'expliquer ingénieusement ce double tératome. C'est le premier fait clinique auquel on peut appliquer cette nouvelle théorie.

Si l'on envisage maintenant les embryomes à ce point de vue pathogénique général, la théorie blastomérique étant admise, on se demande la *raison de cette prédominance des embryomes dans les glandes génitales*, mâle et femelle. BONNET explique le fait par l'étendue considérable qu'occupe chez l'embryon l'éminence génitale, future glande sexuelle. Or, les embryomes peuvent se rencontrer partout, mais surtout dans la région prévertébrale lombaire, et l'embryome inclus dans la région prévertébrale aurait de grandes chances d'être inclus dans la glande génitale.

Cette prédominance pourrait s'expliquer mieux en considérant les blastomères inclus comme des éléments fragiles dont beaucoup n'arrivent pas à la phase d'embryon perceptible et s'atrophient après les premiers stades de développement. Ceux qui sont inclus dans l'éminence génitale se trouvent placés (CHEVASSU) dans un milieu favorable et peuvent continuer leur développement qu'ils n'auraient pu continuer ailleurs. Ces conditions favorables au développement, TRAINA les a démontrées expérimentalement, et par suite l'hypothèse précédente est admissible *à priori*.

1 Arch. prov. de chir., 1909. Cette explication tératologique n'entraîne-t-elle pas la *conception du kyste dermoïde comme une manière de grossesse ovarienne avortée et fruste*? C'est la conclusion que j'en déduirais volontiers, et qui s'accorde avec la nature amniotique de l'épithélium interne. (Voir plus loin à ce sujet l'étude clinique des kystes dermoïdes et grossesse.)

Dans les diverses tumeurs primitives que je viens de passer en revue, la morphologie cellulaire a souvent dérouté les classificateurs et l'on a bien des fois cherché sans résultat les causes de certaines formations déconcertantes. Il en ressort que c'est surtout dans la voie des inclusions embryonnaires qu'il faudra engager de nouvelles recherches et dans des conditions techniques différentes de celles du passé. Du chaînon néoplasique terminal il faudrait remonter par des figures de transition encore mal connues jusqu'au chaînon embryonnaire primitif, ce sera la tâche de demain. Ne pourrait-on pas demander à l'embryologie des tout premiers stades évolutifs certains de ces éclaircissements? Pourquoi dans les tumeurs d'origine mésodermique, voit-on apparaître des types anatomiques analogues aux néoplasmes dérivés des feuilletts blastodermiques primitifs, ectoderme et endoderme? C'est en remontant à un stade très jeune du développement, au stade *blastula*, qu'on peut, semble-t-il, en trouver l'explication. Chez les vertébrés inférieurs et les invertébrés, on voit, à ce stade, les bords du blastopore occupés par des cellules volumineuses à granulations brillantes : ce sont les *cellules initiales* du mésoderme. A leurs dépens, se formeront *tous* les tissus mésodermiques et mésenchymateux ; *les débris embryonnaires* (*wolffiens, mulleriens pflügeriens*) qui nous intéressent dans cette étude en proviennent évidemment. Ces cellules initiales, à leur stade de début, appartiennent aux éléments blastomériques fondamentaux. *Par retour à leur état primitif, ces éléments sont capables d'édifier des néoplasmes identiques à ceux que donnent l'ectoderme et le mésoderme.*

C) TUMEURS SECONDAIRES.

Le Cancer secondaire de l'ovaire.

L'ovaire peut-être assez souvent le siège de tumeurs malignes secondaires à un cancer de l'utérus, de l'estomac, du foie, des voies biliaires et même du sein. Bien qu'on ait signalé jadis l'existence de noyaux indurés de l'ovaire dans les autopsies du cancer du tube digestif, l'étude de cette catégorie de cancers ovariens est de date assez récente. C'est en Allemagne surtout et depuis 1901 que des travaux ont été consacrés à cette question jusque-là négligée. DARTIGUES, dans son substantiel mémoire, en 1899, parlait bien des cas où des formations sarcomateuses analogues existaient ailleurs qu'à l'ovaire, et l'on est alors en droit de se demander si la sarcomatose de l'ovaire, au lieu d'être primitive, n'est

pas au contraire secondaire à une production sarcomateuse située dans un autre organe.

Vers la même époque (1899), KRUKENBERG décrivait sous le nom de fibro-sarcome muco-cellulaire une série de tumeurs presque toujours secondaires, et qu'il caractérisait ainsi : « la tumeur est *toujours bilatérale*, se produit aussi bien chez des femmes jeunes que chez des femmes plus âgées et semble avoir une croissance lente. Tout l'ovaire est atteint, sa forme à peu près conservée, bien que sa surface soit plus ou moins bosselée. Il s'agit de tumeurs en grande partie solides, bien qu'elles puissent renfermer de gros kystes, dus au ramollissement progressif du tissu myxomateux ou de petits kystes d'origine folliculaire ».

Au point de vue histologique, ces tumeurs sont constituées par d'abondantes travées conjonctives, dans lesquelles il y a des cellules grosses, rondes, vésiculeuses ou des cellules rondes, plus petites, avec de nombreuses figures de transition. Il admet que les grandes cellules, épithélioïdes en certains points, proviennent des petites par transtomation muqueuse. Ailleurs, KRUKENBERG identifie le fibro-sarcome riche en cellules aux endothéliomes de l'ovaire.

Je vais montrer, par l'exposé des diverses opinions, combien la question est délicate et presque insoluble.

a) KRAUS admet que ces tumeurs de Krukenberg sont des cancers squirrheux de l'ovaire; l'aspect un peu spécial des cellules tient à la dégénérescence muqueuse des cellules épithéliales, et ce qui rappelle le squirre c'est l'abondance du tissu conjonctif.

C'est spécialement avec le cancer squirrheux du pylore — quelquefois latent — qu'on les voit apparaître. Pour KRAUS, cette abondance de tissu conjonctif explique aussi la dénomination de fibro-sarcome, de sarcome muco-cellulaire carcinomateux.

SCHLAGENHAUFER (8 cas personnels) conclut que ces tumeurs sont des carcinomes, et des carcinomes secondaires. Le *caractère histologique n'est pas toujours identique*, ce qui tient aux différentes modalités du cancer primitif.

Dans l'observation I de GOULLIoud¹ (ovariotomie 14 mois après l'ablation d'un cancer sténosant de l'S iliaque), l'examen histologique conduit à une tumeur épithéliale ovarienne et sans rapport cependant avec la tumeur intestinale antérieure.

J'ai enlevé il y a deux ans, chez une malade de 45 ans, une tumeur bilatérale, d'aspect fibro kystique, qui présentait, sur les préparations faites par le professeur HERRMANN, la structure du cysto-adénome pa-

1. GOULLIoud, *Rev. de Gyn.*, 1907. Cancer secondaire de l'ovaire consécutif aux cancers de l'estomac et des voies biliaires.

pillifère, aspect bien spécial à l'ovaire. Or, la malade avait eu autrefois, semble-t-il, des accidents de tuberculose péritonéale dont elle avait guéri et des *symptômes gastralgiques* mal élucidés. Elle mourut six mois après l'opération, de récurrence ou de généralisation péritonéale, l'autopsie ne put être faite.

De telles différences de structure sont le fait de la pluralité des néoplasmes chez une même malade, comme dans le cas du professeur HARTMANN (cancer de l'estomac, et trois ans après, ablation de kystes bilatéraux des ovaires et de fibrome utérin).

Dans l'observation III de GOULLIQUOD (ablation simultanée d'une tumeur ovarienne et d'un cancer sténosant de l'S iliaque), CADE conclut qu'il s'agit de la même tumeur, que cette tumeur est un épithélioma, et qu'on est en présence non pas d'une tumeur de l'intestin, mais d'une tumeur de l'ovaire généralisée.

Ainsi des tumeurs secondaires de l'ovaire peuvent ne pas avoir le même type que la tumeur viscérale qui semble les avoir précédées.

C'est alors la confusion des types cellulaires dans des tumeurs qui paraissent cliniquement dépendantes. D'où peut venir cette diversité? M. TOLOT écrivait à M. Goullioud : « Je crois le problème insoluble par l'histologie. En effet, la constitution de la tumeur me paraît pouvoir appartenir aussi bien à un néoplasme primitif de l'intestin généralisé à l'ovaire qu'à un néoplasme primitif de l'ovaire. Ce sont les mêmes tubes glandulaires, ici très réguliers, là passant au métatypisme, plongés dans un stroma fibro-conjonctif. Même les produits amorphes qui remplissent en certains points les cavités de la tumeur peuvent aussi bien être le fait d'une sécrétion des glandes intestinales que des néo-productions ovariennes. » Selon les idées de TRIPIER sur la généralisation des tumeurs (impression des cellules de l'organe par le liquide plasmatique issu de la tumeur primitive), qui permet de concevoir qu'il puisse y avoir aussi bien identité d'aspect avec la tumeur primitive que de notables différences entre les deux, on en vient à conclure que la constitution histologique de cette tumeur ovarienne a été influencée plus ou moins par les produits virulents issus de la tumeur intestinale et lancés par elle dans la circulation. Cela étant admis, on pourra expliquer toutes les transitions entre la simultanéité des deux tumeurs et la soi-disant métastase de l'une par l'autre.

Le lien pathogénique serait ainsi établi entre deux cancers évoluant presque en même temps dans la cavité péritonéale (GOULLIQUOD).

La théorie est séduisante, mais elle manque de critérium scientifique, et pour cela n'a pas eu la fortune qu'on escomptait. Sans doute, cette coexistence de deux cancers, ovarien et gastrique, si souvent observée (quatre fois par TEMESWARY, six fois par KATZENSTEIN), laisse

prévoir un lien de parenté que le microscope ne confirme pas toujours. Ici encore, il y a beaucoup à faire avant de pencher vers la métastase (identité de tumeurs) ou vers la coexistence et l'indépendance des types cellulaires.

En attendant, au point de vue macroscopique et au point de vue clinique, il semble bien qu'il s'agisse de tumeurs métastatiques. C'est ainsi que WAGNER¹, RÖMER, GLOCKNER, SCHLAGENHAUFER, BODE interprètent les cas de leurs malades. LECÈNE a vu récemment une tumeur double de l'ovaire, solide, chez une femme, porteur d'un petit cancer de l'estomac méconnu. Le cancer gastrique ne fut pas enlevé, mais la tumeur ovarienne bilatérale était certainement une métastase d'épithélioma cylindrique, très atypique, infiltré dans tout l'ovaire avec une réaction scléreuse extrêmement marquée, qui fit porter par certains histologistes le diagnostic de sarcome avec réserves pour l'endothéliome! (*Communication écrite*)

b) Je n'ai eu en vue ici qu'une première variété de néoplasmes ovariens secondaires, ceux qui avaient un rapport de coexistence ou de métastase avec des cancers du tractus intestinal. Or, JAYLE et PAPIN², en 1904, ont étudié une autre variété, la *dégénérescence néoplasique des ovaires dans le cancer de l'utérus*.

Dans le cancer de l'utérus, les ovaires restent sains ou présentent des lésions inflammatoires légères, parfois aussi de véritables néoplasies (15 %, d'après LITTAUER). Celles-ci proviennent de l'utérus cancéreux, soit par propagation directe, soit par métastase.

De plus, sans être atteints de noyaux secondaires provenant de l'utérus, les ovaires peuvent être eux-mêmes le siège d'un autre néoplasme, indépendant du premier.

C'est en effet une propriété curieuse de l'ovaire que cette tendance à évoluer vers la néoplasie, bénigne ou maligne. Au point de vue chirurgical, l'existence ou la possibilité de la dégénérescence des ovaires en fibromes est une indication à leur ablation au cours de l'hystérectomie pour épithélioma utérin, aussi bien que la possibilité de leur dégénérescence en carcinome.

De plus, on peut se demander si la tumeur bénigne ne serait pas un point d'appel pour un noyau métastatique. Dans un cas de JAYLE et PAPIN (obs. XX), un fibro-myome de l'ovaire coexistait avec un cancer de l'utérus et présentait, en effet, des nodules cancéreux secondaires.

On estime rare cette dégénérescence des ovaires accompagnant le cancer de l'utérus; opinion excessive si l'on songe que des ovaires peu-

1. WAGNER, *Wien. Klin. Woch.*, 1902, p. 329; FLAISSIER, *thèse de Lyon*, 1909.

2. JAYLE et PAPIN, *Revue de Gyn.*, 1904.

vent paraître sains et ne pas l'être en réalité, parce que leur dégénérescence débutante ne se révèle par aucune lésion macroscopique. L'ablation systématique des ovaires dans les opérations pour le cancer utérin sera donc une mesure de prudence.

Les cancers secondaires de l'ovaire s'observent :

1° Par propagation directe ;

2° Par métastase (généralement par infection lymphatique).

On a vu deux cas de cancers primitifs de l'ovaire coexistant avec un cancer primitif de l'utérus.

Enfin l'ovaire peut présenter un papillome et un fibrome pur ou déjà envahi par les éléments épithéliaux utérins. Ces deux dernières variétés sont plus rares que les précédentes.

GODART a observé récemment la propagation d'un carcinome utérin à l'ovaire sous forme de kyste végétant, de la grosseur d'une tête d'adulte. STEINHAUS, à ce propos, croit que la tumeur utérine est primitive et celle de l'ovaire secondaire, parce que le cancer primitif du corps utérin a de la tendance à l'envahissement de toute la surface interne et s'arrête généralement à l'isthme ; ce n'est que très tard que le muscle est envahi et que le col est pris à son tour. Dans le cas de Godart on voit l'arrêt à l'isthme et la limite très nette et régulière entre le myomètre normal et la muqueuse carcinomateuse. (*La Policlinique*, t. XIX, n° 15, 1^{er} août 1910, p. 232).

ARTZ¹ établit à son tour une relation importante entre le carcinome papillaire de l'ovaire et le cancer de l'utérus. Il a examiné le fait décrit par KREIMER comme métastases rétrogrades des « cancers glandulaires » de l'ovaire dans l'utérus ; et ni l'un ni l'autre de ces auteurs ne pensent qu'il faille admettre ce « transport glandulaire », mais plutôt la voie veineuse par voie directe ou par voie rétrograde.

Cette propagation par voie veineuse demande à être appuyée sur des arguments probants, et jusqu'alors je crois qu'il faut pencher vers la transmission par voie lymphatique.

Quoi qu'il en soit, les faits importants à retenir sont la provenance généralement métastatique de ces tumeurs malignes bilatérales (GOULLIQUOUD) et la prééminence qu'elles acquièrent vite, tant aux points de vue anatomique que clinique, sur la tumeur (gastrique, biliaire, mammaire, etc.), qui leurs a donné naissance, au point d'accaparer toute l'attention pour elles. Leur volume dépasse, en effet, de beaucoup celui de la tumeur primitive et leur symptomatologie fait méconnaître le néoplasme qui leur a donné naissance.

1. ARTZ, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LXV, Hft. 1, 1910.

CHAPITRE II.

L'ovaire dans les tumeurs solides de l'ovaire.

Les tumeurs kystiques ou solides qui se développent dans l'ovaire, à moins d'être surprises dans leur stade de début, envahissent l'organe tout entier et sont par suite rarement encapsulées dans le parenchyme lui-même. C'est dans les tumeurs malignes surtout que cet envahissement est manifeste, si bien qu'on ne peut que très exceptionnellement retrouver des traces de tissu ovarien. La tumeur ovarienne est toujours d'un volume notable au moment où on en fait l'ablation, et à ce moment *les éléments ovariens ont disparu*, d'abord repoussés et atrophiés, et finalement envahis par la néoplasie maligne¹.

Dans les *embryomes kystiques* (kystes dermoïdes), on peut encore retrouver en état de conservation une portion plus ou moins limitée d'ovaire. C'est, en effet, généralement *dans le hile de l'organe* que se développent d'abord les embryomes; partis de là, ils s'étendent librement vers l'extérieur et ne gagnent l'intérieur de l'organe que tardivement. Cette disposition était constante dans les embryomes kystiques que j'ai vus, et l'ovaire — en assez grande partie — était comme accolé à la tumeur, étalé sur elle, reconnaissable à première vue. A la coupe macroscopique, on y pouvait voir des corps jaunes bien conservés. Cette conservation de l'ovaire plaiderait assez en faveur de la nature bénigne de ces embryomes kystiques; plus tard, la malignisation changera tout cela, et c'en sera fait de la conservation plus ou moins complète de la glande.

Le *processus malin envahit en effet l'organe et fait disparaître en totalité les moindres traces de tissu ovarien*. C'est ce qu'on voit dans les *sarcomes*, les *épithéliomes*; j'en déduirai plus loin une conception particulière de leur développement.

1. Je rappellerai cette particularité très importante de la disparition des éléments ovariens quand je traiterai plus loin de l'évolution clinique des cancers ovariens.

Dans le *fibrome pur*, l'ovaire tout entier est occupé par le processus fibreux, et ce qui prouve bien cet envahissement total, c'est la constatation de follicules de de Graaf plus ou moins dilatés ou atrésiés sur toute la périphérie de la tumeur. Il y a donc ici aussi envahissement de l'organe, mais il diffère en ce que l'on peut encore reconnaître à la périphérie des vestiges de tissu ovarien simplement refoulés; dans le cancer, ces vestiges sont envahis et disparaissent totalement; on n'en trouve plus trace.

Une conséquence importante de ce que l'hypertrophie réside tout entière dans la masse même de l'ovaire, c'est l'*intégrité de l'épithélium germinatif* superficiel, d'où l'absence d'adhérences (VAUTRIN et HOCHÉ). J'ai déjà signalé cette particularité. LÉOPOLD a remarqué aussi que chez les femmes âgées, où l'épithélium est moins vivace et disparaît même, la tumeur contracte alors des adhérences.

Sur les préparations, on voit que le tissu a presque entièrement disparu, sauf au niveau de la couche corticale où l'on trouve assez nettement des follicules de de Graaf, kystiques, hypertrophiés ou atrésiés, comprimés par le tissu fibreux de l'ovaire (BANTOCK)¹.

Il y a donc, en résumé, atrophie par compression, mais pas envahissement et disparition totale comme dans le cancer.

Le fibrome ovarien, à l'encontre du fibrome utérin, ne possède *pas de capsule lâche dont on puisse l'énucléer*. De plus, sur les coupes, ses fibres n'affectent pas, sauf dans les cas de VEYSSIÈRE et de BAGOT, la disposition en tourbillons, habituelle dans les fibromes de l'utérus. Aussi les éléments de l'ovaire sont-ils plus vite atrophiés, par refoulement.

