

Essai sur les tumeurs malignes primitives de la trompe utérine ... / par M. Danel (Louis-François).

Contributors

Danel, Louis François, 1872-
Université de Paris.

Publication/Creation

Paris : H. Morel, 1899.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/sw42sdjh>

License and attribution

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

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



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

10
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 6 Juillet 1899, à une heure

Par M. DANIEL (LOUIS-FRANÇOIS)

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE LILLE

MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE

NÉ LE 22 JANVIER 1872, A LILLE (NORD)

ESSAI SUR LES TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES DE LA TROMPE UTÉRINE

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. CORNIL.

Suffragants : { MM. HUTINEL.
LAUNOIS.
MÉRY.

LILLE, IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1899

LIBRAIRIE
JACQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 6 Juillet 1899, à une heure

Par M. DANIEL (LOUIS-FRANÇOIS)

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE LILLE

MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE

NÉ LE 22 JANVIER 1872, A LILLE (NORD)

ESSAI SUR LES TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES DE LA TROMPE UTÉRINE

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. CORNIL.

Suffragants : { MM. HUTINEL.
LAUNOIS.
MÉRY.

LILLE, IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	{ HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	{ LANNELONGUE.
Histologie.....	{ CORNIL.
Opérations et appareils.....	{ MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	{ TERRIER.
Thérapeutique.....	{ POUCHET.
Hygiène.....	{ LANDOUZY.
Médecine légale.....	{ PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	{ BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ N.
Clinique médicale.....	{ CHANTEMESSE.
Clinique des maladies des enfants.....	{ POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	{ JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	{ HAYEM.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.....	{ GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.....	{ JOFFROY.
Clinique des voies urinaires.....	{ FOURNIER.
Clinique d'accouchements.....	{ RAYMOND.
	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ PANAS.
	{ GUYON.
	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES de la TOURETTE	MÉNÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques..... M. REIFFEL.

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

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUGIER

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS SAINT-ANTOINE DE PADOUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DURET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE
ANCIEN CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELASSUS

PROFESSEUR A LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

A TOUS MES AUTRES MAÎTRES DE LA FACULTÉ LIBRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE, M. LE PROFESSEUR CORNIL

SÉNATEUR

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

L'avènement de la grande chirurgie abdominale et ses audacieuses interventions ont fait sortir, du domaine des recherches purement scientifiques, l'histoire de plusieurs affections à propos desquelles il ne pouvait être jusqu'ici question de thérapeutique active et leur a donné un intérêt de plus. De ce nombre sont certainement les néoplasmes de la trompe de Fallope et en particulier les tumeurs malignes primitives de ce conduit.

On a beaucoup écrit dans ces dernières années à propos des maladies des annexes utérines et on a dit cependant peu de chose sur les tumeurs de l'oviducte. Cela tient à la rareté de ces lésions curieuses, trouvées par hasard au cours d'une intervention opératoire par un chirurgien qui croyait le plus souvent avoir affaire à une lésion inflammatoire des annexes ou encore à une néoplasie maligne de l'ovaire.

Nous avons eu l'occasion de faire, au cours de nos études médicales, quelques recherches sur ces points intéressants de la pathologie de l'oviducte, laissés jus-

qu'ici un peu dans l'ombre (1) et il nous a semblé qu'il ne serait pas inutile de réunir les matériaux dispersés dans la littérature et ayant trait au cancer tubaire afin de tirer, si possible, de ce modeste travail, quelques conclusions capables d'intéresser l'anatomopathologiste et le clinicien. Toute notre ambition serait satisfaite si nous y avions réussi.

Malheureusement, il est bien évident que, dans l'état actuel de nos moyens d'investigation, l'édification du diagnostic de cancer tubaire ne sera qu'exceptionnelle. Mais l'attention étant, dans la suite, portée de ce côté par de plus autorisés que nous, n'est-il pas permis d'espérer qu'un jour arrivera, prochain peut-être, où le chirurgien pourra intervenir efficacement par l'extirpation précoce de l'organe dégénéré.

Nous laissons de côté, d'une façon systématique, tout ce qui a rapport aux tumeurs bénignes de la trompe, telles que les lipomes qui sont d'ailleurs d'une grande rareté, les polypes muqueux ou déciduaux, les fibromyomes qui ont été étudiés par M. Poret (2), les papillomes décrits par A. Doran (3) et enfin les productions kystoïdes sur lesquelles se sont exercées la patience et la sagacité germaniques et qui n'ont pas, à proprement parler, de valeur pratique.

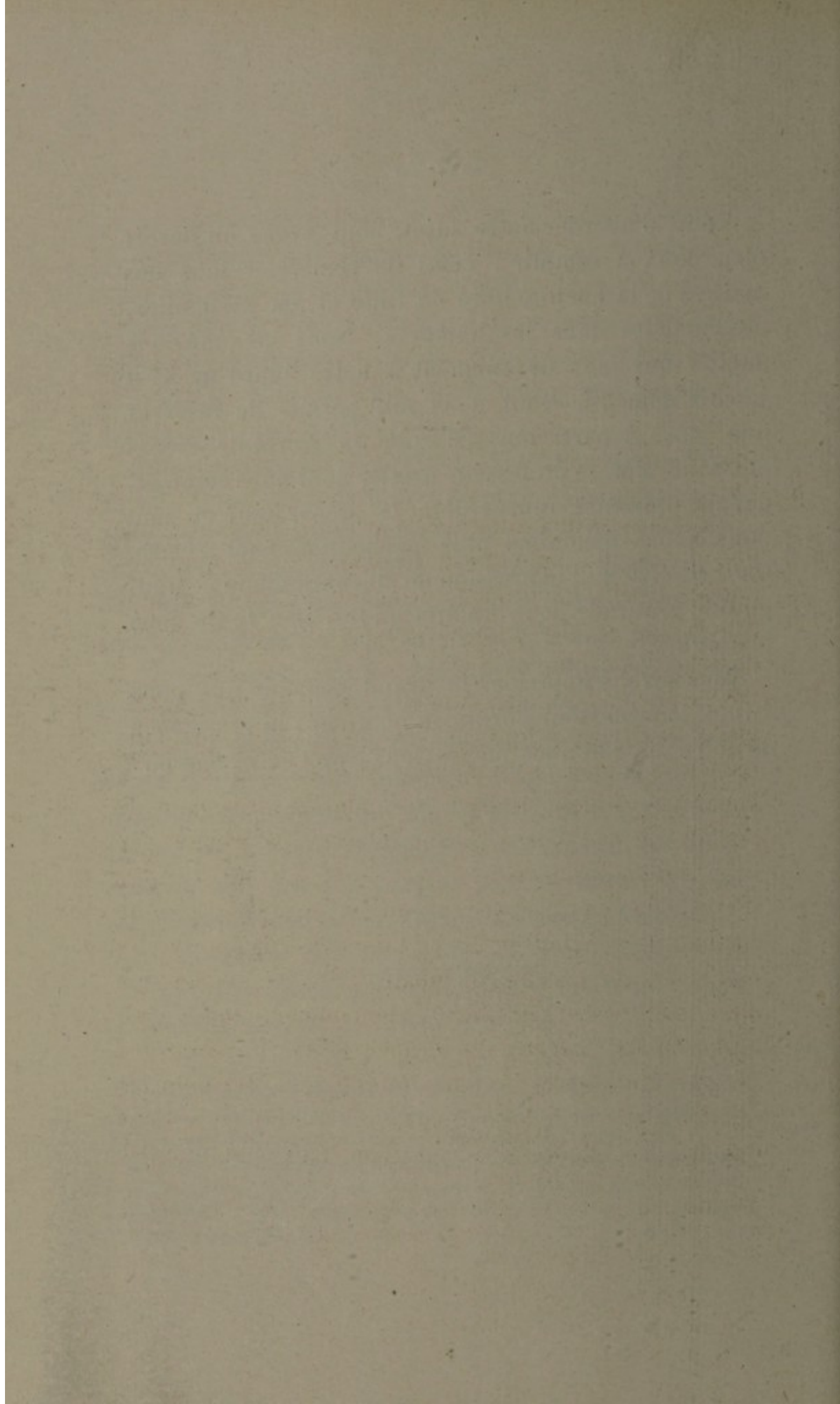
(1) *Contribution à l'étude des néoplasmes primitifs de la trompe de Fallope*. Mémoire ayant obtenu le prix annuel de l'Association des Anciens Etudiants des Facultés libres de Lille (1898).

(2) Poret, *Les fibromes de la trompe utérine*. Thèse de Paris, 1898.

(3) Ce sont ces tumeurs bénignes que M. P. Macrez étudie sous le titre général : *Des tumeurs papillaires de la trompe de Fallope*. Thèse de Paris, 1899.

Avant d'aborder notre sujet, nous avons un devoir bien doux à remplir : celui de remercier tous nos maîtres de la Faculté libre de Lille et, en particulier, nos maîtres dans les hôpitaux. Nous ne saurions oublier que leur dévouement à notre égard ne s'est jamais démenti. Qu'il nous soit permis de réserver une place à part, dans ce coin du souvenir reconnaissant, à M. le professeur Augier dont nous sommes, depuis plusieurs années déjà, le préparateur et dont nous avons été ainsi plus particulièrement l'élève. Qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde et inaltérable gratitude pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner.

Nous savons apprécier le grand honneur que nous fait M. le professeur Cornil en acceptant la présidence de notre thèse et nous ne saurions trop l'en remercier.



HISTORIQUE

La connaissance du cancer primitif de la trompe utérine est de date toute récente. Il y a quelques années à peine, Schröder lui-même, malgré sa grande expérience de la gynécologie, niait qu'on en eut observé des exemples.