LA TROMPE DANS LES TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE.

Cette recherche n'a pas dû apparemment préoccuper les anatomistes, car on trouve bien peu de renseignements à ce sujet dans les observations. Il est dès lors bien difficile de se faire une idée exacte de l'extension à l'oviducte du processus cancéreux qui occupe l'ovaire. Le rap-

1. Dans une tumeur examinée par HOCHÉ, tumeur volumineuse où ne persistait plus pour ainsi dire d'attribut de l'organe ovarien, il y avait des *follicules de de Graaf, caractérisés par leur épithélium et leur situation périphérique*. Les couches de la tumeur, au voisinage de ces restes épithéliaux, paraissaient plus vivaces, plus congestionnées et étaient comme des centres de formation de tissu fibreux de la tumeur. A côté de ces kystes folliculaires, on en rencontrait d'autres, remplis par un réseau fibro-plastique, qu'il était possible de considérer comme des follicules dépouillés de leur épithélium ou comme des dilatactions lymphatiques (*Rev. de gyn.*, loc. cit., 1909).

port de contiguïté entre les deux organes semblerait disposer la trompe à participer plus ou moins tard au processus malin de voisinage. Les métastases, les propagations devraient s'y observer avec une certaine fréquence. La lecture des observations montre qu'il n'en est rien, tant que la tumeur reste enclose dans l'enveloppe ovarienne. Plus tard, quand cette enveloppe est brisée, ou encore dans le cas de tumeur végétante, la propagation peut se faire, mais nous manquons de renseignements précis.

La plupart des observations mentionne que la trompe est saine et étalée sur la tumeur; si elle est trouvée « *grosse, indurée* » — uniques renseignements. — c'est qu'elle est le *siège d'une généralisation métastatique* (THIÉRY, fibro-sarcome des deux ovaires simulant une grossesse; CROOM, sarcome de l'ovaire).

Tels aussi les cas de WINTER où la trompe était *perforée et envahie* secondairement par un cancer né dans l'ovaire et simulant un hydrosalpinx, et de GLOCKNER où la trompe fut envahie par un carcinome ovarien à cellules géantes.

En dépit de la pénurie de renseignements, il faut penser que l'extension du processus à la trompe relève de la généralisation métastatique au même titre que les autres organes du petit bassin (ligament large, utérus et même os du bassin, comme dans le cas classique de TILLAUX).

Dans le *fibrome*, on rencontre la trompe soit hypertrophiée, allongée, étirée avec la tumeur, soit quelquefois indemne de toute altération appréciable.

L'EXTENSION LYMPHATIQUE ET LA GÉNÉRALISATION DANS LES TUMEURS MALIGNES DE L'OVAIRE.

La voie lymphatique est la grande route pour l'extension des tumeurs cancéreuses de l'ovaire.

Les lymphatiques forment dans l'ovaire des réseaux très serrés à la limite des zones corticale et médullaire. Dans cette dernière se collectent six à huit troncs (BRÜNS) allant vers le hile. Du hile, ces vaisseaux, en direction ascendante, accompagnent les vaisseaux spermaticques internes, cheminent avec eux sous le péritoine, croisent l'uretère et vont se terminer dans les ganglions lombo-aortiques.

Ces ganglions terminaux ont une disposition identique à celle des ganglions qui reçoivent les lymphatiques du testicule, c'est-à-dire que la terminaison se trouve dans les ganglions latéro-aortiques du côté correspondant.

Dans le trajet ascendant, les lymphatiques de l'ovaire s'unissent aux lymphatiques de la trompe et de l'utérus au niveau de la cinquième

lombaire. D'après MARCILLE, on observe également un vaisseau lymphatique qui part de l'ovaire et se porte en bas et un peu en dehors, dans la partie supérieure du ligament large, pour aller se jeter dans un des ganglions de la chaîne moyenne du groupe iliaque interne (BUDIN, 1875).

D'après SAPPEY et POIRIER, les ganglions lombaires terminaux seraient à gauche, au-devant de l'aorte, un peu au-dessous du hile rénal, et à droite dans un groupe ganglionnaire contre le tronc de la veine cave.

L'anatomie pathologique nous a donné la preuve de ces constatations d'injections au mercure. Dans une observation de DEFONTAINE, on pouvait constater une masse ganglionnaire au niveau du hile du rein gauche qui comprimait l'uretère correspondant; il s'agissait d'un carcinome de l'ovaire gauche.

Enfin, on peut avoir des extensions lymphatiques rétrogrades, parce que les lymphatiques sont pauvres en valvules.

Les cancers de l'ovaire se généraliseront donc par voie lymphatique aux ganglions lombaires. Mais quels cancers? La question peut paraître inutile tout d'abord, mais on va voir qu'elle a son intérêt. On dit, en général, que les épithéliomas envahissent le système lymphatique et que le sarcome progresse plutôt dans le système sanguin. Or, je crois avoir montré que les formes histologiques des sarcomes ovariens sont quelque peu battues en brèche et que le domaine sarcomateux se démembre ici journellement au profit de l'épithélioma. Par suite, bien des anciens sarcomes, aujourd'hui reconnus épithéliomas, se généraliseront comme tels par la voie lymphatique. On ne peut expliquer autrement des faits comme celui de FRIEDLANDER où un *sarcome ovarien* avec métastases dans le péritoine *se généralisa dans les ganglions rétro-péritonéaux, bronchiques et le foie*, et celui de BAILY et LEARCH où les ganglions sacrés et lombaires étaient pris, la tumeur étant aussi sarcomateuse. CHEVASSU, d'ailleurs, avait déjà osé, pour les tumeurs du testicule, identifier la généralisation de l'épithélioma et du carcinome. « On ne saurait plus, dit-il, donner, comme exemple de la dualité de généralisation, le fait de l'ostéosarcome. Les ostéosarcomes sont des tumeurs à part, qui diffèrent presque autant par leur structure des sarcomes que des épithéliomas. »

Ne pourrait-on pas raisonner pour l'ovaire comme pour le testicule et dire que toutes les tumeurs malignes de l'ovaire envahissent le système lymphatique? Toutes, en effet, ne resteront pas cantonnées à ce système lymphatique; elles envahiront la circulation sanguine générale, soit après avoir franchi le relai ganglionnaire des lombes par irruption dans le canal thoracique, d'où déversement dans la circulation, soit par envahissement lymphatique direct des troncs veineux (veines ovariennes, rénale, cave).

Le premier mode (généralisation par le canal thoracique) est habituel ; le deuxième mode, en revanche, est un peu exceptionnel et propre aux tumeurs à envahissement vasculaire spécial, tels certains embryomes à formations chorio-épithéliales qui ont une tendance invincible à la perforation des vaisseaux.

Une fois la voie sanguine envahie par les processus décrits plus haut, le premier viscère atteint est le cœur droit, et cependant je ne connais que le cas de Bucquoy qui en soit la preuve ; l'arrêt dans le cœur droit est donc exceptionnel.

Quand les embolies néoplasiques ont franchi l'étape pulmonaire, on peut les rencontrer un peu partout, au hasard de leurs capricieuses migrations, dans le foie, l'estomac, etc.

Pour ce qui concerne la généralisation des embryomes malins, les faits ne sont pas assez précis pour me permettre de formuler des propositions, comme on l'a fait pour le testicule. Il y a là encore, comme sur bien des points de la généralisation lymphatique des tumeurs ovariennes, d'intéressantes recherches à poursuivre.

En résumé, dans toute cette étude anatomique, j'ai montré combien il y avait, à l'heure actuelle, de confusion et d'obscurité. Elles persisteront tant qu'on n'aura pas orienté, comme je l'ai indiqué, de patientes recherches dans la voie nouvelle de l'origine embryonnaire. On possédera alors des données plus exactes qui apporteront l'ordre et la clarté dans les descriptions anciennes : avec de nouvelles classifications, l'interprétation en sera plus facile. Les tumeurs solides ovariennes apparaîtront sous un nouveau jour, plus intéressant parce que plus clair et plus précis, ainsi qu'il est advenu pour les tumeurs de la parotide et du testicule. Pour l'instant, tout ou presque tout est à faire dans cette voie, il faut avoir le courage de le reconnaître et de le dire.

II

PARTIE CLINIQUE

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

DEUXIÈME PARTIE.

PARTIE CLINIQUE.

De même qu'il a fallu se limiter, dans un aussi vaste sujet, à certains points de l'étude anatomique, il conviendra de ne point traiter avec un égal développement toutes les faces d'une étude clinique complète. Pour rester dans les limites et l'esprit d'un rapport, je négligerai de parti pris ou je passerai brièvement sur les données connues et si bien décrites ailleurs pour n'envisager que les faits récemment acquis ou encore mal interprétés. Il y a en effet des travaux excellents, tels que le mémoire de DARTIGUES¹, qui laissent peu à glaner dans le champ clinique, si ce n'est les altérations apportées par l'expérience à certains traits de ce tableau clinique. De même, l'étude thérapeutique est entièrement à faire avec les résultats obtenus depuis 1900, date de l'article de ESRON et PUECH. Je compte en tirer des conclusions importantes pour le pronostic et le traitement, peu connu, si controversé, des cancers de l'ovaire, et finalement pour l'évolution générale des tumeurs ovariennes, qui constituent un chapitre nouveau et plein d'intérêt. Au point de vue pratique, en définitive, ce sera la conclusion à retenir de cette longue étude.

Autant pour éviter la banalité que pour répondre aux devoirs du clinicien, il m'a semblé qu'il fallait envisager pratiquement l'étude clinique sous deux faces :

- 1° Y a-t-il tumeur de l'ovaire ?
- 2° Celle-ci reconnue, quelle est sa nature, bénigne ou maligne, seule précision que puisse tenter la clinique. La connaissance de la variété histologique d'une tumeur ovarique est introuvable, je n'insiste pas.

1. DARTIGUES, *Revue de Gyn.*, 1899.

Pour répondre à ces deux questions, le clinicien devra examiner :

a) Les *symptômes communs à toute tumeur ovarienne.*

b) Les *symptômes propres à chaque variété clinique* pour faire, autant que possible, un diagnostic de bénignité ou de malignité, afin de fixer la conduite thérapeutique. Je vais montrer l'état actuel de la question sur ces divers points.

CHAPITRE III.

Les symptômes communs aux tumeurs solides de l'ovaire.

Profondément cachées dans l'excavation pelvienne, longtemps incluses dans le parenchyme de l'organe, les tumeurs solides de l'ovaire demeurent latentes et silencieuses pendant de longs mois, quelques-unes même toute une vie, et ne sont plus que des trouvailles d'autopsie. Il faut donc le hasard d'une exploration gynécologique méthodique ou d'une opération pour affection utérine (fibrome) par exemple, pour amener le chirurgien à reconnaître une tumeur ovarienne à son début ou même modérément développée. A ce stade initial, le fibrome, pas plus que le sarcome, ne s'accompagnent d'aucun trouble appréciable pendant longtemps, si bien qu'il n'y a, à cet égard, aucune différence entre un fibrome, un cancer ou un petit kyste de l'ovaire. Cette période de latence peut durer un temps variable, en rapport avec l'irrégularité d'accroissement du néoplasme.

Les signes de début.

A) Le début peut être révélé par de l'*ascite*, mais non d'une façon constante. Le fibrome, par exemple, s'accompagne parfois d'ascite, mais celle-ci ne peut être un symptôme initial. Elle peut être en trop minime quantité pour être perceptible. Des cas comme celui de GRIPAT, où elle était si considérable qu'elle fit penser à un kyste de l'ovaire, sont tout à fait exceptionnels, il n'y faut pas compter.

Pour ma part, dans les deux fibromes que j'ai opérés, l'ascite était en quantité notable, un litre environ, et ce fut l'augmentation de volume du ventre et les troubles dyspeptiques qui en résultaient qui amenèrent les malades chez leur médecin pour se faire guérir de leur soi-disant dyspepsie.

Pour le sarcome, le début peut être également révélé à la malade par

de l'ascite ; c'est, en effet, le plus apparent pour elle, mais, comme plus haut, il n'y faut pas voir un phénomène constant ; on ne doit même pas l'attendre, car bien des sarcomes évoluent à sec. Par contre, l'ascite est fréquente à la période terminale.

De même, l'ascite est parfois absente dans le cancer non végétant (LEGUEU¹) ; quand elle existe, elle est si peu considérable (200 grammes dans un cas de Pozzi) qu'elle n'avait même pas été soupçonnée (POLAILLON).

Elle est rare aussi dans les embryomes, et seules enfin les tumeurs végétantes s'accompagnent d'un épanchement ascitique assez abondant. Ici l'ascite a une valeur diagnostique précoce, toutes les fois — cela s'entend — qu'une maladie de la glande hépatique n'est pas en cause.

B) Par contre, des *phénomènes douloureux* variés s'observent souvent assez tôt.

Dans le **fibrome**, des *douleurs plus ou moins vagues dans le bas-ventre* ou localisées *dans les régions annexielles* attireront l'attention de la malade vers ces régions et lui feront remarquer une augmentation du volume du ventre. Une malade de SEGOND souffrait ainsi périodiquement à l'époque menstruelle.

Plus accusées en général sont les douleurs dans le **sarcome**. Continues ou intermittentes, siégeant dans la *région hypogastrique*, sans localisation bien nette, elles s'irradient au périnée, quelquefois à la vessie. Elles apparaissent souvent sous forme de coliques, brusquement, en pleine santé ; dans d'autres cas, elles vont en s'accroissant graduellement. Elles précèdent souvent l'apparition d'une tumeur perceptible et s'exaspèrent à chaque période menstruelle.

Dans l'**épithélioma proprement dit**, les douleurs sont moins vives, mais elles existent, et l'on peut dire que ces douleurs du début de l'évolution néoplasique, avec leurs modes variés, manquent rarement dans le cancer. La douleur est aussi plus vive que dans les tumeurs bénignes.

C) Avec la douleur, les *troubles menstruels* attirent les premiers l'attention de la malade.

Ils sont moins manifestes dans le **fibrome** que dans le cancer. Ce sont tantôt des *métrorragies* accompagnées de coliques vives, de véritables douleurs expulsives (PICQUÉ, DELEGRANGE), tantôt il y a *absence de menstruation* pendant plusieurs mois (DUBAR, VEYSSIÈRE). Les **sarcomes** se signalent, au contraire, par des *métrorragies répétées*, profuses, inquiétantes même. Ces formes hémorragiques se verront également

1. In DARTIGUES, *loc. cit.*

dans l'épithélioma, dont elles pourront être l'unique symptôme initial, chez les femmes en pleine activité génitale.

En somme, les douleurs, les troubles menstruels et parfois l'ascite marquent les débuts cliniques appréciables d'une tumeur ovarienne solide. Il se passera quelques mois encore avant que le volume du ventre ait augmenté et qu'une tumeur puisse être facilement perçue. Malgré ces symptômes un peu imprécis, le clinicien averti songera à une néoplasie ovarienne maligne quand il verra sa malade maigrir rapidement.

D) Cet *amaigrissement précoce*, venant s'ajouter aux signes précédents leur donne une signification de probable malignité. Qu'il dépende des hémorragies, des douleurs ou des troubles dyspeptiques, cet amaigrissement précoce a une grande valeur, aussi bien dans les *fibromes* que dans les tumeurs malignes. DEMONS et CODET-BOISSE, BÉGOUIN, GUELLIOT ont récemment signalé cet amaigrissement dans les fibromes et qui rappelle cette cachexie des fibromateuses utérines avec dégénérescence kystique de leur tumeur. Sous l'influence d'un traitement approprié contre les hémorragies, la douleur, les cancéreuses voient cet amaigrissement disparaître et reprennent jusqu'à une période plus avancée les attributs d'une bonne santé.

CHAPITRE IV.

Les Symptômes physiques et fonctionnels.

(Symptômes propres à chaque variété).

L'*exploration physique* va-t-elle nous apporter dans ce stade initial plus de certitudes ? Va-t-elle nous permettre de distinguer chaque variété de tumeurs ?

Il semble bien qu'on devrait trouver déjà dans le petit bassin une petite tumeur dure, mobile, située à côté de l'utérus ou prolabée dans le Douglas, de consistance dure pour le fibrome, ferme et présentant des bosselures irrégulières dans le sarcome.

Il n'en est rien, et cette description — bien que soigneusement reproduite dans nos classiques — est purement schématique. Par cette exploration physique, on n'a reconnu *aucun* fibrome à l'origine, c'est-à-dire tant qu'il n'a pas acquis le volume d'un poing. Ce n'est qu'un peu plus tard, un peu plus loin par suite de ce début que l'on voudrait tant pouvoir reconnaître — que CHAPUT et MORÉLY, SEGOND, BAGOT et MUNDÉ ont pu faire un diagnostic,

Les signes de tumeur plus ou moins volumineuse, reproduisant la forme de l'ovaire hypertrophié, mobile, latéro ou retro-utérine, non douloureuse et ferme au toucher sont, au fond, les mêmes pour toute tumeur solide de l'ovaire.

Période d'état.

A. — *Symptômes fonctionnels.*

Mais la tumeur a progressé et s'est rendue plus cliniquement appréciable, et la symptomatologie vraie d'une tumeur utérine se détache un peu plus nettement de la confusion du début. La malade elle-même perçoit déjà l'existence d'une « grosseur » à la région hypogastrique, au-dessus du pubis, et cette grosseur, sensible au moindre choc, avec les douleurs et les écoulements utérins, devient un sujet de pénibles préoccupations.

A) Les *pertes séreuses* ou *blanches* doivent être rares ou sans importance comme sans signification, puisque les observations n'en parlent pas.

B) Par contre, les *troubles menstruels* se voient avec une plus grande fréquence, sauf au début des sarcomes et des fibromes où la menstruation peut pendant longtemps rester normale. Elle peut même demeurer normale pendant toute l'évolution de la tumeur (sept cas de fibrome, un cas de sarcome).

Les *ménorragies* n'ont été signalées que deux fois dans les fibromes (PICQUÉ, MUNDÉ).

Les *métrorragies* sont moins rares, sans être toutefois constantes.

Dans le fibrome et dans le sarcome, elles semblent tenir au volume de la tumeur, amenant une congestion passive de l'utérus, aussi bien qu'aux lésions annexielles et concomitantes (*hématosalpinx*).