Les anciens auteurs admettaient, il est vrai, l'existence du cancer propre de l'oviducte. Mais les faits recueillis par eux sont douteux et ont trait selon toute apparence à des tumeurs secondaires provenant de l'ovaire ou de l'utérus, ayant intéressé la trompe par propagation ou métastase.

C'est Orthmann (1) qui, ayant eu en 1888 la bonne fortune de rencontrer le premier cas incontestablement net de carcinome tubaire, fit des recherches dans la littérature médicale ancienne et étudia avec attention les travaux de R. Lee, Kiwisch, Scanzoni, Beigel, Rokitansky, Klob, Hennig, etc. De tous les cas dont il a pris connaissance, l'auteur n'en retient que treize et encore sous condition. L'examen micros-

(1) Orthmann — *Soc. Gyn. de Berlin*, 27 avril 1888 (*Centralb. f. Gyn.* 1888, n° 21, p. 345) et *Ueber Carcinoma Tubæ* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, 1888, Bd XV, p. 212).

copique n'est d'ailleurs pas toujours produit et, comme nous venons de le dire, il semble bien que les observateurs n'ont eu sous les yeux que des tumeurs secondaires, provenant surtout de l'extension d'un carcinome utérin (9 cas sur 13).

Il n'est pas inutile d'ajouter que ce cancer secondaire lui-même est une affection peu fréquente. « Il est très remarquable de voir, parfois, un cancer avancé de l'ovaire et une trompe absolument saine (1) ». Ce fait, que Olshausen attribue avec assez de vraisemblance au cours de la lymphé est confirmé par les statistiques de Kiwisch et de Dittrich. Sur 73 observations de cancer utérin, le premier n'a noté que 18 fois le cancer de la trompe. Quant à Dittrich, il n'a trouvé l'oviducte dégénéré que 4 fois sur un ensemble de 94 cancers divers. On verra plus loin que dans la majorité des cas et même avec des lésions assez avancées on peut, par un examen attentif des pièces anatomo-pathologiques, retrouver le point de départ de la néoplasie maligne et reconnaître si la trompe a été ou non infectée secondairement. Mais il est des circonstances, rares sans doute, où il est impossible de conclure d'une façon ferme dans un sens ou dans l'autre. Nous avons eu l'occasion d'examiner un de ces cas complexes dont on trouvera la relation plus loin.

Les tumeurs malignes primitives qui nous occupent particulièrement sont encore plus rares que le cancer

(1) S. Pozzi — *Gynécologie clinique et opératoire*, Paris, 1897.

secondaire et cela se conçoit suffisamment. Nous avons pu en réunir trente-cinq observations dont la plus ancienne n'a pas quinze ans d'âge.

C'est en 1886 que E. Senger (1) publiait le premier cas authentique de cancer primitif tubaire. Il s'agissait d'un *sarcome* découvert à l'autopsie d'une femme morte dans le coma diabétique. Les deux oviductes contenaient des masses papillaires que le microscope montra être formées de tissu sarcomateux à cellules rondes.

La même année, Gottschalk (2) rapportait un nouveau cas de sarcome, cette fois de la trompe droite, opéré par Landau. Il y avait des noyaux secondaires dans le petit bassin et la malade mourut le quatrième jour après l'intervention.

Comme nous le disions plus haut, c'est Orthmann (3) qui rencontra deux ans plus tard le premier cas indiscutable d'*épithélioma* primitif chez une femme de 46 ans, opérée par Martin. La malade mourait au sixième jour. C'est à propos de ce fait que Orthmann fit ses recherches.

Nous venons d'en exposer succinctement les résultats. Nous ne voulons retenir, au point de vue qui nous intéresse, que l'observation personnelle de cet auteur, dont nous donnerons un résumé.

Une deuxième épithélioma tubaire fut bientôt après

(1) E. Senger. — *Ueber ein primäres Sarcom der Tuben* (Cent. f. Gyn. 1886, p. 601).

(2) Gottschalk. — *Primäres Tubensarcom* (Centr. f. Gyn., 1886, p. 727).

(3) Orthmann. — *Loc. cit.*

rencontré par Thornton. Le fait est rapporté tout au long par Alban Doran (1), qui accompagne son examen de commentaires fort intéressants. Depuis, et à propos de plusieurs cas qu'il lui a été donné d'examiner dans la suite, le savant auteur anglais a publié à diverses reprises des travaux que nous avons consultés avec fruit et dont il sera question au cours de cet essai.

En 1895, Fearne (2) rapportant une nouvelle observation provenant de la clinique de Léopold, décrit la tumeur en détail et la classe parmi les sarcomes. Il en profite pour présenter un tableau général des faits observés de cancer primitif de la trompe de Fallope.

La même année, Max Sanger et Justus Barth (3) esquissent l'histoire clinique de cette affection rare en s'appuyant sur dix-sept observations authentiques de cancer épithélial. Leur travail, d'une grande importance, est très fouillé au point de vue anatomo-pathologique et nous y avons fait plusieurs emprunts.

Malheureusement, les auteurs français ne parlent qu'incidemment du cancer de l'oviducte. Nous n'avons pas trouvé de travail d'ensemble concernant cette question, mais seulement quelques relations, d'ailleurs fort intéressantes, éparses dans les périodiques.

Quant aux traités classiques, ils sont presque muets

(1) A. Doran. — *Trans. Path. Soc.*, vol. XXXIX, p. 208 et vol. XL, p. 221.

(2) Fearne. — *Arbeiten aus der Königlich. Frauenklinik*. Vol II, p. 337.

(3) Sanger et Barth. — *Neubildungen der Eileiter, in Martin's Krankheiten der Eileiter*. Leipzig, 1895.

sur ce sujet. Bonnet et Petit (1) y consacrent à peine quelques lignes pour dire que l'épithélioma, même secondaire, est rare et que, dans le cas de tumeur primitive, « la confusion avec le papillome est assez facile. » Les premières éditions du livre de S. Pozzi ne sont guère plus explicites. Dans l'édition de 1897, on relève pourtant quelques indications et, en particulier, l'auteur signale le mémoire de Sânger et Barth. Par contre, il ne dit mot de la bonne étude critique d'Alban Doran (2) qui contient des tables statistiques plus complètes que celles des auteurs allemands, surtout en ce qui concerne les suites opératoires éloignées.

Enfin, F. Labadie-Lagrave et Legueu (3), après un court article, concluent de la manière suivante : « L'histoire clinique de ces tumeurs est à faire tout entière ; elles sont impossibles à distinguer des salpingites ou de l'hématosalpinx avec lesquelles elles ont toujours été confondues. »

Nous nous arrêterons sur cette exécution aussi concise qu'impitoyable des quelques travaux étrangers tentés jusqu'à ce jour. Pour nous, il nous suffira de tirer le meilleur parti possible des faits que nous avons pu réunir. Nous ne prétendons pas à être complet au point de vue de la statistique. A l'exemple de A. Doran, nous éliminons, en effet, plusieurs observations insuffisamment décrites, celles de Smyly, Zweifel, Dixon,

(1) Bonnet et Petit. — *Traité pratique de Gynécologie*. 1894.

(2) A. Doran. — In *A system of Gynecology*, Playfair and Allbutt, London, 1896.

(3) F. Labadie-Lagrave et Legueu. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, Paris, 1898.

Westermarck, Jacobson, etc., préférant ne faire entrer en ligne de compte que celles qui nous ont paru probantes, comme exemples de tumeurs malignes primitives de la trompe de Fallope (1).

C'est pour cette raison que, de nos deux observations personnelles, une seule prendra rang parmi les cancers primitifs ; l'autre sera décrite à part, car malgré un examen détaillé et soigneux, et bien que les probabilités soient en faveur d'un carcinome d'origine tubaire, il nous reste dans l'esprit un doute que nous ne saurions, quant à présent, faire disparaître.

(1) A. Doran a publié une note fort curieuse sur un cas de 1847, du docteur Renaud, mais dont l'observation clinique a été perdue. Il croit pouvoir en faire, d'après les pièces pathologiques, un cancer primitif de l'oviducte. Les deux ovaires étaient malades.

ÉTIOLOGIE

Les tumeurs malignes primitives de l'oviducte sont des affections rares de ce conduit qui se manifestent presque toujours vers la ménopause ou dans les premières années qui la suivent. L'âge des malades a varié entre 36 et 60 ans. Nous ne pouvons pas évidemment faire entrer dans une statistique de ce genre le cas unique de Ahlfeld et Marchand (observation XIX) ayant trait à un déciduome malin consécutif à une grossesse tubaire et rencontré chez une femme de 17 ans.

Voici comment se répartissent les autres cas :

3 fois seulement, la malade avait atteint la soixantaine,

1 fois 59 ans		1 fois 48 ans
2 — 58 —		5 — 46 —
1 — 57 —		6 — 45 —
1 — 56 —		2 — 43 —
2 — 55 —		1 — 42 —
1 — 53 —		1 — 41 —
2 — 51 —		1 — 40 —
2 — 50 —		1 — 36 —

Ce tableau montre que la presque totalité des cas s'est rencontrée entre 40 et 60 ans. Ce sont là les deux chiffres qu'il convient pratiquement de retenir tout en

se rappelant que le cancer tubaire a été exceptionnellement observé à un âge encore moins avancé.

Si nous envisageons plus particulièrement les rapports qui existent chez les plus âgées, entre l'apparition des symptômes morbides et l'époque de la cessation des règles, nous ne trouvons rien de réellement digne d'être noté. Chez certaines d'entre elles, la ménopause ne s'était effectuée que depuis six mois, chez d'autres, elle remontait à 4, 6, 8, 10 et même 12 ans.