La métrorragie semble bien, dans ces deux variétés de tumeurs, être en rapport avec leur développement, puisque l'hémorragie et la tumeur ont fait simultanément leur apparition. Il peut même arriver que ces tumeurs (cancer surtout) aient une histoire symptomatique totalement hémorragique.

Ces métrorragies sont parfois profuses, parfois aussi procèdent par intermittences, qui sembleraient coïncider avec un accroissement de la tumeur.

On connaît enfin des cas où les règles se sont trouvées supprimées du fait du développement d'un fibrome de l'ovaire, soit en même temps que la tumeur a apparu, soit longtemps après.

Cette suppression n'est nullement en rapport avec la ménopause; le gros volume de la tumeur semble avoir une certaine influence sur l'apparition de cette ménopause anticipée. Celle-ci, détail curieux, se développerait de préférence chez des femmes n'ayant jamais été enceintes.

Les mêmes remarques sont à faire en ce qui concerne la suppression des règles dans les sarcomes¹. Elle s'observe dans les deux tiers des cas et ne remonte guère au-delà de cinq à six mois avant l'intervention. Mais ici, les malades sont jeunes (vingt-deux à quarante ans) et toutes ont eu des grossesses antérieures. Leur tumeur était grosse et souvent bilatérale.

1. La disparition progressive des éléments propres de l'ovaire (follicules) que nous avons déjà signalée au chapitre anatomique (l'ovaire dans les tumeurs de l'ovaire) permet d'expliquer cette aménorrhée. J'aurai plus loin l'occasion de retenir ce symptôme : aménorrhée, pour appuyer la conception que je propose pour le développement et l'évolution des tumeurs ovariennes. Il me paraît y avoir un rapport intime entre la persistance des éléments propres de l'ovaire, du corps jaune et le développement particulier des cancers de l'ovaire.

C) L'accroissement de la tumeur détermine des *phénomènes de compression* sur les nerfs, les vaisseaux et les viscères voisins.

La douleur, traduisant la compression des nerfs, n'est pas plus constante que les symptômes précédents — et c'est une indécision nosologique qu'on a déjà aperçue; elle se confirmera dans la suite; il ne faudra donc pas compter sur elle pour se faire une opinion.

TERRILLON, DUFOUR, LIEGEOIS, GRIPPAT, HOMANS ont relaté des cas de fibromes dépourvus de toute manifestation douloureuse.

Il est d'autres cas où il y a eu douleurs au début, mais elles se sont ensuite à peu près apaisées (PICQUÉ, DELEGRANGE).

Les sarcomateuses se plaignent de pesanteur abdominale, de gêne, de lourdeur au périnée. Parfois même, elles ne souffrent pas, comme dans le cas de SEGOND et PINARD (hydramnios et volumineux sarcome ovarien).

Pratiquement, on peut conclure que, dans le sarcome, les douleurs vives s'observent plus souvent au début que dans la période d'état, où elles n'ont aucun caractère intéressant, car elles se retrouvent dans toutes les tumeurs pelviennes.

Dans l'épithélioma, mêmes irrégularités d'apparition, d'intensité, d'irradiations abdominale ou lombaire; on connaît des cas où tout cela a fait défaut.

Aussi peut-on dire que, dans toutes ces tumeurs ovariennes, il ne saurait y avoir un rapport de causalité entre l'évolution de la tumeur et les douleurs.

D) Les vaisseaux comprimés par cette tumeur vont déterminer de l'*œdème* des membres inférieurs. Peu fréquent dans le fibrome et le sarcome, à moins qu'il ne coïncide avec l'ascite, auquel cas il s'étend à la région hypogastrique et à la vulve. Cet œdème est en général tardif; sa précocité ferait porter un pronostic sérieux de malignité.

E) Ni le rectum ni la vessie ne subissent, à cette période, de *compression manifeste* pour se traduire cliniquement par *rétenion* des excréta. La tumeur, encore essentiellement mobile (fibrome ou sarcome), ne peut amener ces troubles propres aux volumineuses tumeurs enclavées. C'est à peine si les malades se plaignent de quelques *troubles dyspeptiques* ou *dysuriques*.

Ces troubles de compression n'ont pas, dans cette période d'état, de fréquence et de gravité plus grande que dans les fibromes. Les sarcomes ont sans doute une allure plus bruyante que les fibromes; on y rencontre des hémorragies plus abondantes, une aménorrhée plus fréquente et des douleurs plus vives. Mais tout cela n'est qu'une question de degrés,

de nuances, et rien en somme n'est caractéristique pour faire penser au sarcome plutôt qu'au fibrome si l'on s'en tient seulement à ces signes fonctionnels. C'est tout au plus si leur précocité et leur accentuation fera penser plus spécialement au sarcome.

F) Du côté des *symptômes généraux*, il en est (*anorexie, anasarque*) qui sont plus particuliers aux sarcomes; mais l'atteinte à l'état général est cependant bien plus précoce dans les cancers ovariens à forme épithéliale. Dans l'épithéliome, en effet, l'anorexie est presque absolue, l'amaigrissement est rapide, et le teint prend vite une couleur pâle et terreuse qui n'est pas la teinte jaune paille qu'on attribue généralement aux cancéreux.

B. — Les *signes physiques* seront de meilleurs éléments de diagnostic, permettant d'affirmer non seulement l'existence de la tumeur mais aussi sa nature.

Nous entrons ainsi, avec ces signes physiques qui sont des guides sûrs, dans la recherche du diagnostic différentiel; nous pourrions y parvenir peut-être par l'examen des signes particuliers à chaque variété de tumeur dite solide de l'ovaire.

Nous savons donc maintenant qu'il existe une tumeur de l'ovaire. Quelle est sa nature? C'est ce que nous allons demander aux symptômes particuliers à chaque variété de tumeurs.

Fibromes.

L'*inspection* seule ou combinée à la palpation montre un abdomen généralement augmenté de volume. Cette augmentation ne dépend pas uniquement de la tumeur mais aussi de la présence de l'ascite.

Tumeur et ascite peuvent donner au ventre d'énormes dimensions : dans un cas de SPIEGELBERG, le ventre mesurait 1 m. 55 au niveau de l'ombilic.

A part l'ascite — dont je parlerai — l'abdomen, par le seul développement du fibrome, est saillant, dans le sens occupé par la tumeur. Mais encore ici il y a des exceptions à la règle puisque, dans une observation de PICQUÉ, une tumeur considérable s'élevait jusque dans l'hypochondre droit sans que le ventre fut augmenté dans de notables proportions, ce qui était dû, sans doute, à la situation surtout transversale du néoplasme. A moins d'une grosse saillie, nettement latérale, faite par la tumeur, surtout après évacuation de l'ascite, l'inspection seule ne peut donner d'utilisables éléments de diagnostic.

En revanche, la **palpation bimanuelle** montre l'existence d'une tu-

meur mobile ou non, dure ou molle, pseudo-fluctuante parfois (DUBAR), à contours et à lobulation bien appréciables, douloureuse dans certains cas (MUNDÉ), soit pour elle-même, soit par ses adhérences. Mais cette palpation donnera les meilleurs renseignements si elle est combinée au toucher vaginal.

Ce **toucher bimanuel** permet de se rendre compte d'abord de la *position de l'utérus*, notion importante pour établir ses rapports avec la tumeur, sa solidarité dans les divers mouvements imprimés, et l'existence d'un sillon de démarcation entre le corps utérin et la tumeur. Etant donnée la consistance ferme montrée par le palper, la tumeur est-elle dans l'utérus ou à côté, est-ce un fibrome utérin ou annexiel, ovaire ou trompe? Cette *indépendance réelle de l'utérus et de la tumeur pelvienne* est le point capital pour le diagnostic.

Cette indépendance est parfois très délicate à apprécier : la tumeur peut être un fibrome pédiculé de l'utérus — erreur fréquente — ou être incluse dans le ligament large et se solidariser avec l'utérus.

L'utérus lui-même peut être volumineux, du fait des corps fibreux interstitiels ou d'une métrite concomitante, et peut ainsi participer à l'enclavement total de la masse néoplasique ovarienne, existant pourtant, et garder pour lui-même toute l'attention du clinicien.

L'erreur inverse s'est produite récemment. P. BONNET¹ parle d'un utérus fibromateux avec fibrome sous-péritonéal gros, bosselé, enclavé de tous côtés dans des adhérences et qu'on avait, pour ces raisons, pris pour une tumeur ovarienne.

En résumé, c'est avec le fibrome utérin et ses variétés ou avec un kyste ovarien tendu (à cause de la fluctuation), avec un kyste dermoïde (par la consistance pâteuse et la douleur), qu'on a le plus facilement, par le palper combiné, confondu un fibrome de l'ovaire. Bien rarement le diagnostic précis en a été fait, par le palper, ce qui tient à l'absence de signe pathognomonique : la consistance, la configuration, la situation même sont des signes infidèles. L'*indépendance réelle* serait encore, en l'appréciant bien, le signe physique le moins trompeur.

On ne doit pas négliger l'*examen des culs-de-sac vaginaux* : ils sont effacés du côté où siège la tumeur ; c'est surtout le Douglas qui en est le siège, l'utérus est alors repoussé vers le pubis. Cette exploration des culs-de-sac est négative quand la tumeur a quitté l'enceinte pelvienne pour devenir abdominale.

L'*agrandissement de la cavité utérine*, constaté par l'hystéromètre, est un bon signe de fibrome utérin ; il semble qu'il doive garder ici une valeur diagnostique importante. En effet, l'hystéromètre, fixant les

1. BONNET. Soc. des Sc. méd. de Lyon, 1^{er} juin 1910.

dimensions de la cavité utérine, le siège, la direction de l'utérus, vient au secours du palper abdominal, en établissant, par les deux explorations combinées, l'absence de solidarité entre la tumeur et l'utérus. Il faut se rappeler cependant que l'élongation de l'utérus par l'ascension de la tumeur ovarienne dans sa progression abdominale, l'étirement d'une corne utérine ou même l'existence d'un fibrome utérin concomitant peuvent déterminer cet allongement de la cavité utérine et faire durer ainsi les hésitations.

Le fibrome ovarien peut rester *inclus dans le ligament large*; ce sont des fibro-myomes nés du hile de l'ovaire; ils grossissent d'abord sur place en dédoublant peu à peu les feuillettes du mésovarium et progressent en suivant les vaisseaux sur les espaces pelviens sous-séreux. Cette évolution intra-ligamentaire, en outre des phénomènes de *compression viscérale* (rectum, vessie, urètre) nerveuse ou vasculaire plus accusés que dans les fibromes intra-péritonéaux, se caractérise par la situation latéro-utérine, elle se bloque entre l'utérus et les parois pelviennes. On peut la soupçonner en trouvant les culs-de-sac latéraux et postérieur effacés, occupés par une masse dure ou fibro-kystique, peu mobile et distincte à peine de l'utérus par un sillon de démarcation.

Par la *percussion* enfin, on perçoit un signe qui se voit assez fréquemment dans le fibrome (40 %), l'*ascite*; on la rencontre surtout dans le cas de tumeur pédiculée et mobile dans l'abdomen, mais parfois aussi dans les cas de fibrome sessile. Cette ascite est toujours abondante (1 à 2 litres dans mes deux cas personnels) et la ponction — dans les cas douteux — la montre souvent *sanguinolente*; c'est qu'alors le fibrome s'est transformé en sarcome ou en carcinome, et surtout parce que les végétations malignes dont sa surface s'est recouverte sont très friables. Cette ascite sanguinolente s'est vue dans la proportion de 60 % des fibromes dégénérés.

Sarcomes.

Il y a identité avec le fibrome dans les signes physiques fournis par l'inspection, le palper et la percussion. Parfois, l'abdomen est tellement tendu et rempli qu'il est impossible de faire une palpation utile. Un cas complexe comme celui de PINARD et SEGOND (utérus gravide avec hydramnios, sarcome ovarien, hernie ombilicale et ascite) est tout à fait exceptionnel. Le plus ordinairement, on peut constater par le palper l'existence d'une tumeur dans la fosse iliaque. A part sa surface lisse, elle est, pour sa mobilité dans le sens transversal, son indolence et sa consistance, en tout semblable au fibrome ovarien. Il est entendu que cette consistance est très variable et qu'on pourra trouver tous les degrés entre l'uniforme

dureté et la mollesse, la fluctuation due aux formations kystiques si fréquentes de ces soi-disant tumeurs solides.

Par le *toucher bimanuel*, on reconnaît qu'il s'agit d'une tumeur dite solide, mais on ne peut guère en dire davantage. Il faut avoir éprouvé ces hésitations à distinguer parfois une tumeur ovarienne pour reconnaître que cette notion, en apparence toute simple, n'est pas si facile à acquérir avec certitude. L'utérus peut ne pas être toujours distinct de la tumeur ovarienne, et c'est toujours cette fusion des perceptions cliniques pour deux organes qui rend incertain tout diagnostic de tumeur ou de variété de tumeur ovarienne. On a publié des cas de fusion en quelque sorte de la tumeur ovarienne avec l'utérus jusqu'à en imposer pour l'utérus lui-même : à l'opération, on vit qu'il s'était creusé un lit dans la tumeur (DREYFUS). Une telle disposition rend le diagnostic impossible, et elle n'est pas si rare. J'ai observé personnellement, avec le Dr Poux, un cas d'utérus gravide qui s'était absolument engagé dans un kyste de l'ovaire, ce qui avait fait méconnaître l'existence du kyste.

MONPROFIT a publié un cas de sarcome inclus à gauche dans le ligament large, coexistant avec un sarcome droit pédiculé, dans lequel il était bien difficile d'exclure l'idée d'une tumeur utérine.

Le *toucher rectal* vient confirmer le toucher bimanuel et peut probablement délimiter mieux par ses contours le corps utérin; mais quoi qu'on fasse, la liste sera longue toujours des cas où le diagnostic de variété — ou même de tumeur nettement ovarienne — aura été d'une insurmontable difficulté.

Epithéliomes.

Comme pour les autres tumeurs étudiées jusqu'ici, il faut avouer la pauvreté de données sérieuses fournies par l'inspection, le palper ou la percussion.

La tuméfaction du ventre n'a aucune valeur, car on a pu trouver des epithéliomes de certaines dimensions et *à fortiori* des tumeurs pelviennes sous des parois abdominales nullement distendues.

Le *palper* révélera mieux l'existence de ces tumeurs à surface tantôt irrégulière et bosselée comme dans le fibrome, tantôt lisse et unie comme dans le kyste. Ligneuse ou bien molle, presque fluctuante, la consistance n'apprend rien de particulier à cet epithéliome. A cause de cela, tous les diagnostics ont également été faits ici (kyste ovarique, fibrome utérin, tumeur ovarienne), et le plus souvent il n'en pouvait être autrement. C'est une des particularités frappantes de ces tumeurs ovariques que d'être un des plus délicats, voire des plus insolubles problèmes de diagnostic.

DARTIGUES fait remarquer, en outre, que la plupart du temps ces cancers de l'ovaire sont doués d'une assez grande *mobilité* dans le sens transversal, en dépit des adhérences. Celles-ci peuvent être lâches, la partie supérieure peut basculer, alors que la base est complètement enclavée dans le bassin, « mais il faut savoir que l'enclavement n'entraîne pas la fixation absolue toujours, une tumeur pelvienne est susceptible de mouvements dans le pelvis dont elle ne peut se dégager, comme levier d'articulation folle dans son moyeu d'attache » (*loc. cit.*, p. 844).

Les signes physiques que je viens de rappeler ne seront en général rendus bien nets et utilisables qu'après ponction. L'*ascite* retirée est rouge ou franchement hématisée, indice certain de malignité.

Par le *toucher vaginal*, on n'obtient guère de signes propres à la différenciation clinique de l'épithélioma. Consistance, régularité, indépendance de la tumeur se voient ici comme dans toute tumeur ovarienne dite solide. La distinction d'avec l'utérus est toujours entourée des mêmes difficultés; on pensa dans un cas de POZZI à un fibrome utérin à prolongements sous-péritonéaux, alors qu'il s'agissait d'une tumeur ovarienne bilatérale, difficile à reconnaître, même le ventre ouvert.

L'hystérométrie montrera que la cavité utérine n'est pas en général agrandie, mais il est des cas d'étirement artificiel de l'utérus par le pédicule d'une tumeur à développement abdominal où l'on a trouvé à cette cavité 8 et 9 centimètres de profondeur (GOLAY). On pencherait alors vers l'hypothèse de tumeur utérine; encore une cause d'erreur à laquelle il faudra penser.

Cette période d'état de toutes ces tumeurs solides est marquée par *l'altération graduelle de l'état général*. L'*anorexie* est absolue (dégoût pour la viande surtout), l'amaigrissement progressif s'ensuit naturellement, le teint prend la couleur pâle et terreuse bien connue.

Pour servir un diagnostic toujours hésitant ou critiquable, pour aider à l'appréciation de la nature bénigne ou maligne de la tumeur, autant que pour mesurer l'atteinte à l'état général, les *recherches hématologiques* s'imposent actuellement. On n'a pas suffisamment poussé ces recherches, car bien des observations récentes sont muettes sur ce point. Il y a là cependant des données importantes qu'on a tort de négliger, lorsque la clinique seule est si souvent impuissante ici à nous satisfaire. A part quelques rares examens, on ne sait presque rien de l'hématologie des tumeurs solides ovariennes. Il ne serait pas indifférent pourtant de savoir si la tumeur est un fibrome ou un cancer, un kyste dermoïde bénin ou déjà en voie de dégénérescence. Les résultats de ces recherches,

dans d'autres affections, ont souvent servi à décider du moment favorable pour une intervention. Voici les quelques renseignements que j'ai pu recueillir :

MASSABUAU, dans un cas de *tumeur épithéliale*, a trouvé :

Nombre total de globules blancs.	7.200 par mm^3
Polynucléaires.....	78 %
Mononucléaires.....	15 %
Lymphocytes.....	7 %
Eosinophiles.....	5 %

Pour un cas de sarcome, LESIEUR (1906) a obtenu :

Leucocytes.....	14.000 par mm^3
Polynucléaires.....	88 %
Mononucléaires.....	12 %
Globules rouges.....	2.500.000 par mm^3

Il y avait chez cette malade une anémie très marquée.