Les auteurs ne sont malheureusement pas toujours explicites concernant le passé gynécologique de leurs sujets. D'après les relations qui paraissent suffisantes sous ce rapport, il ressort qu'un certain nombre de malades, la plupart semble-t-il, ont été régulièrement et normalement menstruées jusque vers l'époque où sont apparus les premiers signes de leur affection. Dans quelques observations seulement, on note ou le peu d'abondance de l'écoulement sanguin ou de véritables ménorrhagies. La malade d'Eckardt a toujours eu des périodes irrégulières; celle de Jacobs a présenté des métrorrhagies à la suite d'un accouchement difficile.

Il est beaucoup plus profitable d'interroger le passé obstétrical de ces malades. A ce point de vue, il convient de faire ressortir le nombre relativement élevé de femmes stériles parmi celles qui ont présenté, plus tard, un cancer de l'oviducte. Nous trouvons cette particularité signalée sept fois. Une des malades de Falk, qui avait été mariée trente-deux ans, n'avait eu ni accouchement ni fausse-couche.

Ce fait, par lui-même, n'aurait qu'une importance très relative si, en dehors de ces sept femmes, on trouvait de nombreuses multipares ayant eu des accouchements aux différents âges de leur vie sexuelle. Mais, en poursuivant notre enquête, nous trouvons qu'un certain nombre de patientes n'ont eu qu'une seule grossesse et cela longtemps avant l'apparition de leur tumeur. Citons la malade de Thornton, qui étant mariée, n'a eu qu'un enfant vingt-deux ans avant le début des accidents ; celle de Westermarck, âgée de 45 ans, a été enceinte à l'âge de vingt ans et ne l'a plus été depuis ; l'opérée de Jacobs, dont nous venons de parler, a eu un seul accouchement auparavant, etc.

Il y a peu de multipares parmi les femmes atteintes de tumeur maligne de la trompe utérine. Ne peuvent entrer dans cette catégorie que la malade de Tuffier qui a eu deux enfants à terme, celles de Landau, de Warneck, de Miknoff, de Schauta et de von Kahlden qui en ont eu chacune trois. Remarquons, en outre, que, chez ces femmes aussi, le dernier accouchement remonte à une date éloignée, ayant eu lieu, par exemple, pour le cas de Warneck, douze ans auparavant et dans celui de Schauta, *vingt-trois ans* avant l'apparition de la tumeur tubaire.

On ne peut s'empêcher d'être frappé par ces chiffres et c'est pourquoi nous disons volontiers, avec Säger et Barth (1), que « tout cela ne peut être le fruit

(1) *Loc. cit.*

du hasard, justement lorsqu'il s'agit d'un si petit nombre de cas.

Ceci nous amène à parler des recherches de ces auteurs et des conclusions qu'ils ont cru pouvoir en tirer concernant les conditions du développement de l'affection qui nous occupe. Dans *tous les cas* qu'ils ont étudiés, Sängér et Barth ont, en effet, trouvé des lésions de salpingite chronique, de formes diverses, accompagnées souvent d'atrésie de l'infundibulum.

Aussi, après avoir rappelé que les mêmes lésions s'observent dans les trompes atteintes de papillome bénin, ils ajoutent immédiatement : « Des conditions » tout à fait identiques se présentent tout d'abord et » sans exception pour les carcinomes des trompes. » Même dans les cas où on ne trouve qu'une fermeture » de l'extrémité abdominale du conduit, la néoforma- » tion doit avoir trouvé cet état avant elle, et une » salpingite qui a produit cette occlusion doit avoir » précédé l'apparition de la tumeur. » Et, plus loin, ils disent encore : « Il y a au point de vue pathologique » général un fait très important, c'est la preuve cer- » taine et qui ne supporte aucune exception du déve- » loppement du carcinome sur une base chronique- » ment enflammée. »

On ne saurait être plus catégorique. Les auteurs allemands ne se sont d'ailleurs pas arrêtés à cette constatation grossière des faits. En étudiant attentivement et en comparant les faits, ils ont pu tirer de nouvelles déductions non moins importantes :

1° *Les états inflammatoires de la trompe doivent avoir duré fort longtemps ;*

2° On doit regarder comme accidentelles les suppurations coexistant avec le carcinome. On ne trouve, en effet, que très peu de cas de ce genre. Citons celui d'Orthmann avec abcès de l'ovaire et les deux observations très succinctement décrites de J. Veit et de von Rosthorn, où on a constaté la présence d'un pyosalpinx.

C'est pourquoi Sängér et Barth concluent définitivement de la manière suivante :

« Nous devons admettre que le carcinome primitif » de la trompe naît constamment sur le terrain d'une » salpingite chronique qui, le plus souvent, peut avoir » été purulente, mais qui ne l'est plus, après que » cette dernière a duré pendant un temps très long. »

A. Doran, à qui on ne peut refuser une grande compétence dans ces questions spéciales, a émis sur la pathogénie du cancer primitif de l'oviducte une opinion un peu différente. Pour cet auteur et aussi pour Fearne, les affections carcinomateuses des trompes sont le résultat d'une dégénérescence maligne de papillomes bénins préexistents (1). Mais, et en cela, il

(1) Le papillome tubaire, bien étudié par Doran et Bland Sutton, est une lésion fort rare de l'oviducte. On n'en connaît jusqu'à ce jour que neuf cas indiscutables. Il se présente sous deux formes : le papillome simple et le papillome cystique ou hydropique. C'est en général une tumeur fongueuse, molle, villeuse à sa surface, qui bourgeonne sur un point déterminé de la muqueuse, dilate la trompe, mais ne pénètre jamais dans l'épaisseur de ses parois. Le papillome est uni ou bi-latéral.

Ainsi que nous avons eu l'occasion de le signaler incidemment, le papillome ne se développe jamais au niveau d'une muqueuse saine. On trouve constamment des résidus de pelvi-péritonite et surtout des lésions d'endo et de pansalpingite.

L'accord n'est pas fait sur la signification de ces productions. Doran tend à admettre qu'il s'agit plutôt d'un produit inflammatoire

se rapproche de fort près des Allemands « ces papillomes se produisent, en nombre et en grosseur différentes dans des salpingites catarrhales, hydropiques et purulentes. » A. Doran croit en outre qu'il ne faut pas considérer comme un fait simplement accidentel la coexistence d'une suppuration avec une tumeur maligne de la trompe.

L'accord est donc à peu près complet entre les anatomo-pathologistes concernant la présence d'une salpingite, ancienne le plus souvent, dans les cas de cancer tubaire. Ces idées ne sont cependant pas acceptées par tous. Eckardt (obs. XXV) qui donne dans la relation de son cas un bon examen microscopique, a fait des coupes sur la portion non carcinomateuse de la trompe malade et il note qu'on n'y constatait aucune lésion inflammatoire. Il nous semble, pour notre part, qu'une altération antérieure de la muqueuse, assez légère pour n'avoir laissé aucune trace dans la suite, peut difficilement jouer le rôle de cause prédisposante pour le développement d'un carcinome et d'ailleurs, d'après les partisans de la salpingite primitive, les états inflammatoires de la trompe doivent avoir duré fort longtemps.

Aussi dirons-nous : Le passé obstétrical des malades

« attribuable surtout à une affection gonorrhéique ». Pozzi ne paraît pas partager cette opinion et trouve avec raison qu'« on aurait peine, d'après cela, à s'expliquer son excessive rareté. » Bland Sutton croit avoir affaire à un adénome.

Dans aucun cas de papillome décrit jusqu'à ce jour, le diagnostic n'a été posé avant l'opération.

L'ablation complète permet de compter sur une guérison durable. La malade de Doran, opérée en avril 1879, par Spencer Wells, était encore en bonne santé au printemps de 1894, quoique Schröder ait considéré cette lésion comme de nature maligne (cité par Säger).

atteintes de cancer primitif de la trompe utérine, les cas nombreux de stérilité et surtout ce fait remarquable que la plupart des autres femmes n'ont eu qu'une grossesse ou que leur dernier accouchement remonte à une date très éloignée, tout cela ajouté à l'examen anatomique des trompes carcinomateuses donne un grand poids à l'opinion qui veut que le cancer se développe exclusivement sur une base chroniquement enflammée. Mais il pourrait se faire qu'il y ait des exceptions. Comment établir, d'une façon certaine, que dans les cas où il n'y a qu'une occlusion de *l'ostium abdominale*, cette lésion limitée a forcément précédé l'apparition du néoplasme ? De plus, des observations, prises consciencieusement, n'ont pas toujours permis de relever dans le passé génital de la patiente des signes cliniques suffisants pour affirmer une affection annexielle de longue durée. Nous n'en voulons pour preuve que notre deuxième observation (obs. XXIX) où il a été absolument impossible de rien trouver de ce côté.

C'est pourquoi nous croyons que ce point appelle de nouvelles recherches et malgré l'autorité des savants étrangers qui défendent la théorie de la salpingite précédant constamment le cancer, nous inclinons à penser que les lésions inflammatoires ne jouent que le rôle de cause prédisposante, en diminuant la résistance du terrain à l'infection cancéreuse et que cette infection se fait parfois sans qu'il soit possible d'invoquer cette cause.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous nous sommes demandé et à vrai dire nous nous demandons encore pourquoi l'affection cancéreuse, si commune en certains points des voies génitales de la femme, respecte le plus souvent la trompe utérine. En effet, si, laissant de côté les cancroïdes vulvaires qui n'ont rien à faire ici (1), nous suivons le trajet des canaux de Müller dont l'extrémité inférieure commence à l'orifice antérieur du vagin, nous sommes frappé de ce fait, en apparence paradoxal, que les néoplasies sont beaucoup plus communes à la partie moyenne de ces canaux fusionnés, c'est-à-dire dans la portion qui a formé l'utérus. Mais en admettant que le vagin, en raison de la fixité de sa structure, est ainsi plus à l'abri des dégénérescences, il sera facile de voir qu'au-dessus de lui, le cancer, qui devient de suite très fréquent, diminue ensuite de fréquence à mesure que l'on remonte vers la profon-

(1) La vulve constitue comme l'orifice buccal et l'anus des points de transition entre le revêtement cutané et les muqueuses. Il semble que le cancer ait une certaine prédilection pour ces régions qui sont probablement des lieux de moindre résistance (cancroïde des lèvres, cancer de la partie inférieure du rectum).

deur. Le cancer du col de l'utérus est une maladie commune de cet organe, celui du corps est déjà beaucoup plus rare et celui de l'oviducte devient, comme nous le savons déjà, une altération exceptionnelle. Sans doute, les tumeurs végétantes malignes assez nombreuses de l'ovaire constituent une objection sérieuse à cette manière de voir, mais il importe de ne pas oublier que la glande génitale est pourvue, de par ses fonctions, d'une vitalité tellement spéciale qu'il est impossible de la mettre en parallèle avec les différentes parties constituant les canaux de Müller, oviducte et matrice.

Pilliet avait déjà été frappé de ce fait, qu'il sera difficile d'expliquer tant que la nature du cancer ne nous aura pas été révélée. Il constitue dans tous les cas, à notre avis, un argument en faveur de la théorie parasitaire, si fort en honneur aujourd'hui, et sur laquelle ce n'est d'ailleurs pas le lieu de nous étendre.

Nous étudierons dans ce chapitre l'anatomie macroscopique et les caractères microscopiques des tumeurs malignes de la trompe utérine.

§ I. — Anatomie macroscopique.

La dégénérescence cancéreuse de l'oviducte frappe suivant les cas l'une ou les deux trompes (1). Dans le cas d'une affection bilatérale, on trouve des lésions

(1) Sur 23 cas, la trompe droite fut trouvée atteinte dix fois, la gauche 4 fois seulement. Les lésions étaient bilatérales dans 9 cas (Alban Doran).

plus considérables d'un côté, soit à droite, soit à gauche. D'ailleurs l'unilatéralité des lésions l'emporte de beaucoup puisque notre statistique personnelle ne nous permet de découvrir que 10 observations où il est dit explicitement que les deux trompes étaient malades (1).

Quoiqu'il en soit et si nous supposons le cas où la tumeur paraît encore localisée, où il n'existe nulle part de noyaux métastatiques, voici ce qu'on trouve à l'ouverture de l'abdomen :

La trompe se présente sous la forme d'une poche, plus ou moins volumineuse, en général logée dans le petit bassin et adhérente aux parties voisines. Le volume de cette poche est très variable (œuf de pigeon, de poule, poing), mais il peut être relativement considérable. Dans l'observation de C. von Kahlden où l'autopsie montra que les deux trompes étaient sarcomateuses, l'oviducte droit mesurait 16 centimètres de hauteur sur 19 centimètres de large. La trompe gauche était plus volumineuse encore. En général pourtant, la tumeur n'atteint pas de pareilles dimensions.

La forme de la poche tubaire est arrondie, elliptique ou cylindrique (en forme de saucisse). Elle est bosselée ou non.

Si l'on fait abstraction des adhérences plus ou moins solides qui recouvrent en partie sa surface péritonéale,

(1) Dans une de nos relations, il semble bien que la trompe du côté opposé, quoique saine extérieurement, était aussi dégénérée. La récurrence s'est produite en effet rapidement du côté droit, côté où les annexes avaient été laissées en place.

on voit que cette surface est grisâtre et rappelle assez celle d'un kyste ovarien. Pourtant, on ne la trouve pas sillonnée d'un réseau vasculaire.

D'après les descriptions que nous avons lues, l'aspect extérieur ne permet guère, le plus souvent, de préjuger du contenu de la poche. Sa forme, sa consistance feront penser tout aussi bien à une simple collection liquide qu'à un néoplasme. Rappelons que nous avons supposé le cas où le cancer n'avait pas traversé toute l'épaisseur des tuniques pour venir s'offrir à la vue sous la séreuse ou encore n'avait pas franchi les limites du pavillon. Dans ces conditions, on sera bien tenté de croire qu'on est en présence d'une salpingite kystique.

Mais si l'on vient à sectionner cette poche, le tableau est tout de suite différent. Sans parler de l'hypertrophie assez constante des parois, on constate qu'il s'écoule souvent une quantité variable d'un liquide dont les caractères n'ont pas toujours été exactement notés par les auteurs, mais qui peut être hématique. Ce liquide peut, d'ailleurs, manquer complètement. Alors, la masse néoplasique emplit complètement la cavité et vient faire immédiatement saillie sous les yeux de l'observateur avec ses caractères particuliers.

Ces caractères dépendent principalement du point d'origine de la néoformation. Mais en faisant exception pour les cas rares où il s'agit d'une tumeur maligne, développée aux dépens de la musculuse de la trompe (sarcome) et ne nous occupant que des néoplasmes

de la muqueuse qui sont de beaucoup les plus fréquents, il importe de faire ressortir, dès à présent, ce fait capital : *Toutes les néoformations de la muqueuse tubaire, tant bénignes que malignes, ont pour caractère commun de se présenter avec une structure papillaire* (1). Qu'il s'agisse d'un papillome bénin, d'un sarcome ou d'un carcinome, l'aspect macroscopique est le même et cet aspect a été bien décrit dans sa thèse par le docteur Macrez.

Cet auteur distingue deux formes de végétations : le type vilieux et le type papillaire proprement dit. Voici comment il s'exprime :

a) *Type vilieux*. — La villosité s'implante sur la paroi ; elle est plus ou moins longue. Certaines sont divisées à leur extrémité libre. Ces villosités sont cylindriques ou conoïdes, quelques-unes sont en forme de massue. Elles sont indépendantes les unes des autres.

Leur base d'implantation n'est pas large. Elles paraissent semées sur la face interne de la poche et donnent à celle-ci l'aspect velvétique. Il est bien évident que ce ne sont pas là des franges hypertrophiées. La trompe étalée présente toujours le même aspect et, d'ailleurs, le microscope montre bien que l'on est en présence de productions particulières.

b) *Type papillaire*. — La forme papillaire paraît être un stade plus avancé. Toutefois, nous ne voulons pas affirmer ce fait. Pour Zweifel, le type villenx

(1) Cette structure papillaire se retrouve sur toute l'étendue des organes génitaux de la femme, depuis la vulve jusqu'à l'ovaire.

répondrait au stade le plus précoce des végétations de la trompe.

D'ailleurs, dans une poche contenant des villosités, on voit, par place, une tendance à la transformation de celle-ci en papillome, en chou-fleur, en ce sens que la base s'effile et que l'extrémité libre se renfle et se divise. D'autre part, dans une poche où prédomine le type papillaire, on voit peu de villosités (2). Nous devons dire toutefois que la tumeur forme quelquefois de véritables houppes sans paraître avoir de la tendance vers la forme papillomateuse.

Ces papillomes (nous parlons ainsi, nous plaçant au point de vue macroscopique) ont une base d'implantation généralement ténue ; les différentes petites tumeurs qui constituent les grosses — les branches du chou-fleur, on pourrait dire — sont indépendantes les unes des autres et ne sont confondues entre elles que dans le cas d'épithélioma avéré. »

Ainsi, la structure papillaire est toujours celle des productions néoplasiques de la muqueuse tubaire, soit de son chorion, soit de son épithélium, et bien imprudent serait celui qui croirait pouvoir établir un diagnostic sur la simple vue d'une tumeur papillaire de la trompe. Seuls, l'évolution clinique et les caractères histologiques permettront de se faire une idée exacte de sa bénignité ou de sa malignité.

Existe-t-il plusieurs variétés de cancer primitif tubaire ? Nous répondrons, avec Sängér et Barth, qu'en se basant sur la vue simple et la consistance, « le

(2) Ce qui serait surtout vrai pour les tumeurs malignes.

cancer tubaire est toujours un cancer mou, médullaire, encéphaloïde. » Nous rappellerons ici que les auteurs allemands n'avaient en vue, dans leur étude, que les cancers épithéliaux, mais les cas de sarcome dont nous avons pris connaissance présentaient les mêmes caractères ; c'est pourquoi nous ne craignons pas de généraliser.

Il ne paraît pas y avoir d'exception. Cependant, Orthmann dans son travail sur les cas anciens rassemblés par lui, distinguait deux formes différentes : la forme médullaire et la forme squirrheuse. Il est vrai qu'il s'agissait très vraisemblablement de tumeurs secondaires et d'autre part, l'auteur changea lui-même d'opinion concernant le cas qui lui était personnel.