L'examen hématologique a très utilement servi VIGNARD (de Lyon)¹ dans un cas d'énorme cancer de l'ovaire chez une fillette de huit ans pris pour une péritonite tuberculeuse. La numération leucocytaire donna 20.700.

Dans un deuxième cas, on hésitait entre un plastron inflammatoire et une tumeur disséminée dans le péritoine. Chez cette malade, la leucocytose ne dépassait pas 21.000 globules, alors qu'elle atteignait 30.000 chez une autre où il y avait une tumeur ovarienne, mais sans plastron. *C'est un point à rechercher quand on hésite entre le diagnostic de tumeur et celui de plastron inflammatoire.* TUFFIER et MILIAN avaient insisté sur la fréquence de l'*hyperleucocytose dans les sarcomes*.

BENDER² avait déjà vu également, dans son étude hématologique des kystes de l'ovaire, que la diminution du nombre des globules rouges coïncidant avec une leucocytose assez marquée était un signe de dégénérescence maligne.

La constatation d'une leucocytose coïncidant avec une proportion normale de globules rouges ne permet pas d'affirmer la nature maligne d'une tumeur. MILIAN a constaté dans le sarcome en général un nombre de globules rouges normal et même une hyperglobulie.

Pour reconnaître encore la nature maligne de la tumeur, ne pour-

1. VIGNARD, *Soc. de chir. de Lyon*, 3 février 1910.

2. BENDER, *Rev. de Gyn.*, 1901.

rait-on pas utiliser la *réaction hémolytique* de CRILE?¹ Celui-ci conclut de nombreuses recherches que l'action hémolytique tient à une hémolytine particulière dont l'existence est liée à la présence de la tumeur et qui disparaît avec son ablation complète. Cela est surtout vrai dans les premiers stades du cancer; plus tard il devient plus rare de rencontrer la réaction hémolytique.

Tout ceci montre qu'il y a encore à glaner de ce côté, pour approcher autant que possible d'une connaissance exacte de la tumeur.

C'est à cette période d'état que le diagnostic peut et doit être posé. Il *peut* l'être, si les symptômes physiques — surtout — et fonctionnels — quelquefois — sont suffisants, si enfin on ne néglige aucune recherche auxiliaire telle que l'hématologie; il *doit* l'être, en prévision éveillée des complications et des dégénérescences qui précipiteront une intervention en des moments moins favorables.

En résumé, avec les éléments de diagnostic relevés plus haut, il faudra distinguer les tumeurs solides de l'ovaire :

A la période de début, d'avec une métrite hémorragique et gros utérus, un gros ovaire scléro-kystique, une annexite simple et tuberculeuse, car il n'y a comme symptômes que les troubles menstruels, les écoulements, la douleur;

A la période d'état, d'avec le fibrome utérin, sous-péritonéal (pédiculé ou sessile), intra-ligamentaire, le kyste de l'ovaire, la grossesse (utérine ou extra-utérine), voire même l'hématocèle, le phlegmon du ligament large, la pelvi-péritonite, étant donné les signes communs à ces diverses tumeurs et au fibrome ou au cancer de l'ovaire. Le kyste dermoïde se reconnaîtra parfois à son rapport avec la paroi abdominale, à la consistance pâteuse, et enfin à la douleur, à la palpation dont L. TAIT avait fait un bon signe pathognomonique. J'ai pu récemment établir par ce dernier signe la certitude — qui s'est confirmée — d'un embryome kystique.

Les affections que je viens d'énumérer sont les plus fréquemment sujettes à être confondues avec les tumeurs solides de l'ovaire; il en est d'autres dont je veux dire un mot. Dans un cas d'épithélioma kystique rapporté par LEJARS², il y eut des vomissements, du hoquet, du ballonnement du ventre qui avaient fait penser à une appendicite pelvienne. Dans un autre cas, les symptômes furent ceux d'une appendicite avec douleur très nette au point de Mac Burney; il y eut ensuite de l'ictère,

1. CRILE (de Cleveland), *The Amer. Journ. of. obst.*, 1908, n° 6, p. 933.

2. LEJARS. *Les Epithéliomas kystiques de l'ovaire* (Sem. mèd., 1908).

et la laparotomie montra un épithélioma kystique de l'ovaire droit, à pédicule tordu avec noyaux secondaires dans l'épiploon.

Une fois acquise la certitude d'une tumeur solide de l'ovaire, pouvons-nous, avec les signes examinés plus haut pour chaque variété, *conclure à sa nature bénigne ou maligne*? C'est le problème que s'est posé DARTIGUES, après tous les classiques, et il ressort de sa discussion que le doute persistera toujours. J'ai déjà souligné au passage le grand nombre de signes communs aux tumeurs des deux natures, aussi bien que l'altération parfois aussi précoce de l'état général dans les deux hypothèses. Ce qui semblerait militer le plus en faveur d'une tumeur maligne (sarcome surtout) serait *l'accroissement rapide*, par à-coups, et *la bilatéralité*. Mais ici encore il faut distinguer. Lorsque cette tumeur s'accroît rapidement, avec accompagnement de douleurs vives, d'infiltration des tissus voisins (culs-de-sac), d'œdème, le diagnostic a moins et peut-être même plus du tout d'intérêt. On est alors rapidement fixé sur la nature maligne. C'est en effet la période d'extension, de généralisation peut-être, et l'intervention, même sans délai, sera à ce moment bien aléatoire. Ce signe d'accroissement rapide est donc trop tardif à se montrer; je dirai plus loin combien lentement évoluent, pendant des mois ou des années, les « cancers fermés » de l'ovaire; combien ils restent silencieux parce qu'enfermés, et ce n'est que plus tard — trop tard souvent — qu'ils prennent une marche plus rapide et plus appréciable à nos imparfaits moyens de diagnostic. Cette période, assez longue, de cancer latent de l'ovaire nous échappe, et voilà pourquoi je faisais plus haut un appel pressant à l'hématologie, à la réaction hémolytique, qui pourrait nous donner en temps opportun, c'est-à-dire de bonne heure, la clef du diagnostic.

Plus tard, l'examen du liquide ascitique retiré par ponction confirmera un diagnostic de malignité, par ailleurs évident.

Enfin, la bilatéralité, rare dans les fibromes et les embryomes, fera — sans certitude toutefois — penser à la tumeur maligne; et spécialement à une métastase d'un néoplasme méconnu de l'estomac ou de l'intestin. Aussi la constatation d'une tumeur ovarienne bilatérale avec ascite fera-t-elle soupçonner et rechercher un cancer gastro-intestinal passé inaperçu.

Au demeurant, peu de signes peuvent nous éclairer sur la nature bénigne ou non de la tumeur solide, et il est piquant de constater qu'on n'est guère plus avancé pour l'étude clinique que pour l'étude histologique de ces tumeurs. Et d'ailleurs, devant cette faillite de la clinique, il sera prudent de ne plus s'attarder à des distinctions impossibles et d'intervenir très tôt, dès le diagnostic posé, quelle que puisse être la nature

de la tumeur, puisque le fibrome, le kyste dermoïde, le tératome peuvent, à notre insu, à un moment quelconque, devenir d'une grande malignité. La malignité primitive et longtemps méconnue ou bien secondairement acquise sont des propriétés dominantes de toute tumeur solide de l'ovaire qui me semblent assez démontrées pour rendre sans intérêt pratique des distinctions de bénignité aussi subtiles que dangereuses.

CHAPITRE V.

Complications¹.

L'une de premières à étudier, en raison de sa fréquence et de sa précocité parfois, serait l'ascite, mais comme elle a des rapports étroits avec la torsion du pédicule, je l'étudierai plus utilement après celle-ci.

1^o TORSION DU PÉDICULE.

Bien connue et bien étudiée en ce qui concerne les tumeurs kystiques de l'ovaire ou du parovaire (VANVERTS), la torsion pédiculaire des tumeurs dites solides a un historique moins chargé et plus récent.

Nos classiques anciens en parlent peu ou pas, DARTIGUES lui consacre quelques lignes, et il faut venir aux mémoires originaux de COIGNERAI et surtout de JAYLE et BENDER² en 1904, de BASTIAN³ en 1908 et de GUIBÉ⁴ en 1909 pour être complètement fixé sur la question. D'après ce dernier, on connaît actuellement 47 cas de torsion pédiculaire; les documents inédits qui m'ont été communiqués me permettent de porter à 51 le nombre de cas de torsion venus à ma connaissance.

Les tumeurs solides de l'ovaire (fibromes surtout, voire même les sarcomes) auraient, dans la proportion de 1 à 2 p. 100 (COIGNERAI), de 9 p. 100 (STORER) ou de 40 p. 100 (MARTIN), tendance à se tordre sur leur pédicule. Par quel mécanisme, quelle influence, on ne sait rien de précis à cet égard. Les explications de FREUND et de JOLLY ne sont que des considérations schématiques.

1. J'ai donné relativement plus d'extension à l'étude des complications qu'à celle des symptômes, parce qu'elle mérite d'être mise au point et qu'elle est moins décevante que la précédente où il y a bien peu de choses utiles à retenir.

2. JAYLE et BENDER, *Rev. de Gyn.*, 1904.

3. BASTIAN (de Genève), *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1908.

4. GUIBÉ, *Rev. de Gyn.*, 1909.

Nous connaissons mieux, par exemple, *le sens de la torsion*. C'est ainsi qu'on a vu que les tumeurs droites se tordaient de droite à gauche (sens inverse des aiguilles d'une montre) et que les tumeurs gauches s'enroulaient de gauche à droite (sens direct des aiguilles d'une montre), et l'on a donné à cette constatation invariable le nom de *loi de Kuster-Cario*.

Le nombre de tours a été apprécié assez exactement en *tours* et en *degrés*. En degrés, GUIBÉ a trouvé : 2 fois 180°, 1 fois 270°, 3 fois 180° = 540 degrés ou un tour et demi. En tours : 2 fois un demi-tour, 7 fois un tour, 5 fois un tour et demi, 3 fois deux tours et demi, 1 fois trois tours, 2 fois plusieurs tours.

Les caractères physiques de la tumeur ont-ils une influence sur la torsion? Non quant à la forme et au volume, oui pour le poids. Les grosses tumeurs pesantes et mobiles — cela se conçoit — se tordent plus facilement. *L'ascite* qui accompagne fréquemment les tumeurs malignes leur donne une grande mobilité, s'oppose ou retarde l'édification des adhérences et, par suite, les prédispose à la torsion. Ce n'est pas une condition *sine qua non*, puisque POZZI et BEAUSSÉNAT, BASTIAN relatent des cas où il n'y avait pas d'ascite et où, néanmoins, la torsion exista.

La longueur et *la minceur du pédicule* ne sont pas davantage des raisons nécessaires et suffisantes, puisqu'on a vu des pédicules larges et courts exécuter des tours de spire comme les pédicules grêles.

Faute de raisons directes suffisantes, on a attribué à la grosseur, qui affaiblit et relâche la paroi abdominale, un rôle prédisposant indirect; l'idée serait acceptable si l'on ne trouvait des tumeurs tordues chez les multipares, les vierges et même chez les enfants, qui présentent, on le sait, des cas assez nombreux de sarcomes ovariens.

La bilatéralité des tumeurs pédiculées peut, par le choc perpétuel d'une tumeur sur l'autre, favoriser la tension.

Toutes les tumeurs de l'ovaire peuvent subir la torsion de leur pédicule, mais c'est le fibrome qui la présente le plus souvent (22 fibromes, 15 sarcomes, 10 épithéliomes d'après GUIBÉ).

Celle-ci s'est produite souvent à la suite d'une chute (chute d'un train, POMORSKY), d'un effort un peu violent (lavage d'une lessive, DANNIEN), en somme, tout mouvement tant soit peu brusque (contraction musculaire, inspiration profonde).

En somme, l'effort sous toutes ses modalités, et dans les circonstances favorables de tumeur pesante, libre et flottante dans du liquide ascitique, résume toute l'étiologie admissible de la torsion pédiculaire.

A la suite de cet effort, de ce mouvement, de cette contraction muscu-

laire, brusquement le syndrome péritonéal éclate et prend le caractère d'extrême gravité : douleurs vives dans le bas-ventre, ballonnement, vomissements, fréquence du pouls et fièvre. On pense tout de suite à une occlusion intestinale (LÉOPOLD), à une appendicite (NADLER, RUDOLF), à une hémorragie interne (DANNIEN).

Ces symptômes alarmants peuvent persister et s'aggraver au point d'emporter les malades par péritonite (VAN BUREN et NELSON), ce qui est assez exceptionnel toutefois, puisqu'on n'en connaît que deux cas sur trente et un.

D'ordinaire, après les températures de 38° et 39° du début, l'orage s'apaise, le ventre s'assouplit, les vomissements diminuent, etc. Tout semble rentrer dans le calme jusqu'à nouvel ordre, car les récidives sont à craindre, les torsions ne se faisant jamais complètes en une seule fois et procédant par crises (COIGNERAI).

Il est juste de dire que cette torsion n'a pas toujours l'allure inquiétante que je viens de montrer. Chez mes deux fibromateuses, par exemple, — et le fait s'est vu pour les sarcomes, etc., — il n'y eut aucun signe de syndrome péritonéal (vomissements, météorisme, fièvre, etc.) et la torsion fut une trouvaille opératoire. Tout se borne alors à une douleur brusque dans le bas-ventre, mais celle-ci étant un symptôme fréquemment observé dans les affections abdominales, on n'en peut tirer ici d'utiles indications. Ce qui revient à dire qu'il y a deux sortes de torsions : torsion brusque, torsion lente.

Pour expliquer ces différences dans la physionomie clinique, BASTIAN a tenté d'établir un rapport entre les lésions anatomiques dans la tumeur et le pédicule et les symptômes qui les traduisent.

La tumeur ovarique tordue présente à l'ouverture du ventre des modifications typiques. L'enveloppe est d'une coloration bleu foncé, ou brunâtre, ou feuille morte; elle est œdématiée et sphacélée par places; ce n'est pas cependant un signe parfait puisque PROUST et MAURER¹ ont présenté une tumeur solide ovarienne non tordue qui avait à sa surface des foyers hémorragiques en voie de nécrose.

Cet œdème est la conséquence de la torsion par diminution de l'apport artériel et par stase veineuse.

Quand la torsion se complète, on voit se produire par places une nécrose interstitielle, une sorte de liquéfaction qui crée dans le tissu des lacunes remplies de tissu granulo-graisseux, parfois putride (DANNIEN).

Ce ne sont pas des kystes puisqu'il n'y a pas de membrane limitante, mais des alvéoles creusées dans le tissu conjonctif et situées dans les parties les plus éloignées du hile, donnant en somme l'aspect du kyste

1. PROUST et MAURER, *Soc. anat.*, 17 juin 1910.

multiloculaire. Cette cavité peut être centrale, du volume d'une orange (DELEGRANGE), d'une tête d'enfant (BENDER et HEITZ). J'ai relevé les mêmes lésions sur la tumeur de ma première opérée. VAUTRIN et HOCHÉ de même. En somme, il se produit dans la tumeur soit un *œdème interstitiel*, soit un *véritable ramollissement avec nécrobiose* de certaines parties qui aboutit à sa transformation fibro-kystique.

Mais toutes ces descriptions manquent de rigueur, car il y a des torsions sans sphacèle ni nécrose à un degré quelconque à l'extérieur (POZZI et BEAUSSÉNAT) ou à l'intérieur (POZZI et DARTIGUES).

Ces lésions, connues maintenant, peuvent-elles faire pressentir les phénomènes cliniques et inversement, comme le pense BASTIAN ?

Rien n'est fixe, invariable sous ce rapport ; il peut n'y avoir aucune relation entre la fièvre, les phénomènes péritonéaux et la nécrose de la tumeur (cas de DELEGRANGE).

Ce qui est plus certain, c'est la gravité de cette torsion pédiculaire quand les tours de spire, superposés brusquement, interrompent la circulation dans la tumeur, avant qu'elle n'ait contracté des adhérences vasculaires avec les organes voisins. Rien ne préserve alors le néoplasme de *la gangrène* avec ses conséquences péritonitiques fatales. On a signalé également des *suppurations intra-néoplasiques*, conséquences d'un infarctus ou d'une *fibromite* (VAUTRIN et HOCHÉ) de la masse néoplasique. Dans ce dernier cas, il faut admettre une infection circulante qui vient se fixer sur des tissus altérés par le sphacèle commençant.

Pratiquement, on doit donc considérer deux formes à la torsion :

a) *La forme aiguë*, ressemblant à la torsion brusque des kystes ovariens ou de certains viscères ;

b) *La forme chronique*, qui s'opère sans grand tapage et ne se reconnaît souvent qu'à l'ouverture du ventre.

La forme aiguë a fait et fait encore penser, si la tumeur a été reconnue auparavant, à la torsion d'un kyste ovarien, ou bien encore à l'appendicite, à l'occlusion intestinale, si la tumeur a été méconnue et que l'occlusion soit le premier symptôme abdominal, sans préjuger du reste. On devra alors faire un toucher vaginal, un toucher rectal, pour rechercher l'existence d'une tumeur expliquant ce syndrome de l'occlusion. L'étude des antécédents fera écarter le soupçon d'une grossesse tubaire rompue.

L'appendicite sera l'erreur inévitable (RUDOLF et RANSI), et il sera bien malaisé de se prononcer à cause des difficultés d'examen. L'hématologie sera peut-être ici de quelque secours.

Mais, en vérité, cette recherche du diagnostic « quand même » ne devra pas être poussée trop loin, sous peine de perdre un temps précieux, car

occlusion, torsion ou appendicite, peu importe, réclament toujours une intervention sans délai. On évite ainsi les complications toujours possibles d'une torsion, et l'opération soulage toujours rapidement la malade.

Cette intervention consiste dans une ovariectomie, une annexectomie ou même une castration totale. Dans le cas de fibrome unilatéral, l'ovariectomie simple me paraît suffisante; si la tumeur est bilatérale, une annexectomie double, et une subtotalaire complètent logiquement l'intervention, si l'état général le permet, dans les cas de tumeur sarcomateuse.

L'intervention précoce a donné des résultats satisfaisants :

Cas aigus : 15 guérisons, 5 morts.

Cas chroniques : 11 guérisons, 3 morts (GUIBÉ).

ÉPANCHEMENTS : *a*) ASCITIQUE, *b*) HÉMORRAGIQUE (HÉMATOCÈLE).