Aussi nous dirons, toujours avec Sânger et Barth : « Il n'y a certainement pas pour le carcinome primaire de la trompe, une forme squirrheuse à comparer quelque peu avec le carcinome squirrheux des glandes. »

Les productions cancéreuses, et c'est encore là un fait digne de remarque, se développent presque toujours sur la partie médiane et externe de la trompe. La lecture des observations est fort concluante sous ce rapport. On y trouve couramment que la portion utérine du conduit est normale dans une plus ou moins grande étendue, ou du moins, elle ne donne pas naissance à des bourgeons végétants. Ce qu'on peut trouver dans cette région de la trompe ce sont des épaissements de la paroi, bien décrits par plusieurs

auteurs. Ces épaisissements qui arrivent parfois à constituer de véritables « indurations scléreuses » proviennent toujours d'une salpingite interstitielle plus ancienne, ce qui constitue un argument en faveur de la théorie de l'inflammation chronique primitive. Ce n'est qu'en dehors de cette zone de sclérose que se développe le cancer et nous serions volontiers tentés de dire que, plus la néoformation siège loin de l'extrémité utérine (ou abdominale) de la trompe, moins il y a d'objection à faire contre l'existence d'un néoplasme primitif.

Si nous envisageons à présent plus particulièrement l'aspect extérieur, le volume et la localisation du néoplasme, nous pouvons distinguer les deux formes suivantes de cancer tubaire :

- 1° *Une forme nodulaire pure ;*
- 2° *Une forme diffuse.*

Dans la première série de faits, il n'existe qu'une tumeur solitaire. A cette série appartiennent les observations IV, V, IX, XIII, XIV, XVI, XVIII, XXII, etc. Il semble bien que cette forme soit la plus ordinaire. Parfois la tumeur unique est nettement pédiculée comme dans la trompe examinée par P. Delbet (obs. XVI). « Après l'avoir incisée sur toute sa longueur et écartée, on voit le contenu, formé d'une masse noirâtre, molle et friable, qui paraît tout-à-fait indépendante de la paroi. On croirait d'abord au contenu d'un kyste coagulé sous l'influence de l'alcool. Mais en faisant le tour de cette masse, on arrive sur un pédicule, un peu plus résistant, qui s'insère sur la

paroi postéro-inférieure de la trompe, en dedans de son milieu dans le sens de sa longueur. Ce pédicule irrégulièrement arrondi ne mesure que 1 centimètre de diamètre. Il s'agit donc d'une tumeur villeuse, à petit pédicule, née dans la muqueuse de la trompe et qui s'est développée dans la cavité de cet organe en le distendant de telle sorte qu'elle y est contenue comme dans un kyste. »

Dans la forme diffuse, on trouve une série de nodules petits, nombreux, s'étendant en surface et en profondeur (obs. III, VI, XXI, XXIX, etc.). Dans ces néoformations diffuses et étendues on peut constater quelques nodules plus volumineux (obs. XII). Nous croyons inutile d'en faire une forme mixte.

Nous avons eu personnellement l'occasion d'observer une de ces formes diffuses et infiltrées. Nous renvoyons à la description que nous en avons faite (obs XXIX). Il serait abusif de multiplier les citations et de s'étendre sur un point qui n'a pas besoin de plus longs développements.

Que deviennent les orifices de la trompe atteinte de cancer? Dans un certain nombre de cas, ils ont été trouvés oblitérés. On a alors affaire à un véritable kyste qui simule à s'y méprendre un hydrosalpinx. C'est seulement l'ouverture de ce kyste qui, en montrant les végétations papillaires qui le remplissent, éclaire l'opérateur sur la nature de la maladie.

Mais cette oblitération des orifices est loin d'être constante. Quand elle n'existe pas, il y a, suivant le cas, ascite ou écoulement de liquide par le vagin, fait

très important à noter et dont nous reparlerons à propos du diagnostic. Enfin, l'oblitération de l'un ou de l'autre orifice peut être intermittente. On a alors constaté durant la vie une tumeur qui se distendait progressivement et qui se vidait dans le péritoine ou à l'extérieur lorsque le liquide avait acquis une pression suffisante pour vaincre la résistance de l'orifice.

La plupart du temps, l'oblitération de l'extrémité abdominale de la trompe coïncide avec des lésions de périsalpingite, et des altérations des ovaires ou du péritoine. Cependant, il existe des cas où toutes ces parties voisines étaient saines et la trompe cependant oblitérée. Nous avons déjà eu l'occasion de dire que plusieurs pensent malgré cela que l'occlusion de l'infundibulum a toujours dû précéder le néoplasme.

Assez souvent, on trouve que seules les trompes utérines sont atteintes. L'ovaire en particulier est assez rarement envahi. Nous n'en connaissons que trois cas, ceux de Doran, d'Orthmann et de Westermarck-Quensel, où il s'agissait sûrement d'une implantation par métastase. Nous verrons plus loin les règles qui permettent de reconnaître si c'est l'ovaire ou l'oviducte qui a été primitivement infecté.

Signalons comme autres lésions des ovaires, des abcès multiples (Orthmann), un kyste uniloculaire (Wynter), un kyste uniloculaire bilatéral (Westermarck) un kyste tubo-ovarien (1).

(1) Alban Doran a cru bon, dans sa classification des épithéliomas tubaires, de faire deux catégories : la première comprenant les néoplasmes développés dans une trompe normale et la seconde

Avant de clore ce paragraphe, il nous reste à dire quelques mots de l'ascite, hémorrhagique ou non, dans les tumeurs malignes de la trompe. Cette complication qui paraît assez fréquente n'a pas encore été l'objet d'une étude spéciale, aussi l'absence de tout document nous réduit-elle aux seules hypothèses. « Toute tumeur abdominale, dit M. Sébilleau, dans sa thèse inaugurale, peut s'accompagner d'ascite : aucune de celles qui se développent dans le petit bassin n'échappe à cette loi. » Mais les recherches se sont surtout portées vers les tumeurs de l'ovaire (Quénu, Terrier, Cazenave, etc.) et les auteurs en sont arrivés à admettre les causes suivantes d'ascite dans les néoplasmes de l'ovaire : la compression des grosses veines, la richesse vasculaire des tumeurs, la sécrétion des végétations (Quénu).

Avec M. P. Macrez, il nous est difficile d'admettre certaines de ces hypothèses quand il s'agit de tumeurs de la trompe. « La tumeur n'est pas assez vasculaire, qu'on puisse voir, comme dans les kystes de l'ovaire, de gros vaisseaux sillonner sa surface. Elle n'est pas assez volumineuse pour expliquer la compression. » La théorie émise par M. Quénu paraît plus applicable. Pour lui les « végétations constituent de véritables tubes épithéliaux pseudo-glandulaires et sécrètent une substance colloïde. » Cette substance agirait par osmose sur le péritoine et provoquerait cette hypersécrétion. Pour Terrier, il n'y aurait d'ascite que dans

(3 cas) où le cancer communiquait avec un kyste par l'ouverture du pavillon. Nous avons craint de trop compliquer la description et nous n'avons pas suivi son exemple.

le cas de végétations externes. Enfin, Pozzi (1) n'a pas besoin « de cette considération pour comprendre la production de l'épanchement ascitique causée par l'irritation d'un liquide pathologique ; l'ascite constitue un véritable mode de-défense du péritoine quand il n'a pu isoler le corps irritant par la production d'adhérences (2).

Nous nous abstiendrons de conclure. Ce point mériterait quelques recherches, surtout en ce qui concerne les tumeurs salpingiennes.

§ II. — Anatomie microscopique

Au point de vue histologique, les tumeurs malignes primitives de la trompe utérine comprennent principalement des *sarcomes* et des tumeurs *épithéliales*. Comme tous les sarcomes viscéraux en général, ceux de la trompe ont une allure très maligne et sont susceptibles de généralisation au même titre que les pires cancers épithéliaux. Les observations de Sängér (VIII) et de von Kahlden sont instructives sous ce rapport. La malade de Sängér meurt six mois après l'intervention « après avoir présenté de la généralisation *dans l'utérus et les ganglions inguinaux*. La malade de von Kahlden ne fut pas opérée. L'autopsie faite par le savant professeur « dévoila l'existence d'une double tumeur occu-

(1) Pozzi, *loc. cit.*

(2) A. Doran a signalé *l'hydrothorax* comme complication d'un papillome bénin des trompes sans qu'il y ait eu des implantations secondaires sur la plèvre. (Trans. Path. Soc. of London, 1889).

pant les deux trompes et propagée aux ovaires ; en outre, le péritoine présentait de nombreux noyaux néoplasiques. Le plexus génital était thrombosé en de nombreux points et il existait de l'embolie dans les deux artères pulmonaires.

En voilà assez pour établir la grande malignité des sarcomes tubaires, qui sont de véritables cancers, au sens clinique du mot.

a) *Sarcomes*. — Dans les cas les plus simples, alors qu'il s'agit d'un sarcome pur, l'examen des coupes montre les détails suivants : on voit que la tumeur est formée presque uniquement d'éléments petits, arrondis ou ovalaires, présentant parfois des prolongements et ayant à peu près les dimensions des globules blancs du sang (Senger). Le noyau de ces cellules est volumineux, leur protoplasma granuleux, peu abondant. Tantôt ces éléments sont uniformément répartis au sein d'une substance intercellulaire insignifiante, tantôt on constate que les cellules rondes sont réunies en amas qui sont englobés dans un fin réseau de tissu conjonctif jeune.

Les éléments sarcomateux peuvent revêtir des types un peu plus variés. L'examen microscopique de la tumeur de Janvrin (myxo-sarcome) a montré qu'en dehors du tissu embryonnaire, on trouvait du tissu muqueux et un certain nombre de cellules polymorphes. Gottschalk a trouvé des cellules étoilées de petites dimensions.

Quand la néoplasie, ayant pris naissance dans la

muqueuse, affecte la forme papillaire, on trouve au centre des formations papillaires, au-dessous de l'épithélium qui est resté sain et vers le centre de la papille un réseau vasculaire généralement bien développé. La vascularisation de ces tumeurs est abondante. Von Kahlden qui a noté la structure de ces canaux de nouvelle formation écrit qu'ils sont simplement plongés au milieu du tissu néoplasique et qu'ils ont pour toute paroi un revêtement épithélial « et une adventice très nette. »

Il n'y a rien jusqu'ici qui soit bien spécial aux sarcomes de la trompe utérine, mais nous allons parler à présent de certaines particularités histologiques rapportées dans leurs travaux par Senger, Sängner et Von Kahlden.

E. Senger (Obs. I) qui n'avait pu malgré un examen minutieux trouver les tubes du parovarium gauche, constata au microscope que la tumeur de la trompe correspondante renfermait un certain nombre d'utricules glandulaires tapissées par un épithélium cylindrique et pourvues d'une membrane propre. L'auteur en conclut avec assez de vraisemblance que ces formations ont pour point de départ les glandes altérées du parovaire.

Le cas de Sängner (obs. VIII) est au moins aussi intéressant. Il s'agit d'un sarcome qui paraît tendre vers la diffusion et se rapproche de la seconde forme de cancer tubaire que nous avons admise. En examinant les végétations les plus volumineuses, Sängner vit qu'elles étaient formées « par des amas encapsulés de petites

cellules arrondies, affectant des rapports plus ou moins étroits avec des cordons alvéolaires de cellules épithéliales. Quant aux papilles, elles étaient recouvertes par un épithélium cylindrique. » Säger conclut à un sarcome à petites cellules rondes de la muqueuse, mais il ne paraît pas avoir pu déterminer l'origine des cellules épithéliales qu'il a rencontrées et faire à chaque espèce d'éléments histologiques la part qui lui revenait dans la constitution de cette tumeur mixte.

Von Kahlden a été plus heureux dans ses recherches. La tumeur qu'il lui a été donné d'examiner présentait deux points particulièrement curieux. Au sein du tissu sarcomateux ordinaire, il trouvait, au moyen de forts grossissements, 1° de grosses cellules ayant pour la plupart de quatre à six noyaux (1) ; 2° de petites cellules épithéliales disposées en traînées ou en cordons sans rapport avec la musculuse ou l'épithélium.

L'examen des noyaux secondaires néoplasiques situés dans les ligaments larges vint tirer l'auteur d'embarras. Voici ce que cet examen lui permit de constater :

« Au premier stade, les canaux lymphatiques sont remplis par de petites cellules arrondies ; plus tard, *l'endothélium prolifère*, forme plusieurs couches et projette dans la lumière des prolongements qui finissent par constituer au sein des cellules néoplasiques

(1) La présence de cellules géantes dans le sarcome de la trompe n'avait pas encore été signalée. Von Kahlden leur donne une certaine importance pour le diagnostic de sarcome utérin (*Das Sarkom des Uterus. — Beitr. zur. Path. Anatomie und allg. Path.* B¹ 14, p. 207).

véritables des cellules géantes renfermant de 4 à 6 noyaux *et dont l'origine endothéliale ne peut par conséquent faire de doute.*

A un stade plus avancé, les proliférations de l'endothélium sont encore plus volumineuses et forment des flots au sein de cellules sarcomateuses véritables dont l'aspect est le même que dans les parois de la trompe (1) ».

Telles sont les particularités qui rendent parfois bien difficile le diagnostic microscopique du sarcome tubaire. Nous avons cru être utile en nous étendant un peu sur ce point.

Lorsque le néoplasme a pris naissance dans le tissu connectif de la musculuse, il va sans dire que cette tunique a subi de profondes modifications. Quand le sarcome prend naissance dans la muqueuse tubaire, il paraît que la musculuse peut rester à peu près intacte.

Von Kahlden a noté que cette couche était bien conservée « mais en certains points, elle était pénétrée par les éléments néoplasiques et elle renfermait des vaisseaux à parois très fines. »

b. *Epithéliomes*. — Les sarcomes dont nous venons de parler sont de véritables raretés gynécologiques. Ce sont des tumeurs plus rares encore que les sarcomes utérins et les traités spéciaux n'en font pas toujours mention.

La science possède un plus grand nombre de cas de

(1) Analysé in *Semaine gynécologique*, 1897.

tumeurs épithéliales. Nous en avons réuni dans ce travail 28 observations dont l'étude histologique est souvent du plus grand intérêt.

Nous avons dit plus haut que la simple vue d'une tumeur papillaire de la trompe utérine ne pouvait suffire pour poser un diagnostic ferme de la nature du néoplasme. Même dans le cas où l'on observe l'implantation de noyaux papillomateux sur les parties voisines du péritoine et des organes du petit bassin, il peut, par exception, ne s'agir que d'un néoplasme *anatomiquement* bénin, d'un simple papillome. M. Schirchoff vient d'en publier un bel exemple (1) sur lequel il importe d'insister.

« A l'examen des tumeurs enlevées (le diagnostic avait été celui de kyste des deux ovaires), on constata qu'il s'agissait, en effet, de kystes multiloculaires, mais, à la partie supérieure de la tumeur du côté gauche, était appliqué le segment abdominal de la trompe ; l'orifice abdominal de celle-ci était béant et il s'en échappait une tumeur papillomateuse suspendue à un long pédicule implanté à la surface interne de l'organe à 5 millimètres en dedans de la base des franges ; toutes les végétations secondaires étaient également pédiculées. La trompe elle-même était

(1) D. J. Schirchoff. *Du papillome des trompes de Fallope*. Thèse de Saint-Petersbourg, 1899. — Analysé in *Presse Médicale*, 24 mai 1899.

Watkins (cité par Doran) en a aussi observé un cas, L'ovaire correspondant au papillome était atteint. L'ovaire du côté opposé portait aussi des formations papillomateuses et la trompe voisine était libre.

épaissie; son orifice utérin n'était pas perméable. Il faut en outre noter, qu'à la surface de la tumeur kystique, immédiatement adjacente à la végétation salpingienne, on trouvait également de petites végétations pédiculées, superficielles, disposées par groupes, et quelques-unes d'entre elles étaient à peine visibles à l'œil nu. L'examen minutieux de ces végétations n'a pas permis d'y découvrir la présence de vestiges de parois connectives qui les auraient contenues; il y a donc lieu de croire que ces papillomes superficiels de la surface des kystes étaient dus à l'inoculation directe des végétations et leur situation réciproque corroborent cette hypothèse.

A l'examen histologique, on constatait que les végétations étaient formées d'un stroma conjonctif fibrillaire, tantôt serré, riche en cellules fixes (corps de la papille), couvert d'un épithélium cylindrique parfois cilié, *dont il est séparé par une membrane résistante*. Le tissu conjonctif qui quantitativement prédomine sur l'épithélial, est, par places, en voie de dégénérescence muqueuse. Les papilles sont assez riches en vaisseaux dont les parois sont normales. *Nulle part, on ne constate de développement progressif de l'épithélium*. Cette structure démontre donc qu'il s'agissait d'un papillome bénin d'une trompe » (1).

(1) La métastase par voie sanguine n'est pas prouvée. Ce qui est certain, c'est que, comme dans les cystomes papillaires de l'ovaire, les noyaux secondaires subissent généralement, après l'ablation de la tumeur principale, une évolution régressive. Mais il faut toujours craindre une dégénérescence maligne (Mischhoff). Aussi pourrait-on classer cliniquement de semblables néoplasmes parmi les tumeurs malignes ou du moins dans les tumeurs à pronostic incertain.

C'est avec intention que nous avons passé ce fait sous silence au paragraphe précédent. Nous avons voulu faire ressortir que, dans quelques rares circonstances, le microscope seul peut arriver au diagnostic.

Voici comment on peut établir la distinction histologique entre les papillomes de l'oviducte et le carcinome papillaire ou papillomateux de cet organe :

Dans les premiers, la formation des bourgeons procède du tissu conjonctif dont les excroissances papillaires ne sont tapissées d'un revêtement épithélial qu'en temps que cela est nécessaire ; dans le dernier, les bourgeons procèdent des épithéliums puisque ceux-ci poussent, en tous sens et d'une manière tout à fait atypique, des saillies papillaires au sein desquelles ne pénètre qu'un stroma conjonctif peu abondant.

Sänger distingue deux variétés histologiques de cancer tubaire :

1° Variété à structure papillaire pure.

2° Variété à structure alvéolo-papillaire.

Cette division est peut-être un peu artificielle car Sänger reconnaît lui-même que dans les cas de la première série (obs. V, IX, XI, XIII, XIV, XV, XVIII) l'examen microscopique est parfois incomplet ou insuffisant. En tous cas, il s'exprime ainsi :

« Dans la première catégorie de faits les cellules épithéliales forment constamment une couche unique. Seulement cette disposition n'est pas toujours facile à reconnaître sur les circonvolutions irrégulières des papilles proliférées. La distinction entre le papillome simple ou bénin et le papillome malin ou carcinome

papillaire (c'est-à-dire papillomateux) repose essentiellement sur ce que, dans ce dernier, on constate qu'une croissance rapide, illimitée, incessante a lieu au-dessous des premiers bourgeons épithéliaux qui poussent çà et là leurs prolongements gênés dans les espaces étroits qu'ils occupent ; dans ces bourgeons de minces travées de tissu conjonctif parties de la charpente pénètrent ultérieurement. Contrairement au papillome simple (1), la néoformation empiète sur la paroi tubaire et peut l'infiltrer complètement. »

Tel est le cas d'Eberth et Kaltenbach, décrit par eux sous le nom de papillome de la trompe sans y ajouter l'épithète de malin. Il est vrai que dans le texte, il est question d'une tumeur maligne de l'oviducte. La trompe gauche était volumineuse, élargie et avait la forme d'une cornue. Elle contenait une tumeur papillaire, molle, du volume du poing, *dont les bourgeons s'infiltraient dans la paroi de la trompe* et qui, après avoir traversé la séreuse, venaient former à sa surface des saillies ayant le volume d'un pois. Les saillies et les bourgeons présentaient seulement un revêtement épithélial à une seule couche, mais la prolifération épithéliale pouvait être considérée comme primitive.