Fréquente dans les tumeurs de l'ovaire — où elle ne manquerait que quatre fois sur trente-six cas —, elle s'observe surtout dans les diverses variétés de cancers et moins fréquemment cependant dans le fibrome (CORNIL, PICQUÉ), l'*ascite* constitue suivant les cas et selon sa composition un symptôme ou une complication. C'est un symptôme, quand elle traduit l'irritation péritonéale par un fibrome ou un sarcome pédiculé, à la période d'état. C'est alors un liquide citrin, transparent, en quantité assez notable et qui répond à la formule suivante :

Lymphocytes...	} à à 45 0/0.	
Mononucléaires.		
Polynucléaires..	10 —	(MASSABEAU).

Mais l'*ascite* s'élève au rang de complication quand, en dehors de son volume considérable et de la gêne qu'elle cause dans les divers appareils, sa composition surtout change de caractère. Elle devient un exsudat gluant, filant, colloïde, qui n'imbibe pas les compresses. Ce n'est plus l'exsudat irritatif, c'est une véritable *sécrétion* de la tumeur, produite par les végétations papillaires de celle-ci ou par la rupture d'une poche kystique dans le péritoine.

Elle est surtout une complication quand, de couleur citrine qu'elle avait lors de la première ponction, elle devient rosée, puis franchement hématique. Cette gamme ascendante des couleurs, je l'ai pu observer deux fois chez des malades inopérables, dans l'espace de deux mois.

L'*ascite* hématique serait fréquente dans les tumeurs malignes dont elle serait un bon signe diagnostique. Ces faits sont connus, et je rappelle les travaux de QUÉNU et de SÉBILEAU sur cette question des ascites dans

les tumeurs de l'abdomen, et dans les tumeurs solides spécialement (QUÉNU).

Cette ascite hématique peut manquer totalement dans le sarcome; elle semble donc dépendre des végétations extérieures de la tumeur plutôt que de la nature même de celle-ci. Aussi sera-t-on assuré de trouver dans le liquide retiré des éléments néoplasiques dont le microscope établira la nature.

Un autre de ses caractères bien connus est sa récurrence après les ponctions.

En se répandant dans la cavité abdominale, le liquide ascitique greffe un peu partout, au hasard des contacts, la cellule épithéliale qui emporte de son foyer d'origine la curieuse propriété de reproduire ailleurs une tumeur semblable à celle dont elle provient. C'est pour ces tumeurs un mode de propagation spécial qui en fait une catégorie à part (LEGUEU, *Clin. chir.*, p. 417).

C'est surtout aux cancers végétants que je fais allusion. Quand l'ascite manque dans ces cas, les végétations s'effritent au contact des intestins et saignent librement dans le péritoine; le sang se collecte dans le Douglas, c'est une véritable *hématocèle* intra-péritonéale. Cette *hématocèle néoplasique* est un petit point particulier qui a son intérêt et dont je dirai quelques mots. J'ai observé, une seule fois seulement, que cette hématocèle avait coïncidé avec une ancienne époque menstruelle, chez une dame ménopausée cependant depuis six ans. A la suite d'une purgation, elle fut brusquement prise, dans la nuit, d'un ictus péritonéal tout à fait typique, et le médecin qui l'examina quelques jours après eut, au toucher vaginal, des sensations identiques à celles d'une hématocèle pelvienne. L'âge de la malade s'opposant à l'hypothèse d'une grossesse tubaire rompue, on pensa à une salpingite tordue. Ce n'est que quelques mois plus tard que mon trocart retira une ascite sanguinolente, coexistant avec un épithélioma ovarien perceptible alors au palper.

VANVERTS me communique une observation d'épithélioma de l'ovaire où se produisit cette hématocèle pelvienne, que l'on mit à tort sur le compte d'une rupture de kyste et qui était, en réalité, due au saignement des végétations néoplasiques développées sur le péritoine pelvien. On extirpa la tumeur, l'hémorragie se reproduisit, et la mort survint quelques jours après, par cachexie rapide.

Cette hémorragie interne peut provenir de la ponction d'une tumeur ovarienne maligne. GOTH¹ (de Kolozsvár) a retiré ainsi douze litres d'un liquide séro-hématique; la tumeur examinée était un périthéliome caractéristique. L'hémorragie paraît ici due au trocart, puisque l'on a vu une déchirure à la surface de la tumeur.

1. GOTH, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1908, t. LXII, fasc. 1, juin, p. 24.

Dans les tumeurs non végétantes, on a prétendu, à tort, que l'ascite était en date le premier symptôme clinique perceptible. Je pourrais citer des exemples très positifs de son absence pendant une grande partie de l'évolution de la tumeur. Tels les cas de DANLOS (cachexie cancéreuse sans ascite), de LEGUEU (pas d'ascite dans un cancer en évolution depuis trois ans), ceux enfin de POZZI et de POLAILLON-DARTIGUES (200 grammes à peine).

Il ne faut donner à l'ascite toute sa valeur diagnostique que *si elle est jointe à d'autres symptômes*; alors seulement elle devient un bon signe. Ainsi, dans un cas de LEJARS, des métrorragies abondantes après la ménopause s'accompagnaient d'ascite. La ponction laissa percevoir une grosse tumeur bosselée, bilatérale, et permit de porter le diagnostic de tumeur kystique épithéliomateuse des deux ovaires, vérifié à l'autopsie.

Quand, par suite, chez une femme âgée, l'ascite est volumineuse au point d'empêcher l'examen du ventre, en mettant à part les ascites médicales, on doit penser à l'épithélioma kystique des ovaires.

De l'ascite dans le fibrome. — Elle est moins rare qu'on ne l'a écrit jusqu'à ces derniers temps; DARTIGUES puis VAUTRIN ont redressé cette erreur classique. La cause de cet épanchement ne peut être rapportée à l'existence de végétations à la surface de la tumeur. Il faudrait plutôt penser à une sorte d'irritation provoquée par la présence de la tumeur sur le péritoine, sorte de péritonite chronique avec congestion et épaissement de la séreuse. Pourquoi cette ascite fréquente, habituelle même dans le fibrome ovarien déjà ancien, est-elle si exceptionnelle dans le fibrome utérin? VAUTRIN et HOCHÉ invoquent une influence obscure tenant à la nature du néoplasme lui-même, une sorte de cachexie qui peut tenir à la désintégration cellulaire interstitielle, à des poisons cellulaires imprégnant l'organisme. Ces poisons sont le résultat d'une nutrition insuffisante au sein de la tumeur, par péri-vascularite fibreuse. Celle-ci voue à la nécrose des éléments constitutants du fibrome, lesquels, lancés dans l'économie l'intoxiquent, et donnent le phénomène de la cachexie précoce signalée dans le fibrome.

Mais il n'y a rien là, en somme, de particulier à l'ovaire, et l'utérus pourrait aussi bien en être le siège, et toutes ces hypothèses ne nous expliquent pas la prédilection de l'ascite pour le fibrome ovarien. Je me demande si l'on ne pourrait pas incriminer la torsion pédiculaire lente, inaperçue cliniquement, qui déterminerait, dans la périphérie de la tumeur, par un mécanisme à fixer, des phénomènes de transsudation séreuse, lesquels amorceraient la sécrétion péritonéale ascitique.

L'évolution des tumeurs solides peut être traversée encore par des complications diverses, mortelles parfois.

ROKITANSKY a vu un exemple de *suppuration* de fibro-myome ovarique, à la suite d'un accouchement. La pathogénie de cet accident est claire aujourd'hui par ce que nous savons de la suppuration des kystes ovariens dans les suites de couches.

On a signalé des *lésions annexielles suppurées*, mais surtout dans les fibromes. VEYSSIÈRE cite un cas de fibrome compliqué de *pyosalpinx* qui se rompit dans le ventre et détermina une péritonite mortelle.

TERRILLON a observé la coexistence d'un *hématosalpinx* double. La *péritonite tuberculeuse* accompagnait un cas de ZIEMBICKI.

Je n'insisterai pas sur les poussées de *pelvi-péritonite* qui se voient ici comme dans toutes les tumeurs pelviennes.

HOMANS a constaté un *prolapsus* total de l'utérus en même temps qu'un fibrome de l'ovaire, accident connu dans les kystes ovariens et qui s'explique par l'action mécanique de l'utérus tombant dans la première phase de son évolution vers les parties déclives. Plus tard, la tumeur devenant abdominale, la matrice est entraînée dans le mouvement d'ascension. Le même mécanisme peut s'appliquer aux tumeurs solides.

En outre, les tumeurs ovariennes à grand développement abdominal impriment à l'utérus un allongement hypertrophique de sa masse, comme dans un fibrome utérin, ce qui est une cause d'erreur pour l'hystérométrie.

Il n'est pas rare, enfin, de voir la physionomie clinique se charger et s'assombrir des accidents de l'*occlusion intestinale*. Fibromes, sarcomes, épithéliomes, embryomes¹ sont égaux devant cette redoutable complication. Elle peut même, ai-je déjà dit, être le premier signal d'alarme d'une tumeur de l'ovaire, comme dans le cas de DANLOS, où il y avait un cancer des deux ovaires qui avait évolué sans bruit pendant un an et détermina seulement les phénomènes occlusifs en question.

L'occlusion peut être complète ou incomplète et résulte soit de l'obstruction mécanique de l'intestin par le poids de la tumeur, soit de l'étranglement par brides ou adhérences qu'a laissées un processus récent de torsion pédiculaire.

Les embryomes kystiques (kystes dermoïdes) sont sujets à divers accidents (inflammation, suppuration, rupture) desquels je ne dirai rien, en raison des nombreuses et bonnes descriptions qui se trouvent partout.

1. CLERMONT (de Toulouse) a présenté à la *Société anatomo-clinique* un cas de kyste dermoïde anciennement tordu et dont les adhérences avaient déterminé les phénomènes de l'occlusion.

Œdèmes.

L'infiltration œdémateuse des tissus, que l'on observe si souvent dans les tumeurs solides, ne peut s'expliquer cependant d'une manière absolument satisfaisante. C'est un œdème mou, dépressible, ne disparaissant pas par le repos horizontal. Il débute aux jambes, gagne les cuisses et monte à la fin sur la paroi abdominale et les lombes. Dans le fibrome, aucun trouble cardio-rénal ou hépatique ne peut en être la cause ; la compression sur les veines intra-abdominales n'est pas davantage en cause, en raison de la mobilité de la tumeur qui, souvent de petit volume, flotte dans une ascite abondante et ne peut causer de stase veineuse.

Cet œdème, comme l'ascite, serait de nature cachectique, par intoxication lente de l'économie. Ce seraient encore les produits de désintégration cellulaire au sein du néoplasme qui, selon M. VAUTRIN, en seraient cause. Ainsi envisagés, ces œdèmes auraient une valeur pronostique capitale et devraient commander une opération.

Par là le fibrome, même sans transformation maligne, se rapprocherait de l'évolution inquiétante des cancers. C'est en effet à leur période cachectique que les cancéreuses de l'ovaire présentent cette ascite et ces œdèmes. Après une évolution lente de quelques mois, le sarcome jetterait bas son masque de bénignité et se montrerait sous son véritable aspect. Rapidement alors, l'anorexie, l'amaigrissement, les œdèmes, l'ascite, la pleurésie passent au premier plan des symptômes, et la situation apparaît avec tous ses dangers.

Les complications phlébitiques, l'embolie, les accidents rénaux, l'albuminurie, dus soit à la compression d'une tumeur enclavée et volumineuse, soit au processus malin d'intoxication, accidents terminés par la rétention ou plus gravement par l'anurie¹, sont des terminaisons trop connues aujourd'hui pour qu'on fasse autre chose que de les signaler ici.

COEXISTENCE D'AUTRES AFFECTIONS GÉNITALES.

Il n'est pas rare d'observer la *coïncidence du fibrome utérin avec le fibrome de l'ovaire* (BÉRARD), et j'ai dit que certains (Sp. WELLS, WENDELER) voulaient y voir un rapport de parenté étroite, une filiation directe. Une telle coïncidence de deux tumeurs semblables et à peu près

1. UTEAU, *L'anurie dans les néoplasmes pelviens*. Thèse de Paris, 1904.

au même endroit est délicate à reconnaître en clinique; étant donné la bilatéralité fréquente des tumeurs ovariennes de même nature ou non, c'est à celle-ci qu'on pensera volontiers si on a fait d'abord le diagnostic de tumeur ovarienne. Les caractères physiques de la tumeur, les métrorragies, l'agrandissement de la cavité utérine n'ont plus, dans l'espèce, une valeur pathognomonique, puisqu'on les trouve aussi dans certains fibromes ovariens à développement abdominal. Cette distinction serait, en vérité, un peu subtile, car pratiquement elle importe peu, la laparotomie étant à faire dans les deux cas.

On signale aussi la coexistence du fibrome avec un kyste dermoïde (DUROUX), avec une ovarite chronique (HELLER).

A citer également la coïncidence d'un sarcome de l'ovaire d'un côté avec un fibrome ovarien de l'autre (LEJARS, NORRIS).

Les anomalies du système génital féminin prédisposent l'ovaire à devenir le siège de tumeurs malignes, comme nous l'enseigne la pathologie générale. CROOM, qui a réuni un certain nombre de cas de menstruation précoce, signale deux faits de développement prématuré coïncidant avec des néoplasmes malins de l'ovaire.

La malade de DANIEL présentait une atrophie complète de l'appareil génital, en même temps qu'un cancer du seul ovaire restant.

Mais une coïncidence plus typique encore, c'est le cancer de l'ovaire accompagnant le *pseudo-hermaphroditisme* dont j'ai pu relever sept cas (KRUG, HALLER, UNTERBERGER, WALTHER, REDLICH, CHAUVEL, BÉGOUIN). Dans le cas de BÉGOUIN¹, un extérieur masculin correspondait à un sexe réellement féminin, avec ovaires dans le ventre, l'un d'eux étant atteint de sarcome (endothélio-fibro-myxosarcome).

L'année précédente, CHAUVEL² (Quimper) adressait à la Société de Chirurgie une observation de sarcome kystique de l'ovaire chez un hermaphrodite d'aspect masculin, pour lequel on fit l'ablation. Survie de cinq mois et demi, récurrence.

D'après DREYFUS, trois fois sur quarante sarcomes ovariens il y avait des anomalies génitales. Ces coïncidences d'affections assez rares n'autorisent-elles pas à soulever la question d'une prédisposition au sarcome dépendant de l'anomalie génitale?

De plus, le développement ultra-rapide de la tumeur semblait en rapport avec le début de l'ovulation (15 ans), et les trois poussées douloureuses avaient eu lieu à un mois d'intervalle, ce qui est une coïncidence intéressante à relever (HARTMANN).

1. BÉGOUIN, *Soc. de Chir.*, 1909.

2. CHAUVEL, *Soc. de Chir.*, 1908, professeur Hartmann, rapporteur.

TUMEURS SOLIDES ET GROSSESSE¹.

La question a été bien traitée dans la thèse de COUDERT (Paris, 1904), et depuis lors aucun travail d'ensemble, que je sache, n'a été publié. C'est donc d'après la thèse de COUDERT et les seuls faits cliniques glanés dans les journaux d'obstétrique ou dans une enquête personnelle que j'ai pu écrire ces propositions générales sur cette complication des tumeurs solides.

Les tumeurs solides se révèlent ici par leurs symptômes propres et par des symptômes de compression organique.

La grossesse détermine une *augmentation du volume des tumeurs solides* : elle accélère leur marche, surtout dans le cas de tumeur maligne. Elle donne au sarcome un coup de fouet. MÜNCHMEYER cite un cas où il dut faire la craniotomie. SEGOND dut faire un Porro, suivi d'un excellent résultat.

Inversement, les tumeurs solides *modifient la situation de l'utérus gravide* et provoquent, quand elles sont volumineuses, l'accouchement prématuré.

Elles sont sans influence sur la présentation. A cela il y a des exceptions, tel le cas de KELLY (femme enceinte de trois mois et demi et porteur d'un kyste dermoïde avec accidents de torsion pédiculaire). On opéra, et la femme guérit sans interruption de la grossesse.

Ce sont les kystes dermoïdes que l'on trouve le plus souvent coïncidant avec la grossesse²; avec les idées actuelles sur les tératomes (BAUDOIN) que j'ai exposées plus haut et sur la nature amniotique de la couche interne de ces kystes, il y a peut-être dans ces faits plus qu'une coïncidence, et on peut se demander si le kyste dermoïde — avec ses débris fœtaux variés et sa structure amniotique — ne serait pas parfois en lui-même quelque chose comme le vestige d'une sorte de *grossesse ovarienne avortée, fruste*, et, s'il coïncide avec la grossesse, une manière de *superfetation*.

Le petit volume du dermoïde, son accroissement lent le font rester méconnu jusqu'au jour où la grossesse, le chassant peu à peu devant elle, vient le mettre en évidence (LED).

1. On ne doit s'attendre à trouver ici qu'un résumé des choses acquises sur ce point. Pour discuter certaines opinions, il faudrait une compétence spéciale en obstétrique qui me fait défaut; en outre, des documents plus nombreux que ceux qui sont connus, et que je crois avoir à peu près relatés en totalité, seraient nécessaires.

2. En raison de la conservation du corps jaune et de sa fonction, ce qui n'a pas lieu dans les tumeurs malignes, au moins à une période avancée.

LEPAGE¹ rapporte une observation montrant combien est difficile le diagnostic entre un fibrome et un kyste de l'ovaire chez la femme enceinte; le kyste avait été pris pour un fibrome, et il s'agissait d'un kyste dermoïde. Après le kyste dermoïde, c'est le fibrome qu'on observerait coexistant avec une grossesse (2 cas de BRINDEAU, 1 de COUVELAIRE).

L'influence de la tumeur sur le travail varie selon la situation de celle-ci :

Abdominale, elle influence peu le travail ;

Pelviennne, elle est au contraire une cause de dystocie grave. Dans un cas de tumeur dermoïde fixée en partie dans le pelvis, JARDINE dut l'enlever par laparotomie et terminer par une application de forceps; la femme guérit sans incident.

Le travail peut à son tour amener des modifications dans les éléments anatomiques de la tumeur (voir thèse de COUDERT).