Doran place sans hésitation cette tumeur parmi les carcinomes de la muqueuse tubaire.

« Dans les faits de la deuxième série (obs. III, IV, XII, XXIX) on trouve des cellules épithéliales stra-

(1) Qui peut même présenter un revêtement épithélial stratifié. Tel est le cas de Doléris (*Soc. obs. et gynécol. de Paris*, 1890, p. 12) où l'épithélium avait proliféré sur deux ou trois rangées.

tifiées à côté des cellules en couche unique. Par suite de la fusion de plusieurs prolongements papillaires voisins, il se forme des foyers pseudo-alvéolaires, remplis de cellules épithéliales et inter-communicants ; il y a en outre de vraies alvéoles à l'intérieur du stroma de la tumeur et dans la paroi de la trompe : dans ces formes cette paroi est souvent infiltrée en masse par le néoplasme. »

Rien n'est plus suggestif à ce point de vue que l'examen microscopique fait par M. le professeur Augier (obs. XXIX) :

« Par places, au sein de ces amas épithéliaux, les cellules se disposent de façon à circonscrire des espaces arrondis, assez réguliers, analogues à des tubes glandulaires. Dans d'autres points, on trouve au sein de ces amas de revêtement d'énormes cellules qui ont subi une transformation colloïde. Parfois, plusieurs cellules irrégulièrement polyédriques se disposent en amas nodulaires, en refoulant les éléments les plus voisins. Au niveau de ces amas nodulaires, la disposition qui rappelle l'épithélium de revêtement a tout-à-fait disparu : on trouve, au contraire, la disposition qui est observée dans les carcinomes les plus malins.

.

» En examinant la paroi même de l'oviducte sur laquelle repose la tumeur, on trouve que la surface interne est fragmentée par des bourgeons épithéliaux qui l'ont remaniée, dissociée, de manière à pénétrer jusqu'au niveau de la séreuse. On trouve des lambeaux de musculature inclus entre ces amas épithéliaux *térébrants*.

» Certains amas épithéliaux, qui ont bourgeonné dans l'épaisseur des parois, sont si nettement circonscrits dans des cavités à parois anguleuses qu'on peut affirmer qu'ils sont contenus dans des vaisseaux lymphatiques. On retrouve en effet, çà et là, sur les parois de ces cavités, des cellules endothéliales formant un revêtement discontinu. »

Tout ce qu'on vient de lire prouve que le caractère papillaire des carcinomes tubaires devient moins net lorsqu'ils pénètrent dans les parois. C'est ce qu'on voit aussi dans le cas d'Orthmann où les bourgeons épithéliaux pénètrent de plus de deux centimètres dans la paroi épaissie et s'y disposent sous forme d'amas arrondis ou allongés, d'aspect alvéolaire, séparés par de rares travées conjonctives. On pourrait multiplier les exemples sans profit.

Sans doute les caractères histologiques des cancers épithéliaux seront quelquefois un peu différents et les tumeurs observées ne se rangeront pas toujours d'elles-mêmes dans les deux classes proposées par Sängér. Tel est le cas de M. Routier, où l'examen microscopique pratiqué par M. le professeur Cornil a montré que « le groupement des éléments cellulaires donne assez bien l'aspect de la couche de Malpighi ». Il vaut mieux cependant s'en tenir à ces deux classes *et ne pas oublier qu'il n'existe pas dans la trompe de cancer à type alvéolaire pur.*

Pour compléter cette étude, il nous reste à parler :
1° des idées théoriques de quelques auteurs concer-

nant l'histologie normale et pathologique de la trompe utérine dans ses rapports avec les néoplasmes; 2° des tumeurs malignes rares de ce conduit.

1° On sait qu'à l'état normal la tunique muqueuse de la trompe utérine se soulève pour former un système de plis longitudinaux « qui s'étendent sans interruption de son extrémité interne à son extrémité externe » (A. Testut. *Traité d'anatomie humaine*, Paris, 1895). Ces plis acquièrent dans l'ampoule, c'est-à-dire dans la portion externe du corps de l'oviducte, leurs plus grandes dimensions. Les plus grands de ces plis « présentent sur l'une et l'autre de leurs deux faces des plis secondaires qui, à leur tour, se hérissent de plis plus petits encore. » L'épithélium qui tapisse ces plis et les dépressions qui les séparent, est formé *d'une seule rangée de cellules prismatiques* surmontées de cils vibratiles.

Pour Testut, la muqueuse tubaire est entièrement dépourvue de glandes. Mais tous les auteurs ne sont pas de cet avis et Bland Sutton, s'appuyant principalement sur la structure de la muqueuse tubaire du *macacus rhesus*, revient à une opinion ancienne soutenue surtout par Hennig, et d'après laquelle on doit considérer les dépressions qui existent entre les plis longitudinaux comme des glandes acineuses. Alban Doran partage aussi cette opinion. Aussi, Bland Sutton (1) qui a observé des cas de papillome tubaire les désigne-t-il sous le nom d'adénome. Il évite même

(1) Bland Sutton. — *Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes*, 2^e édition.

avec préméditation d'employer le mot papillome.

Le carcinome tubaire pourra alors être rapproché de l'adénome malin de l'utérus et de l'adéno-carcinome papillaire de l'ovaire. C'est ce que se sont efforcé de faire Carl Ruge et Pfammenstiel, dans des travaux dont Sängér fait grand cas. Ce sont ces travaux qu'il a consultés pour savoir s'il ne devait pas classer la tumeur, décrite à l'observation XIV, parmi les papillomes avec lesquels elle présente incontestablement de très grandes ressemblances au point de vue de la structure. Sängér conclut aussi en cette occurrence à l'existence de glandes tubaires « comme l'a fait très légitimement Paladine pour l'ovaire qu'il considère comme une glande en tubes..... » (1).

2^o Comme tumeur maligne rare de la trompe de Fallope, nous n'avons trouvé que celle de Ahlfeld et Marchand dont on trouvera plus loin l'examen histologique (obs. XIX). Il s'agit d'un déciduome malin de la trompe gauche. Ce cas unique n'est jusqu'ici qu'une curiosité pathologique.

Il semble bien établi que les cellules déciduales sont douées d'une grande vitalité. On les trouve, en effet, persistantes longtemps après les avortements et les accouchements à terme. Kestner, Frenkel, Pästalozza et Persko (cités in Martin) ont indiqué que, 15 à 20 mois après ces processus, on peut encore trouver de ces cellules vivantes et n'ayant pas donné naissance à des

(1) Stevens pense que le cancer tubaire peut provenir de l'inclusion des tubes de Wolff dans les parois de la trompe.

tumeurs. Depuis 1888, Sängér a observé le cas suivant :

Développement d'un môle tubaire à droite, avec tous les signes classiques. Expectation ; guérison. En 1894, grossesse tubo-abdominale gauche au sixième mois. Dans la cavité de la trompe épaissie enlevée à cette occasion, on trouve un réseau épais de trabécules provenant des plis tubaires ainsi que des bourgeons denses et indépendants au sein desquels on trouve des îlots très nets de cellules déciduales.

L'avenir nous dira peut-être pourquoi ces éléments peuvent, à un moment donné, devenir le point de départ d'une néoplasie maligne. Nous sommes, jusqu'ici, dans l'ignorance la plus complète des causes qui président à cette transformation.

§ III. — **Diagnostic anatomo-pathologique des tumeurs malignes primitives de la trompe utérine.**

Lorsque, au cours d'une opération ou d'une autopsie, on trouve l'une ou les deux trompes de Fallope remplies de végétations papillomateuses et formant une poche close de toutes parts, sans lésions correspondantes des organes voisins, il est bien évident que le néoplasme a pris naissance dans l'oviducte. Mais si les ovaires sont malades, s'ils sont couverts de végétations de même aspect que les végétations de la trompe, s'il y a de volumineux noyaux indurés dans le petit bassin, il peut être quelquefois difficile de déterminer

le siège de la tumeur primitive. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation ci-dessous (1) :

B... Rosine, femme L..., âgée de quarante ans, entre dans le service de la clinique chirurgicale (hôpital de la Charité de Lille), le 7 novembre 1896, pour une tumeur abdominale.

Les antécédents n'offrent rien de particulier à noter : réglée à quinze ans, mariée à vingt-quatre, elle eut un premier enfant dix-neuf mois après, et un second dix ans plus tard. Les accouchements ont été normaux. Elle nourrit son dernier enfant pendant dix-huit mois ; c'est après l'avoir sevré qu'elle prit un embonpoint notable.

Ce n'est guère que depuis quatre mois qu'elle a remarqué que son ventre avait augmenté de volume. On lui a fait deux ponctions : l'une, il y a deux mois, et l'autre, il y a quinze jours. La dernière a donné issue à neuf litres d'un liquide ayant la coloration de la bière foncée. Après l'évacuation, on aurait constaté la présence d'une tumeur dans le flanc gauche.