Pour le *diagnostic* des deux processus associés (tumeur et grossesse), nous retrouvons les mêmes difficultés que dans le cas de tumeur isolée. Tantôt la tumeur est prise pour une grossesse, tantôt la tumeur fait méconnaître la grossesse — erreur fréquente; — enfin, la tumeur ovarienne est confondue avec les tumeurs utérines ou les tumeurs liquides de l'ovaire (cas de LEPAGE). On est même allé jusqu'à confondre la tumeur avec une grossesse extra-utérine morte ou en évolution. Le *diagnostic est rendu encore plus difficile par le travail*. COUDERT conseille en pareil cas de faire une ponction exploratrice par le vagin pour s'assurer de la nature solide ou liquide de la tumeur. J'avoue que cette exploration est sans intérêt, puisqu'une tumeur quelle qu'elle soit, compliquant le travail, doit être enlevée sans délai; d'autre part, je n'ai pas à démontrer longuement les dangers d'une pareille exploration à travers un cul-de-sac vaginal. Cette exploration inutile, dangereuse, et peut-être aveugle, n'est donc pas à conseiller. Mieux vaut recourir d'emblée à la laparotomie, dont je n'ai pas à vanter la sécurité et les avantages.

Le *pronostic* des tumeurs solides compliquant une grossesse est très grave pour la mère et pour l'enfant (COUDERT). La mortalité maternelle est de 61,11 %; la mortalité infantile de 70 %, ce qui tient vraisemblablement à l'insuffisance du diagnostic et à une intervention souvent tardive, faite par suite dans des conditions défectueuses. Je reparlerai, du reste, de cette partie importante de la question au chapitre du traitement avec de plus récentes statistiques.

1. LEPAGE, *Soc. Obst. de France*, 1909. — GUÉNIOT et LOEWY, *Étude sur les kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires* (Rev. de Gyn., 1902).

CHAPITRE VII.

Evolution.

DÉGÉNÉRESCENCES, GÉNÉRALISATION, MÉTASTASES, GREFFES.

A) Dégénérescence maligne des tumeurs solides de l'ovaire.

1° **Fibromes.** — La transformation maligne des fibromes en général (fibrome pur, fibro-myome) s'observe ici comme dans toutes les tumeurs anciennes ; c'est vers le sarcome qu'ils évoluent le plus ordinairement. Il en résulte une augmentation rapide de volume, une vascularisation plus intense, un épanchement ascitique, ainsi qu'une tendance très marquée à faire des adhérences. Ce processus anatomique est assez connu pour me dispenser de le développer.

Mais le moment où cette transformation commence nous échappe absolument. Rien dans la symptomatologie ne permet de la soupçonner (BEUZART), et c'est un pur hasard que de surprendre à son stade initial cette tumeur en voie d'évolution (1 cas dans la thèse de BOURGOIN).

Une observation de VAUTRIN et HOCHÉ montre que la malignisation peut se voir assez tôt, à un âge assez jeune (23 ans), en pleine activité génitale et en parfaite santé, et peut frapper des tumeurs récentes et petites aussi bien que les vieilles et volumineuses.

Un autre point intéressant est l'absence de récurrence de ces tumeurs fibro-sarcomateuses après leur ablation (MARTIN, DEMONS, POSTEMSKI), si bien que le pronostic semble ici plus favorable que dans les kystes ovariens dégénérés. Il résulterait aussi de cette gravité atténuée que le degré d'opérabilité est reculé jusqu'à des limites plus éloignées (VAUTRIN).

2° **Tératomes.** — On discute encore sur la nature bénigne ou maligne des tératomes. Bénigne pour WILMS, MARTIN, HICKS, KAUFMANN, tant qu'elle n'a pas subi la dégénérescence sarcomateuse ou carcinomateuse de ses éléments, la tumeur serait, au contraire, maligne par

elle-même, au dire de PFANNENSTIEL, GEBHARD, FLEISCHMANN, WILLIAMSON, NEÜHAUSER, SANGER et SCHWALBE.

En pratique, si la tumeur présente des sortes de poussées dans son développement — comme il arrive dans les cancers — il est possible qu'on puisse y voir l'indice de sa nature devenue maligne, et l'on ne doit plus retarder une intervention; tout le monde est d'accord sur ce point. Il s'ensuit qu'en présence d'une tumeur à accroissement rapide dans la région ovarique, chez une fillette à l'âge de la puberté, on doit penser au tératome ovarique dégénéré.

Les *tératomes thyroïdiens* ont une évolution clinique assez rapide. Il existe souvent de l'ascite, l'augmentation de volume est rapide et l'on a alors le tableau clinique d'une tumeur maligne. La douleur due aux adhérences et quelques irrégularités menstruelles sont les symptômes habituels, mais sans rien de spécial. La nature néoplasique ne se voit bien qu'au microscope. Toutes ces tumeurs ressemblent au tissu thyroïdien normal, montrant une simple couche de cellules épithéliales dans les vésicules, c'est le type bénin; la malignité sera caractérisée par la multiplication des cellules épithéliales irrégulières avec des figures mitosiques ou des aréoles identiques à celles de l'adénocarcinome.

Pour les *embryomes kystiques*, plus fréquents, partant plus utiles à connaître en clinique, la dégénérescence maligne se fait d'abord à l'intérieur du kyste; il arrive un moment où les cellules cancéreuses se font un chemin à travers la paroi, et forment à la surface externe de véritables végétations en chou-fleur. Dès ce moment, la généralisation va pouvoir s'effectuer, de proche en proche. On a cité quelques cas de généralisation à distance par la voie lymphatique (DEBUCHY).

Cette dégénérescence comprend trois types: épithélial, sarcomateux, et la dégénérescence spéciale des endothéliums vasculaires (FLAISCHEN, FAGUET).

Dès que la dégénérescence se produit, le kyste perd le caractère torpide qu'il avait jusque-là. Il se manifeste par des douleurs irradiées se propageant parfois dans la jambe correspondante de l'ovaire (12 fois, d'après DEBUCHY).

Un autre mode de propagation assez rare a été rapporté récemment par UNTERBERGER¹ (rejet par l'anus d'une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, dans laquelle l'histologie montra un tératome ovarien en dégénérescence maligne)².

Un autre signe est la constatation de *frottements perçus par le palper* et, d'autre part, l'*immotilisation progressive de la tumeur*, ce qui

1. UNTERBERGER, *Zentr. f. Gyn.*, 2 mai 1908, p. 386.

2. Le kyste dermoïde peut aussi, par le mécanisme de la suppuration, s'ouvrir dans la vessie, in GERMAIN, thèse de Lyon 1908-1909.

tient à la production d'adhérences par évansion du néoplasme hors de sa capsule. Enfin l'apparition d'une ascite plus ou moins considérable vient compléter le tableau de la malignité.

GÉNÉRALISATION, MÉTASTASES, GREFFES¹.

La généralisation des tumeurs malignes non papillaires ne doit être ni très fréquente ni très précoce, car bien des observations de malades mortes de cachexie ne mentionnent pas cette généralisation.

Quand elle s'observe, les métastases se font dans les organes voisins : les plus fréquentes et les premières se font dans le tissu sous-péritonéal, peut-être même à l'utérus² et à la trompe par l'intermédiaire des petits ganglions sous-séreux (DREYFUS).

Cette généralisation se porte sur l'estomac, sur le poumon, les ganglions bronchiques et le foie ; on l'a vue à la fois dans l'ovaire, le sein et la cuisse avec fracture spontanée du fémur (DELBARIE).

De la lecture des observations, on peut tirer cette remarque importante que la généralisation des néoplasmes malins est tardive parce que la tumeur demeure longtemps enclose dans sa capsule.

Les tumeurs papillaires, végétantes, sont le plus souvent bénignes ; c'est du moins ainsi qu'on les considère aujourd'hui. On les considérait malignes, il y a encore quelques années, à cause de l'envahissement du péritoine pelvien et des adhérences avec l'utérus et les organes voisins. Par esprit de réaction, SEMB a prétendu que les papillomes étaient toujours bénins, n'entraînaient pas la cachexie et ne récidivaient pas après ablation. Il y a là exagération, et le professeur POZZI a ramené les choses à de plus justes proportions en disant qu'ils sont en général bénins, mais quelquefois très malins, comme le pensent A. DORAN et TAUFFER, et comme le montre une observation de DE ROUVILLE et STOLTZ³.

1. Une distinction importante est à faire entre les tumeurs malignes non papillaires et les cancers végétants, l'évolution étant tout autre dans les deux variétés.

2. Le cancer primitif du corps de l'utérus donne fréquemment des métastases ovariennes ; au contraire, *les cancers de l'ovaire ne sont que très rarement le point de départ de métastases utérines*, qui, en outre, ne présentent pas de diffusion sur toute la surface interne, mais forment des noyaux néoplasiques aussi bien dans la muqueuse que dans les différentes parties du myomètre. Enfin, les caractères microscopiques de la tumeur plaident aussi en faveur de la nature métastatique : les alvéoles carcinomateuses sont longues et étroites, forment des traînées, particularité signalée par GEBHARD.

3. DE ROUVILLE et STOLTZ. *Ann. de Gyn.*, 1908.

La proportion est de 13 variétés malignes pour 100 tumeurs bénignes (ESTOR). La conclusion est qu'il faut les opérer quand même parce qu'il y a des guérisons durables, inespérées parfois, et qu'on ne sait jamais quel sort attendra l'opérée (J.-L. FAURE).

Les *greffes* péritonéales, viscérales, seront évidemment fréquentes s'il s'agit d'un sarcome à végétations extérieures aussi bien que d'une tumeur papillaire. L'ascite qui les accompagne transporte des parcelles néoplasiques en tous les points de la cavité abdominale. Mais on observe aussi des greffes inattendues sur la paroi abdominale avec des tumeurs sans végétations. Le professeur TAPIE m'a montré une pièce de sarcome volumineux de l'ovaire nettement encapsulé, lisse à sa surface et qui, pendant l'extraction, dut greffer au passage les lèvres de l'incision : quelques semaines après, une tumeur dure, tout comme la tumeur primitive, se manifestait à la partie supérieure de la cicatrice. Un cas analogue a été publié par SCHAUTA à la Société d'obstétrique de Vienne (1903), mais il s'agissait, il est vrai, de tumeur végétante et la greffe enlevée était un adéno-carcinome. Est-ce bien, dans ces cas-là, la greffe rapide pendant la traversée abdominale, ou bien la greffe par les instruments ayant déjà servi à l'attaque et au détachement de la tumeur, ou bien encore par les mains, qu'il faut invoquer ici ? Ce dernier mode d'inoculation (mains et instrument) valable pour l'extirpation du sein cancéreux aurait mes préférences.

Greffes, métastases, généralisations ganglionnaires ou viscérales vont propager le cancer et les malades succombent dans le marasme, comme dans toute vieille affection cancéreuse ; il n'y a rien de spécial ici, pour la rapidité d'évolution. Cette cachexie est écourtée par les diverses complications que j'ai signalées (pneumonie, péritonite, embolie, anurie, etc.)

Ce qui, par contre, semble plus spécial aux cancers ovariens, c'est la *lenteur d'évolution*. Cette particularité n'avait pas échappé à BOURGOIN et à DARTIGUES, et tout ce que j'ai pu lire à ce sujet ou voir par moi-même confirme cette importante remarque.

Par ceci, les cancers de l'ovaire contrastent singulièrement avec le cancer du col utérin, ou le cancer de la trompe, si voisins cependant et dont l'évolution est si rapide. Faut-il attribuer cette marche lente à ce que bien des sarcomes sont d'anciens fibromes dégénérés, par suite bénins et longtemps tolérés : cela peut être exact pour certaines tumeurs, mais il faut se garder de généraliser. Je propose une autre explication.

Il faut se rappeler, en effet, que les épithéliomes surtout sont —

nous l'avons vu — des tumeurs formées aux dépens de débris embryonnaires (débris wolffiens); or, ces tumeurs d'origine congénitale ont d'ordinaire un accroissement rapide. L'évolution généralement lente de ces tumeurs, contraire à ce qui se voit d'habitude, ne pourrait-elle pas s'expliquer d'abord parce que le cancer est inclus dans une coque épaisse, et qu'il est ainsi sans communication avec l'extérieur, qu'il est en d'autres termes un *cancer fermé*? Ce n'est qu'une hypothèse, je le veux bien, mais en comparant d'une part ce cancer avec ceux de la trompe et de l'utérus, en rapport tous deux plus ou moins directement avec l'extérieur, et d'autre part avec ceux du corps thyroïde, ou de la rate, soustraits comme celui de l'ovaire aux multiples causes infectieuses venues du dehors et qui peuvent agir pour accélérer la marche d'un néoplasme ulcéré, il me paraît que cette hypothèse en vaut une autre. Dans l'ignorance où nous sommes de tout ce qui commande la naissance et le développement du cancer, cette opinion peut suffisamment se soutenir.

Il semble bien, en effet, que les cancers des organes en communication plus ou moins directe avec l'extérieur (langue, rectum, larynx, utérus, trompes, intestin, estomac, etc.), d'où leur viennent des infections variées, reçoivent de celles-ci un coup de fouet lorsque leurs végétations absorbantes ont apparu, et qu'il en résulte une marche sensiblement plus rapide que celle des cancers dans les organes soustraits au milieu infectant extérieur (thyroïde, surrénales, rate). Jusqu'à preuve du contraire, voici, à mon avis, une des raisons de l'évolution lente des cancers ovariens. Mais cette raison n'est qu'accessoire, il en est une autre, principale comme importance et surtout antérieure comme date.

Je viens de nommer comme localisation de cancers fermés des organes à sécrétion interne (thyroïde, surrénale, rate); l'ovaire est aussi une glande à sécrétion interne et cette particularité vient encore confirmer l'assimilation que je faisais précédemment.

Cette sécrétion concourt à la défense naturelle de l'organisme, et elle joue vis-à-vis des embolies cancéreuses un rôle qui commence à être connu. On a observé que les métastases cancéreuses se faisaient rarement ou très tard dans les organes à sécrétion interne; OFFERGELD (de Francfort¹), sur plus de 1.200 autopsies, n'a pu réunir que 6 cas de métastases cancéreuses pour le corps thyroïde, 11 pour les surrénales, 31 pour le rein. Envisageant spécialement le cancer de l'utérus, OFFERGELD pense que les métastases ne peuvent se produire dans les organes à sécrétion interne que le jour où les fonctions antitoxiques de la sécrétion ont disparu. En d'autres termes, il faut que la défense de l'orga-

1. OFFERGELD, *Arch. f. Gyn.*, 1909, t. LXXVII, fasc. I, p. 144.

nisme, dévolue à ces glandes spéciales contre la toxine cancéreuse, ait cessé pour qu'elles deviennent le siège d'un cancer. Pendant un temps fort long, l'organisme, en effet, se défendra contre ces embolies cancéreuses, surtout aux points où des lésions cellulaires antérieures (inflammations, malformations congénitales, cicatrices) ont préparé le terrain, et les produits de ces glandes à sécrétion interne amènent la destruction au fur et à mesure des embolies néoplasiques assaillantes.

Or l'ovaire, par son corps jaune (VILLEMIN, ANCEL et BOUIN), est une de ces glandes à sécrétion interne qui ne se laissera pas envahir par des métastases de cancers du foie, de l'estomac ou de l'utérus tant que fonctionnera normalement sa sécrétion interne. Viennent la ménopause ou des lésions locales qui atrophient l'organe ou paralysent sa sécrétion interne, le cancer métastatique a beau jeu et s'installe.

Dans le cancer primitif, le corps jaune doit lutter aussi contre le développement du néoplasme dans l'ovaire. Cette lutte obscure, intestive en quelque sorte, au sein du parenchyme ovarien, doit durer de longs mois, tant que persiste la sécrétion interne avec son plein effet; et il faudra longtemps avant que les débris wolffiens qui vont constituer le néoplasme épithélial adulte aient peu à peu refoulé, atrophié et détruit les corps jaunes.

Chez l'enfant, la marche du sarcome est plus rapide, parce que la sécrétion interne du corps jaune n'existe pas encore, et l'ovaire infantile est ainsi livré sans défense aux proliférations cellulaires néoplasiques.

Cette conception que je propose pour expliquer la marche lente des cancers ovariens s'appuie sur quelques données expérimentales. En effet, les cellules cancéreuses sont le siège d'échanges nutritifs importants et produisent des substances qui vont bientôt paralyser les effets de la défense de l'organisme. Pour prendre un exemple montrant que l'extrait de cancer est antagoniste des produits de sécrétion des glandes vasculaires sanguines, GIRARD-MANGIN et ROGER ont montré que l'extrait de cancer est hypotonique, alors que l'adrénaline est hypertonique. VON LEYDEN et BERGELL ont aussi montré que le foie sécrète un ferment qui possède une action spécifique sur les protéines du cancer.

Dès lors, raisonnant par analogie —, car des recherches intéressantes seraient à faire à ce sujet, — on peut penser que le cancer ne s'installe en maître dans l'ovaire — primitivement ou secondairement par métastase — que le jour où sera épuisée ou considérablement amoindrie, du fait de l'âge ou d'atrophie glandulaire plus ou moins étendue, la puissance défensive du corps jaune dans sa lutte contre la toxine cancéreuse. Les cellules néoplasiques alors proliféreront à l'aise et repousseront, puis feront totalement disparaître les corps jaunes, comme le montrent les coupes histologiques des cancers (sarcomes ou épithéliomes).

J'ai montré plus haut (*l'ovaire dans les tumeurs de l'ovaire*) la disparition constante des éléments propres de l'ovaire dans les cancers avancés; dans le fibrome et le kyste dermoïde, au contraire, on les a trouvés plus ou moins refoulés et comprimés, mais *intacts*. Cette constatation anatomique vient à l'appui de l'opinion que j'émetts sur le rôle du corps jaune dans le cancer ovarien¹.

Cette lutte, qui se termine par la victoire de la néoplasie, a duré de longs mois, et ce n'est qu'après toute défense détruite que la tumeur s'accroitra au point d'être cliniquement appréciable. Mais cette croissance même restera longtemps encore cachée, silencieuse, parce que le milieu extérieur ne viendra pas donner à ce cancer fermé les coups de fouet de l'infection, comme il arrive dans les cancers ouverts, et finalement l'évolution sera lente. Ces considérations me paraissent explicables cette longue durée des cancers de l'ovaire, leur latence, leur généralisation lente et même rare. Ils sont un exemple de la lenteur d'évolution des cancers dans les organes à sécrétion interne, pour ces raisons qui me paraissent accorder assez bien les données positives de la clinique et les recherches nouvelles, pleines d'intérêt, de la pathologie générale.

1. Je montre également plus loin (p. 152) que la coexistence de la grossesse et d'une tumeur solide n'est possible que dans les cas où la tumeur a respecté suffisamment les corps jaunes, si utiles dans la gestation. C'est le cas du fibrome et de l'embyome kystique. Dans les cas de cancers bilatéraux, au contraire, à une période où le corps jaune, vaincu dans sa lutte contre les éléments néoplasiques, a disparu, la grossesse n'est plus possible.

CHAPITRE VIII.

Traitement.

« Toute tumeur de l'ovaire doit être opérée. »

L. TAIT.

Toute tumeur solide de l'ovaire diagnostiquée et reconnue mobilisable par le palper doit être opérée, et opérée sans retard. Cette formule impérative, que je place au seuil de ce chapitre, découle de tout ce qui précède. En l'absence d'un signe pathognomonique dénotant la nature bénigne ou maligne d'une tumeur pour permettre de temporiser sans regret et de choisir son heure pour opérer, l'intervention précoce devient une nécessité. Le fibrome et le kyste dermoïde avec ou sans complications et dégénérescences, les divers cancers, avant leurs métastases, sont justiciables d'une ablation précoce. Je dirai quelles sont les exceptions à cette règle, uniquement tirées de l'état de la malade et d'une évolution trop avancée pour autoriser toute tentative. Cette inopérabilité peut avoir des limites plus reculées qu'on ne l'aurait pensé avant l'intervention, et c'est *la main dans le ventre* (SEGOND) qu'on jugera en dernier ressort s'il faut continuer l'opération ou y renoncer. Une laparotomie qui ne devait être qu'exploratrice s'est changée en extirpation très heureuse dès qu'on a eu les lésions sous les yeux et dans la main pour décider de leur sort. « On compte, dit à ce propos SPENCER WELLS, tellement de guérisons à la suite de ce qu'on avait considéré comme un cancer qu'il faut une certitude absolue sur la nature maligne de la tumeur pour renoncer à l'opération. » Ces lignes étaient écrites à une époque où la laparotomie n'avait pas la sécurité très grande qu'elle possède actuellement; on ne peut qu'accentuer cette tendance, et SEGOND dit après HÉGAR et KALTENBACH que, même dans les cas où le diagnostic semble indiscutable, il faut néanmoins opérer tant que la tumeur a conservé sa mobilité. Il ajoute que cette mobilité, nous ne pouvons en avoir la perception nette qu'après avoir ouvert le ventre; *la mobilité clinique* n'est pas *la mobilité opératoire*, la seule qui compte en dernier lieu.

J'espère montrer par les chiffres des plus récentes statistiques combien est favorable le pronostic de la plupart de ces interventions, même pour les cancers, qui restent sans récurrence dans des proportions inconnues pour d'autres viscères. Bénignité et efficacité dans l'intervention, tels sont donc les caractères du traitement chirurgical qui sait être précoce et large dans ses exérèses.

A) **Fibromes.** — L'ascite, les œdèmes, les épanchements pleuraux ne sont pas des contre-indications, car il est prouvé que ces complications cessent après l'ablation de la tumeur. Celle-ci consistera dans la section du pédicule, pure et simple, et en une énucléation s'il est inclus entre les feuillets du ligament large. Quand on trouvera soit des adhérences, soit une salpingite coexistante, il faudra faire la castration utéro-annexielle. Le drainage abdominal sera de règle après les extirpations laborieuses, surtout après les énucléations des fibromes intra-ligamentaires. Parfois aussi la question d'un drainage abdomino-vaginal se posera, ou même d'une hystérectomie totale, qui a mes préférences parce qu'elle réalise au mieux le drainage du tout-au-vagin.

Il va sans dire que, dans le cas de fibrome double, c'est une double annexectomie qu'il faut faire, car la conservation d'un ovaire plus ou moins atteint de dégénérescence fibreuse serait une mesure imprudente et fâcheuse. J'en dirai autant pour le fibrome unilatéral dégénéré; le processus malin commande par prudence l'ablation de l'autre ovaire dont on n'est jamais bien sûr. De toute manière, je me déclare partisan de l'ovariectomie double dans ces divers cas et de l'hystérectomie sub-totale ou totale qui en est le complément logique.

Le pronostic opératoire est très bon par lui-même; il peut s'assombrir du fait des complications de salpingite ou d'adhérences, ce qui n'a rien de particulier à la tumeur en question et ne change pas la ligne de conduite pour les cas à venir. Les cas récents et inédits qui m'ont été communiqués par MM. J. BÖCKEL (3), PAUCHET (5), DELETREZ (3), FERRÉ (1), mes 3 cas personnels (dont un intra-ligamentaire)¹, ceux enfin que j'ai vus opérés à Toulouse dans les services de mes maîtres, les professeurs CESTAN et JEANNEL, ont guéri sans incidents notables.

B) **Les cancers** (sarcomes et épithéliomes). — Bien autrement intéressante est l'évolution du traitement des divers cancers de l'ovaire.

L'époque n'est pas lointaine où l'on ne voyait des cancers de l'ovaire que sur la table d'autopsie; dès qu'on soupçonnait la malignité d'une tumeur ovarienne (marché rapide, immobilisation, altération de l'état

1. In *Documents gynécologiques*.

général), on abandonnait toute idée d'ablation, et l'on se contentait d'évacuer l'ascite par des ponctions répétées, de calmer les douleurs et de soutenir les forces. Sans doute, quand la généralisation fait de rapides progrès et que l'état général est mauvais, ce sont là encore aujourd'hui les mêmes indications à remplir.

SCHRÖEDER et OLSHAUSEN, ne croyant pas à la guérison durable, craignant l'opération et ses dangers, plaidaient en faveur de l'abstention. Les deux noms que je viens de citer ne sont pas bien anciens, ce qui démontre qu'il n'y a pas bien longtemps encore les cancers de l'ovaire, à moins d'être dans de très favorables conditions d'exérèse, échappaient à la chirurgie.

Une réaction désirable s'est faite avec THOMAS, RUGE, MARTIN, HÉGAR, SP. WELLS, SEGOND, DARTIGUES. J.-L. FAURE, LEGUEU, qui ont précocisé l'intervention, même s'il persistait un doute sur l'opérabilité matérielle de ces tumeurs. « Le fait pour les chirurgiens de s'être trompés dans leur diagnostic peut être considéré comme ayant été un grand bonheur pour des malades que l'on aurait délaissées dans la croyance d'une tumeur maligne inopérable¹. » Donc, dans le doute, il ne faut pas s'abstenir, mais agir par une incision exploratrice, sans danger toujours, et utile souvent pour évacuer une ascite considérable.

L'intervention décidée sera une castration avec hystérectomie. Certains, comme HOFMEIER, sont encore partisans de la castration unilatérale ou ne font pas d'hystérectomie; leurs statistiques sont satisfaisantes, il est vrai, mais je crois qu'en fait de cancer on ne saurait être taxé d'excès de prudence, et que le plus prudent et le plus conservateur est encore celui qui enlève le plus.

Depuis le moment où l'on a commencé à faire des opérations précoces et larges, on a suffisamment opéré pour que l'heure actuelle semble favorable à l'examen des résultats obtenus et des effets durables d'une thérapeutique qu'on a pu critiquer et qui veut s'imposer.

En 1900 a paru un premier travail sur ce sujet, dû à ESTOR et PUECH; je lui emprunterai les données utiles pour servir ma comparaison entre les opérations antérieures à 1900 et que je qualifierai d'anciennes, et les opérations récentes, dans le décade qui a suivi. Les chiffres nouveaux accentueront encore le progrès indiqué par ESTOR et PUECH. (*Revue de Gynécologie*, 1900.)

1° Résultats immédiats. — Mortalité opératoire.

Sur 372 observations relevées par ESTOR et PUECH (de 1881 à 1900), on note 265 guérisons et 107 morts opératoires.

1. DARTIGUES, *loc. cit.*, p. 103.

Ces 107 morts sont réparties par décades où l'on voit le pronostic s'améliorer depuis 1881, puisque de 52 p. 100 la mortalité s'abaisse à 26 p. 100 de 1881 à 1890, et descend encore à 21 p. 100 de 1891 à 1900.

Dans 186 cas, il y avait des adhérences et on a eu 54 morts, soit 34 p. 100; dans 75 cas, sans adhérences, il y a eu 8 morts, soit 10 p. 100.

Depuis 1900, j'ai recueilli quelques chiffres dans les statistiques des auteurs étrangers; en France et dans les pays de langue française, j'ai pu obtenir à grand'peine quelques chiffres, et cela est regrettable, car tous les dix ans une question de traitement a besoin d'être revue et tenue au courant, et depuis 1900 il eût été intéressant de connaître plus complètement les progrès de la chirurgie française sur ce point.

Voici quelques chiffres qui m'ont été donnés en réponse à mon *referendum* :

DELETREZ : 17 sarcomes, 5 morts opératoires.

PAUCHET¹ : 63 tumeurs solides dont 5 fibromes et 58 cancers : 2 morts post-opératoires, l'une par phlébite et embolie, l'autre par péritonite.

KALLIONTZIS (d'Athènes) : 21 cas de tumeurs solides, parmi lesquelles 4 tumeurs végétantes (nature?) avec ascite et pour lesquelles il a fait la castration utéro-annexielle avec 9 morts opératoires.

VANVERTS : 4 épithéliomas, 1 sarcome, extirpation avec 0 mort opératoire.

J. BÖCKEL ; 2 cancers, 1 mort au bout de cinq jours (cancer adhérent).

MOULONGUET et DE BEULE ne me signalent pas de morts opératoires dans leurs observations dont ils n'ont pas donné le chiffre.

SCHMIDLECHNER² (clinique de TAUFFER, 1908) : 122 cas, 34 carcinomes, 27 sarcomes pour lesquels TAUFFER a fait l'ovariotomie bilatérale 26 fois et l'unilatérale 9 fois; dans les autres cas, hystérectomie totale ou subtotal; 3 malades furent drainées.

Morts opératoires : 6 sur 122 cas opérés, soit 17,14 p. 100.

PFANNSTIEL (1909), *in* thèse de Wedekind (Kiel, 1909) : De 1902 à 1907, 122 cas de tumeurs solides. Les cancers qui, d'après ses chiffres,

1. Chez cinq de ces malades, PAUCHET a trouvé des tumeurs greffées sur le péritoine; il a excisé les plus gros noyaux et brûlé les autres au thermo. Dans un cas, il a fait la fulguration. Chez 12 malades, il a dû réséquer une partie du gros intestin; chez 2, il a réséqué de l'intestin grêle et chez 2 autres il a sectionné l'uretère avec une fois suture bout à bout et une fois réimplantation dans la vessie. (*Communication écrite.*)

2. SCHMIDLECHNER (Budapest), *Monatsch. f. geb. u. Gyn.*, 1908, fasc. 1, 1^{er} juillet, p. 1.

seraient de 7,5 p. 100 dans ces tumeurs, siégeaient 90 fois sur 100 dans les deux ovaires et 10 fois sur 100 dans l'ovaire gauche. Il les a vus intra ligamentaires dans la proportion de 18 p. 100 (avec torsion 18 p. 100, avec adhérences 54 p. 100).

L'ovariotomie fut toujours abdominale; dans 63 p. 100 des cas elle dut être abandonnée; dans 61 p. 100, l'utérus fut extirpé.

La mortalité opératoire est de 3 cas : 11,1 p. 100.

HOFMEIER¹ (1909) : 30 opérées de cancers. La mortalité opératoire n'est pas notée.

Nous retrouverons plus loin cette importante statistique pour ce qui concerne les résultats éloignés.

Sur un total général de 298 observations que j'ai pu rassembler, la mortalité opératoire, de 1900 à 1910, a diminué dans de très grandes proportions, malgré des opérations étendues et parfois difficiles qu'on ne faisait pas naguère. ESTOR et PUECH, dans un espace de dix-neuf ans, voyaient la mortalité opératoire passer de 52 p. 100 à 21 p. 100; de 1900 à 1910, sur les 298 cas que j'ai pu colliger dans la littérature étrangère ou française et d'après les documents inédits qui m'ont été obligeamment fournis, je ne trouve plus que 17 morts opératoires, ce qui donne une proportion de 4 à 4 1/2 p. 100 environ. Sans doute, ce chiffre de 298 cas est inférieur à ce qui en réalité a été opéré en France et à l'étranger depuis dix ans et n'a pas été publié, probablement la mortalité ne doit pas dépasser le chiffre auquel je suis arrivé. Cela prouve qu'avec la technique moderne, sûre, précise et rapide, le pronostic opératoire pour les opérations de fibromes, cancers, kystes dermoïdes, tératomes est actuellement devenu très favorable.

C) **Résultats éloignés.** — Sur 265 observations relatées par ESTOR et PUECH, 176 seulement mentionnent les résultats éloignés pour cancers; on y trouve 104 récidives, soit 59 p. 100.

De ces récidives, 49 se sont produites avant 2 mois,

36	—	de 3 mois à 1 an.
11	—	de 1 an à 3 ans.
4	—	après 3 ans.

Cela donne au total 15 p. 100 de survie sans récidive dans les trois ans après l'opération. Ce serait, au dire d'ESTOR et PUECH, le carcinome qui récidiverait plus vite que le sarcome.

1. HOFMEIER, *Surg. Gyn. and Obst.*, oct. 1909 p. 38.

Ces récidives sont plus nombreuses évidemment si on a trop tardé à intervenir. Il y a 100 p. 100 de récidives en moins d'un an pour les sarcomes opérés de 6 à 12 mois après l'apparition des premiers symptômes.

Voici quelques chiffres plus récents tirés des 298 cas de ma statistique :

SCHMIDLECHNER. — Sur 71 opérées (carcinome et sarcome); 19 ont succombé à la récidive;

13 dans la première année,

5 dans le courant de la deuxième,

1 — — de la quatrième;

1 morte d'affection pulmonaire (gangrène),

1 — — accidentelle.

1 récidive après 3 ans,

1 — — 4 ans.

En somme, 2 guérisons durables sur 61 opérées, soit 14,2 %.

D'après PFANNENSTIEL, les résultats seraient plus brillants, puisque lui-même, sur 27 ovariectomies, a eu :

3 morts par récidive : une après 1 an, une après 2 ans, une après 4 ans.

1 mort par maladie intercurrente.

Au total, 17 opérées paraissent définitivement guéries, et, d'après son élève WEDEKIND, le pourcentage de la guérison réelle serait pour les auteurs suivants :

TAUFFER.....	85 %
ZWEIFFEL.....	60 —
PFANNENSTIEL.....	58 —
VELITZ.....	71 —
OLSHAUSEN.....	75 — ¹ .

HOFMEIER a aussi une très bonne statistique.

Sur 30 opérées qui ont été suivies, 16 moururent de récidive, dont 10 après 1 an, 1 après 2 ans, 2 après 3 ans, 1 après 4 ans, 1 après 8 ans, 1 après 11 ans (cancer de l'intestin).

1. J'ai été surpris de la discordance entre ces chiffres donnés par WEDEKIND, élève de PFANNENSTIEL, et ceux de SCHMIDLECHNER, qui donne pour les mêmes chirurgiens : ZWEIFFEL, 29 %; PFANNENSTIEL, 14 %; VELITZ, 12,5 %! L'écart est considérable. De quel côté est la vérité? Il m'est bien difficile de trancher la question; je signale le fait étrange.

Restaient bien guéries, 19, dont : 10 après 7 ans, 2 après 8 ans, 5 après 9 ans, 1 après 11 ans, 1 après 19 ans (dans tous ces cas, l'examen histologique a été fait).

Soit 73 % environ, belle et encourageante statistique. Les auteurs allemands posent en principe que toute cancéreuse de l'ovaire, qui a passé cinq ans sans récurrence, peut être considérée comme guérie.

Dans les quelques documents inédits qui m'ont été donnés, je relève que la récurrence s'est produite :

Avant 3 mois.....	1 fois.
De 3 mois à 1 an.....	4 —
De 1 an à 3 ans.....	3 —
Après 3 ans.....	1 fois (DELETREZ, après 10 ans).

Sont restées sans récurrence :

4 ans.....	1 fois.
2 ans.....	1 —
2 à 10 ans.....	28 — (PAUCHET).
18 ans.....	1 — (MOULONGUET).

D'après la statistique de DELETREZ, la mortalité éloignée serait de douze cas.

Les malades ont survécu dans la proportion suivante :

20 mois.....	1 cas.
16 —	2 —
8 —	1 —
6 —	2 —
4 —	2 —
3 —	1 —
1 —	1 —

Ces quelques chiffres montrent qu'en fin de compte la proportion favorable des statistiques allemandes se retrouve chez nous, et que nous pouvons, avec PAUCHET et MOULONGUET, citer vingt-neuf guérisons durables de deux à dix-huit ans.

Un autre point qui a été l'objet de controverses doit être examiné en ce moment. Certains chirurgiens, HOFMEIER entre autres, ne sont pas partisans de la castration double de parti pris, et ils préconisent, avec de bons résultats à l'appui, la *castration unilatérale*. Les partisans prétendent, en effet, qu'elle est moins grave et qu'elle suffit. C'est cette

réputation de gravité qu'on fait volontiers à la castration double et à l'hystérectomie complémentaire que je veux examiner ici, chiffres en main.

Des chiffres de DREYFUS, de PFANNENSTIEL, il résulte que *la mortalité opératoire n'est guère plus élevée par la castration double ou l'hystérectomie complémentaire*. Il n'est plus formellement indiqué de laisser un ovaire en place. VELITZ, trouvant le pronostic du sarcome ovarien meilleur que celui de l'épithélioma, et pensant que le sarcome attaque rarement les deux ovaires, propose de faire l'ovariectomie unilatérale. Cette distinction entre le sarcome et le carcinome me semble bien difficile à faire au moment de l'opération, et je crois qu'on se réserverait des mécomptes à vouloir être conservateur quand même. »

Dans le cas de carcinome, VELITZ enlève les deux ovaires. Mais pourquoi ne point faire l'hystérectomie complémentaire? En vérité, puisque la mortalité n'est guère plus élevée, je ne vois plus quelle raison décisive on pourra donner pour cette conservation. A part VELITZ et HOFMEIER, la majorité des chirurgiens actuels est pour une intervention large, et l'on peut redire avec QUÉNU et LONGUET — pour les tumeurs de la trompe — que « la castration complémentaire de l'ovariectomie est parfaitement bénigne et parfaitement légitime.

Bénigne, c'est ce qui ressort des statistiques les plus récentes; légitime, à cause des atteintes inaperçues de l'utérus et de l'autre ovaire. L'autre ovaire peut, même dans les tumeurs primitives de son congénère, être plus ou moins touché déjà par le processus, et il faut plutôt faire cette hypothèse que celle d'une immunité trop aléatoire. S'il est atteint, sa fonction ovarienne va disparaître, annihilée par la néoplasie progressante, et là les craintes d'une ménopause anticipée par l'ablation double seront alors bien illusoire en regard du danger qu'il y aura à laisser une œuvre thérapeutique inachevée.

Sans doute, il serait désirable de pouvoir, chez une femme jeune, conserver les fonctions ovarienne et utérine, car on a observé après une ovariectomie unilatérale des règles normales et des grossesses venues à terme (ESTOR, PFANNENSTIEL); cette particularité de la grossesse, survenant après l'ovariectomie unilatérale pour cancer, plaiderait sérieusement en faveur de l'unilatéralité de la néoplasie. Si l'ovaire restant avait été atteint, il n'aurait pu y avoir grossesse et grossesse à terme, puisque le cancer détruit le corps jaune et que celui-ci est nécessaire, selon les recherches récentes, à la nidation de l'œuf, par exemple¹. Si

1. J'appelle à nouveau ici l'attention sur le rapport intime qui me paraît exister entre le développement du cancer et la conservation ou non de la fonction de sécrétion interne du corps jaune. L'intégrité anatomique et physiologique de ce corps jaune permettra la grossesse, malgré la présence d'une tumeur solide (voir note page 138).

ponc la grossesse a été possible, c'est une preuve que l'ovaire laissé n'était pas ou très peu atteint. Dans ce cas, les partisans de l'ovariectomie simple triompheraient. Mais il faut de plus nombreuses statistiques pour juger cet important point de pratique, et nous manquons encore de ces données. Jusqu'à nouvel ordre, on devra se conduire comme dans l'hypothèse la moins favorable, sacrifier la fonction ovarienne et être, dans l'exérèse, excessif par crainte d'être insuffisant.

De cette étude statistique du traitement des cancers de l'ovaire, on peut tirer cette notion importante que les *résultats sont relativement bons, meilleurs même pour la durée de la guérison ou l'éloignement des récidives que dans les divers cancers génitaux et même d'autres organes de l'économie*. Ce pronostic, favorable aussi bien pour les résultats opératoires que pour les résultats éloignés, est un encouragement à *intervenir le plus possible*, dans tous les cas à mobilité clinique et surtout opératoire suffisantes, et à n'enlever, par suite, aux chances très grandes de guérisons que des cas absolument défavorables.

TUMEURS MIXTES, EMBRYOMES, TÉRATOMES.

En présence d'un kyste dermoïde reconnu — et il peut l'être — et à cause des dégénérescences toujours possibles, le chirurgien doit imposer une intervention hâtive et radicale.

Il faut craindre ici, en effet, des généralisations malignes plutôt que de véritables récidives, comme on l'a dit. On cite partout les deux cas d'HOFMEIER où les malades succombèrent rapidement, l'une dix-sept jours, l'autre vingt-cinq jours après l'ovariotomie. Cette généralisation ultra-rapide est l'exception, mais elle montre quel danger recèlent toujours ces tumeurs dont la nature maligne est difficilement reconnue.

VON VELITZ¹ pense, en effet, que le tératome — à cause des récidives reproduisant la structure de la tumeur primitive — est capable de jouir par lui-même de la faculté de se reproduire et d'exercer sur l'organisme son influence pernicieuse. *Il faut donc le considérer cliniquement comme une tumeur maligne et peut être serait-il prudent d'enlever les deux ovaires, même en cas de lésion unilatérale.*

Dans l'extirpation des tératomés, la présence de granulations péritonéales ne doit pas arrêter l'intervention du chirurgien. On rencontre, en effet, des *pseudo-métastases*, de nature purement inflammatoire, qui, en général, régressent et se résorbent après l'opération, résorption qui

1. VON VELITZ, Arch. f. Gyn., 1906.

est d'autant plus grande que les granulations sont de moindre volume¹.

Le résultat de ces ovariectomies serait le suivant :

Embryomes kystiques.	}	Guérison complète... 87 %
		— incomplète. 6 —
		Morts..... 6 —
Tumeurs mixtes et tératomes.	}	Guérisons..... 89 —
		Morts..... 16 —

(PFANNENSTIEL).

Un mot en ce qui concerne les *strumes ovariennes*. On peut dire qu'en dépit de la malignité de ces tumeurs, le *pourcentage des récidives est bien moins grand que dans les carcinomes de l'ovaire*. Ainsi sur 13 cas on relève :

1 mort par récidive, 2 ans après l'opération.

8 cas sans résultat ultérieurement mentionné.

4 cas de guérisons, 2 ans et plus après l'opération.

En général, la récidive est locale, reproduit les caractères de la tumeur primitive et a lieu en moins de deux ans.

PROESCHER (1910), raisonnant sur 22 cas, — éliminant ceux de KATSUDARA, PICK et LECÈNE, parce qu'ils contenaient trop peu de tissu thyroïdien, — et sur ces 22 cas, 17 seulement étant connus pour leurs suites éloignées, arrive aux chiffres suivants :

1 mort, 1 an après l'opération.

2 morts en moins de 2 ans après l'opération (dont 1 cas où la mort fut due à une affection cardiaque [KRESTSCHMANN]). Sauf ce cas, la mortalité est de 10 à 13,5 p. 100.

TUMEURS SOLIDES ET GROSSESSE.

Me bornant à de pratiques propositions, je dirai qu'*au début de la grossesse*, il faut faire l'ovariectomie le plus tôt possible. LÖWENSTEIN (de Schöneberg)² pense que l'utérus gravide conserve sa faculté de gestation jusqu'au bout, malgré l'ablation d'un ou même de deux ovaires, tout au moins lorsque l'ablation de l'ovaire a lieu après le quatorzième jour de la grossesse. On peut donc opérer sans danger dans la première moitié de la grossesse.

1. A. DUSE, *Ann. di Ostet. et Gin.*, 1909.

2. LÖWENSTEIN, *Med. Klin.*, 13 mars 1910, n° 11; *Zentr. f. Gyn.*, 23 juillet 1910.

1° Quand la tumeur ovarique est opérée *pendant la grossesse*, l'ovariotomie implique à peine plus de risques qu'en dehors de la gestation (LED).

LEPAGE, en 1904, a fait avec succès l'ablation du kyste dermoïde tordu chez une femme enceinte de trois mois et demi.

BRINDEAU a fait également l'ablation d'un fibrome tordu, au quatrième mois; accouchement à terme.

Je pourrais multiplier ainsi les exemples favorables à l'ovariotomie pendant la grossesse, c'est un fait connu.

Les *ovariotomies doubles* pendant la grossesse n'interrompent pas la marche de la gestation, ainsi que le montre une observation de LÖWENSTEIN, et les faits relatés dans ces dernières années par KORMINSKI, SUBLOTIÉ, SELHORST¹.

2° *A la fin de la grossesse.* — Si la tumeur est abdominale², et qu'il n'y ait pas d'accidents, ne pas intervenir et attendre le travail pour agir selon les circonstances. La tumeur à développement abdominal, longuement pédiculée, peut, comme toute tumeur annexée à l'utérus, se tordre et nécessiter alors une intervention d'urgence. Si donc des accidents se produisent, il ne faut pas provoquer l'accouchement, mais agir sur la tumeur par l'ovariotomie ou bien faire une césarienne. C'est un Porro que fit SEGOND dans la tumeur solide compliquée de grossesse (avec hernie ombilicale et albuminurie).

Si la tumeur est pelvienne et qu'il n'y ait pas d'accidents, attendre le travail; s'il y a des accidents, refouler la tumeur au-dessus du détroit supérieur. Si ce refoulement n'est pas possible (tumeur adhérente) et si les manœuvres peuvent être dangereuses (obs. de BOISSARD : mort), il faudra recourir au traitement chirurgical de la dystocie.

3° *Pendant le travail.* — a) Si la tumeur est abdominale et que le travail traîne en longueur, on fera une application de forceps.

b) Dans le cas de tumeur pelvienne, le refoulement de la tumeur, si possible, et la version sont indiqués. En présence de l'impossibilité de ces manœuvres, on aura recours à la césarienne.

BRINDEAU fit une césarienne pour un fibrome comme une grosse orange — diagnostiqué fibrome utérin; — l'extirpation de l'ovaire fut facilitée par la minceur du pédicule.

COUVELAIRE a fait une césarienne dans un cas de tumeur solide (fibro-

1. KORMINSKI, *Zentr. f. Gyn.*, 1906, n° 14; *Zentr. f. Gyn.*, 1909, nos 19 et 35.

2. COUVELAIRE a l'obligeance de me communiquer une observation inédite où une énorme tumeur solide de l'ovaire latéro-utérine, trop grosse pour tomber dans le Douglas permit sans incidents l'accouchement spontané. Ultérieurement, elle fut enlevée par SEGOND.

myome) implantée sur la frange de RICHARD, obstruant le pelvis chez une femme en travail depuis deux jours. Cette césarienne fut complétée par l'hystérectomie subtotale et l'ablation de la tumeur¹.

Dans un autre cas de tumeur solide obstruant le pelvis, SEGOND fit la césarienne conservatrice et l'ablation de la tumeur².

Enfin, dans une quatrième observation, COUVELAIRE fit d'emblée un Porro avec ablation de la tumeur³.

Dans le même ordre d'idées, SÖDNBERG⁴ a observé une rupture utérine pendant le travail, provoquée par un kyste dermoïde; à la suite de violentes douleurs, le travail s'arrêta; on explora l'utérus qui se trouvait refoulé très à gauche dans l'abdomen et qu'on trouva vide. Par contre, il y avait une collection dans le Douglas qu'on incisa; il s'en écoula un pus fétide mêlé à des os et des dents : guérison.

Ainsi, même avec des interventions graves et compliquées, le pronostic opératoire reste favorable; toutes les opérées ont guéri.

L'ablation du seul ovaire malade n'a nullement compromis l'*avenir obstétrical des opérées*⁵, qui reste bon comme dans les cas de kyste ovarique simple et grossesse.

^{4°} Pendant le puerpérium, la présence d'une tumeur ovarique comporte de grands risques⁶, la mortalité *post partum*, sans opération, s'élève à 28 p. 100 (Mc. KERRON). De petites tumeurs intra-pelviennes, sont aussi dangereuses que des tumeurs plus grosses, parce qu'elles restent inaperçues. Si donc on a reconnu une tumeur et s'il n'y a aucun accident, il sera sage d'attendre deux à trois jours avant d'intervenir, mais pas davantage, sous peine de voir survenir des complications qui exigeraient une intervention immédiate et dans de moins favorables conditions. Si des symptômes aigus se produisent, il n'y a plus d'hésitation à avoir, il faut enlever la tumeur par le ventre ou le vagin, selon la façon dont elle se présente, et peut-être aussi selon les préférences personnelles de l'opérateur.

En manière de conclusion sur cette question, je vais relater l'opinion récente d'un chirurgien anglais qui possède la statistique la plus importante sur l'ovariotomie dans la grossesse.

1. COUVELAIRE, *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, juin 1910.

2. COUVELAIRE, Observation rapportée dans son rapport sur la *Technique de la Césarienne*, 1909.

3. COUVELAIRE, Obs. publiée dans la *Rev. prat. d'Obst. et de Péd.*, 1903 (*Avenir obstétrical des femmes ayant guéri d'une rupture de l'utérus*).

4. SÖDNBERG, *Hospitalsidende*, 1908, p. 412.

5. GUÉNIOT, *Soc. obst. de Paris*, 20 février 1908.

6. D'après LED, *Ann. de Gyn.*, trad. LABUSQUIÈRE, 1905.

R. SPENCER (Londres) compte 41 interventions faites par lui au cours de la grossesse, pendant le travail ou les suites de couches.

Dans le nombre, il y a 27 cas de kystes ovariens multiloculaires, dont je ne ferai pas état ici; les dermoïdes, par contre, figurent pour 12 cas, et les fibro-myomes pour 2 cas¹.

Il y a eu neuf fois torsion pédiculaire. Dans ces cas de torsion, la mort est survenue une fois par occlusion intestinale post-opératoire (adhérence d'une anse grêle au pédicule); il n'y eut que deux avortements post-opératoires; dans trois cas, il y avait eu ablation des deux ovaires.

SPENCER *n'a pas remarqué que la grossesse imprimât une accélération à l'évolution des tumeurs ovariennes.*

Il conclut que **pendant la première moitié de la grossesse**, toutes les tumeurs ovariennes reconnues doivent être opérées (sauf pour certaines tumeurs *supposées malignes*). Sur cette restriction, je ne suis pas de son avis, car il ne m'est pas prouvé que l'ablation d'un sarcome complique différemment le pronostic obstétrical — le seul qui soit en cause ici, puisque nous avons montré ailleurs le favorable pronostic chirurgical, — que l'ablation d'un dermoïde (souvent malin) ou d'un fibromyome.

Pendant la deuxième moitié, toutes les grosses tumeurs ovariennes, et surtout compliquées de torsion ou d'inflammation, doivent être enlevées. Les *petites tumeurs bien mobiles et à évolution abdominale pourraient être respectées* pendant la gestation.

Les *petites tumeurs ovariennes, enclavées* dans le pelvis, ne doivent être opérées que *tout à fait à la fin de la grossesse ou même pendant le travail*. Si ces tumeurs sont trop adhérentes, il faudra faire la *césarienne*.

Dans toutes les ovariectomies faites pendant la grossesse, il faudra — c'est presque une banale recommandation — donner de la morphine pendant les trois jours qui suivront².

1. A cette occasion, je rappelle que *les seules tumeurs solides qu'on ait rencontrées, coïncidant avec la grossesse, sont les fibro-myomes et les kystes dermoïdes*. J'ai déjà dit ce que je pensais à propos des dermoïdes accompagnant la grossesse. Je veux seulement ici signaler *l'absence ou tout au moins la très grande rareté de tumeurs malignes*. Les tumeurs malignes, souvent bilatérales, détruisent les corps jaunes, envahissent totalement l'ovaire, et pour ces diverses raisons anatomiques et pathologiques (sécrétion interne utile dans les premiers temps de la gestation) la grossesse ne peut avoir lieu. Les dermoïdes sont parfois aussi des tumeurs malignes, mais ils se développent au hile de l'ovaire et pendant longtemps respectent les éléments normaux et par suite la physiologie de l'organe ovarien, d'où grossesse possible. Les cancers *tout au début* — ce qui suppose la conservation de quelques corps jaunes — peuvent coexister avec une grossesse.

2. R. SPENCER, *Surg Gyn., Obst.*, mai 1909, n° 5, p. 461.

A la lumière de tous les faits rapportés dans ce chapitre, le moment est venu de conclure pratiquement, c'est-à-dire de fixer les limites de notre action chirurgicale dans l'entreprise ou l'abandon d'une intervention projetée d'une tumeur solide de l'ovaire (tumeur maligne surtout) cliniquement reconnue, afin d'en dégager la leçon du passé et le conseil du lendemain.

Les **limites de l'opérabilité** sont évidemment les mêmes que pour toutes les tumeurs malignes (métastases ou propagation aux organes voisins). POLANO, récemment encore, excluait de l'opération tout cancer double de l'ovaire, sous prétexte qu'il représentait une métastase ; mais PFANNENSTIEL a démontré par quatre observations que le pronostic, pour si sévère qu'il ait pu être, n'était pas dans ces cas absolument défavorable (GLOCKNER, HEINRICIUS, HOFMEIER, TAUFFER).

A l'ouverture du ventre, si l'on trouve des noyaux disséminés et de l'ascite, l'abstention est permise. Toutefois, FREUND et FEHLING conseillent dans ces cas d'enlever la tumeur primitive, ce qui prolonge déjà quelque peu la vie de la malade. Ils ont même enlevé des métastases dans le Douglas, à l'ombilic, à l'appendice, à l'épiploon. OLSHAUSEN, BILLROTH, FRITSCH, PAUCHET ont ainsi enlevé tout ou partie de la vessie ou de l'intestin quand ils y ont rencontré des noyaux bien localisés.

Mais il arrive aussi que de simples ponctions sont tout aussi efficaces, et que d'autre part on risque de provoquer une carcinose miliaire aiguë, même après simple laparotomie exploratrice (PFANNENSTIEL). POZZI et DARTIGUES sont partisans, cependant, de cette exploratrice qui a procuré souvent à leurs malades une diminution considérable de l'ascite pendant plusieurs mois.

Parfois, la tumeur est « encapsulée » dans les organes voisins ; il faudra distinguer cet état d'avec les simples adhérences, juger « la main dans le ventre » de la mobilité réelle et favorable à l'extirpation, reconnaître à la vascularisation exagérée et à la présence de petits noyaux cancéreux autour de la tumeur principale qu'il s'agit de propagation. On a quelquefois à tort refermé des ventres, rien qu'à la vue d'adhérences protectrices qui auraient, au contraire, facilité l'extirpation (PFANNENSTIEL). On a reculé devant un kystome avec implantation, pris pour un carcinome ; de même on a abandonné l'extirpation d'un pseudo-myxome du péritoine qu'on peut enlever à la main. Il serait désirable qu'on pût dans certains services chirurgicaux — ainsi que chez les frères MAYO dont nous a parlé le professeur POZZI — faire exécuter un diagnostic histologique rapide, mais suffisant et précieux en cas de doute sur la nature de la tumeur ou de la biopsie enlevée.

Cela nous enseigne en somme que nous pouvons, avec la technique

moderne, *reculer les limites de l'opération* au-delà de ce qui était la règle jusqu'à ces dernières années; les cas inopérables réellement se font plus rares maintenant. Ils le deviendront plus encore si l'on s'attache à faire des diagnostics précoces, diagnostics de tumeur, sans chercher la variété maligne ou non de celle-ci. A ces distinctions subtiles, on perdra un temps précieux, car l'intervention s'impose dans tous les cas. Le favorable pronostic thérapeutique, que nous montrent les récentes statistiques, nous permet plus d'initiative que par le passé et nous donnera finalement vis-à-vis de nos malades, plus souvent que pour d'autres cancers génitaux, la sécurité de réussir.