A son arrivée dans le service, nous trouvons le ventre distendu dans toutes ses parties par du liquide ; il y a trémulation de la paroi au moindre attouchement et sensation de flot dans toute son étendue. Il y a matité dans toute la région sous-ombilicale et les flancs. Les zones de sonorité et de matité se déplacent, lorsqu'on fait coucher la malade sur les côtés. En déprimant fortement la paroi de manière à chasser le liquide, on constate, entre l'ombilic et le pubis, de petites masses dures, disposées en nappe. Par le toucher vaginal on reconnaît, dans le cul de sac latéral gauche, plusieurs nodosités du volume de gros grains de raisin. Le col occupe sa situation normale, la matrice est mobile. Une masse ganglionnaire du volume d'un œuf de poule occupe, depuis trois semaines, le triangle sus-claviculaire gauche. La malade a un dégoût assez prononcé des aliments et a subi un amaî-

. (1) Duret. — In *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*. Avril, 1899.

grissement très marqué. Notre diagnostic est celui de tumeur épithéliale des ovaires avec ascite.

Opération. — Le ventre est ouvert dans la région sous-ombilicale ; issue de six à huit litres d'un liquide citrin foncé.

On trouve immédiatement après l'évacuation, une tumeur de l'ovaire gauche, formée de quatre à cinq kystes du volume d'un œuf de poule, disposés en grappe ; *la trompe correspondante est distendue, dans son tiers externe, par une tuméfaction du volume d'une pomme, qui fait issue en partie à travers l'orifice de son pavillon, sous forme de masse végétante.* A droite, l'ovaire est transformé également en une grappe de kystes semblables à ceux du côté gauche ; *le pavillon et la partie externe du corps de la trompe offrent aussi des végétations, mais moins abondantes qu'à gauche.* Enfin, on est obligé d'exciser avec des ciseaux ou de nettoyer à la curette des masses de végétations qui dépassent le volume du poing et sont greffées sur la face postérieure de la vessie et dans le cul-de-sac antérieur. On procède aussi au grattage de végétations plus petites, isolées, dans le cul-de-sac postérieur, derrière les ligaments larges et sur le ligament infundibulo-pelvien. On excise encore huit ou dix franges de l'S iliaque, qui étaient adhérentes au néoplasme et offraient des petites végétations. On termine par la résection de la partie inférieure de l'épiploon, transformée en un gâteau néoplasique du volume du poing.

Drainage abdomino-pelvien. Sutures.

Les suites opératoires sont bonnes ; le drain est enlevé le quatrième jour.

Cependant il survient un épanchement pleural, sans caractère spécial, qui nécessite deux ponctions : on retire chaque fois 6 à 700 grammes de liquide citrin clair.

Après quelques jours, l'adénite sus-claviculaire disparut complètement. La malade quitta l'hôpital trente jours après son opération. Le ventre était affaissé, et il était impossible d'y trouver de l'ascite. L'appétit était bon, et la santé générale très améliorée.

Nous avons revu la malade en avril 1897. Elle avait repris de l'embonpoint et des couleurs. L'utérus est mobile, mais en arrière, on trouve une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon : il y a de nouveau un léger degré d'ascite. Ganglions inguinaux du volume d'une amande.

Depuis cette époque, nous n'avons pu avoir de renseignements sur la malade. Il est probable qu'elle a dû succomber à la généralisation.

Examen des pièces anatomiques et étude histologique par M. Danel, préparateur d'anatomie pathologique.

Côté gauche. — Les annexes de ce côté forment deux tumeurs séparées par un pédicule court et large, sur lequel on peut voir, par transparence, les tubes du parovarium. On trouve quelques franges graisseuses de l'S iliaque adhérentes à ce pédicule.

La tumeur la plus interne, du volume du poing, est formée par l'*ovaire gauche*, qui est kystique, et est constituée par une masse bosselée, lobulée, comprenant cinq à six poches fluctuantes, transparentes. La surface de cet ovaire présente un certain nombre de végétations gris-rosées, friables, de dimensions variables, et dont plusieurs sont presque pédiculées (voir Planche, fig. I.)

A la section, le contenu des kystes est gélatineux, colloïde. Leur paroi, lisse dans la plus grande partie de son étendue, présente cependant quelques points de la surface interne qui sont devenus végétants. Les poches les plus volumineuses sont situées à la partie supérieure de la tumeur. Au contraire vers le hile de l'ovaire, on trouve des poches plus petites, végétantes dans toute leur étendue et dont les végétations remplissent presque entièrement la cavité.

En dehors et en avant de l'ovaire, on rencontre la *trompe de Fallope*. Celle-ci s'étend horizontalement de dedans en dehors. Dans les deux tiers internes, elle a conservé à peu près son calibre normal; mais, au niveau de son tiers externe, elle se dilate brusquement pour prendre l'aspect d'une masse

piriforme, doublée en arrière d'une couche épaisse de végétations, occupant toute la face postérieure de la paroi tubaire, et remontant ainsi jusqu'au pédicule mentionné plus haut. Cette couche de végétations se continue manifestement avec le contenu de la trompe. Ce contenu est un énorme bourgeon végétant du volume d'une orange, qui, en se développant à l'intérieur du conduit, a distendu de toutes parts le pavillon, au point que les franges sont dépliées, étalées, et comme étirées à la surface du néoplasme, lequel déborde de plusieurs centimètres leur pointe extrême. On peut suivre ainsi, sur toute la circonférence de la trompe, une collerette élégante et régulière, formée par les franges dépliées et repoussées par la masse bourgeonnante.

Sur une coupe longitudinale de la trompe, on constate que sa cavité est remplie par la même masse jusqu'au tiers moyen, où celle-ci s'arrête brusquement. Cette masse de végétations paraît faire corps avec la paroi tubaire. Dans la plus grande partie de son étendue, sur la face antérieure de la partie dilatée de la trompe, on rencontre plusieurs petits kystes non végétants et des lambeaux filiformes d'adhérences, sur lesquels, se sont greffés, par place, de petits noyaux néoplasiques.

Sur une section transversale de la tumeur intra-tubaire et de la couche de végétations qui recouvre sa demi-conférence postérieure, on constate, avec la plus grande netteté, que, dans beaucoup de points, les parois tubaires sont détruites entièrement. On ne les retrouve plus d'une façon régulière et complète à la distance maximum de 2 centimètres de l'extrémité fimbriale. Plus loin, toute la surface de section est occupée par le tissu du néoplasme gris-rosé, végétant et friable. Il semble bien que la tumeur, développée à l'origine dans le canal tubaire, a détruit progressivement sa paroi pour végéter à l'extérieur.

Côté droit. — L'ovaire droit est également kystique et végétant. Les lésions semblent calquées sur celles de l'or-

gane correspondant du côté opposé. (Voir Planche, fig. II.) Cependant, on remarque plus particulièrement, du côté droit, que certaines végétations paraissent aberrantes; elles ne correspondent pas à une production semblable, située au même niveau, à l'intérieur du kyste. Ces végétations oxogènes ont un volume plus considérable dans le voisinage de la trompe correspondante, dont le calibre n'est d'ailleurs pas augmenté, dont les plis sont normaux.

Le pavillon de celle-ci présente des lésions intéressantes. On y trouve un petit kyste sessile du volume d'un pois, et une petite masse du même aspect que les végétations ovariennes. Cette petite masse, dont les dimensions atteignent à peine celles d'une noisette, a un pédicule étroit, lisse, de 1 centimètre de longueur. On dirait qu'il s'agit de l'hydatide de Morgagni devenue végétante. A ce même niveau et sur la partie externe des franges du pavillon, il y a un petit amas irrégulier, végétant. Enfin, sur toute la face séreuse de la trompe et à la surface de la portion voisine du ligament large, on trouve un fin semis de petites végétations, dont quelques-unes sont à peine visibles à l'œil nu.

Examen microscopique. — Des coupes ont été d'abord pratiquées sur un fragment de la tumeur de la *trompe gauche*, fragment choisi au point où la masse bourgeonnante déborde le pavillon déplié.

Dans le point choisi on peut voir à l'œil nu, que le pavillon s'arrête net et adhère à la surface du néoplasme qui bourgeonne et le déborde sous forme d'une masse exubérante. Il semble qu'à ce niveau la paroi de la trompe est simplement superposée, en contiguité avec la tumeur.

Au microscope, le néoplasme se montre formé d'éléments épithéliaux, disposés en végétations très irrégulières, tassées, tapissées à leur surface d'un revêtement cylindrique stratifié, et supportées par une charpente très embryonnaire. En plein néoplasme, les bourgeons se touchent tous. et, dans leur intervalle, on trouve des cavités arrondies ou ovalaires,

contenant des éléments desquamés. Dans certains points, la néoformation épithéliale est devenue tout à fait atypique ; on ne retrouve plus alors la disposition habituelle, en revêtement, ni en plis ondulés. L'aspect est, dans ces points, celui des tumeurs épithéliales les plus malignes.

Au niveau de la bordure du pavillon, la paroi de la trompe est complètement fusionnée avec la masse épithéliale. Il n'est pas possible de distinguer ce qui appartient à la trompe et au néoplasme. A mesure qu'on s'éloigne de l'extrémité fimbriale, la surface interne paraît libre dans quelques points, tandis que, dans d'autres, il y a fusion avec formation, dans la muqueuse tubaire de petites végétations villeuses, foliacées. Enfin, plus loin, la trompe devient libre et présente son revêtement épithélial habituel. Ces rapports réciproques du néoplasme et de la paroi, varient d'ailleurs considérablement suivant les coupes. On trouve, dans les endroits où la fusion est la plus complète, un grand nombre vaisseaux, artérioles et veinules, remplis de sang.

Au niveau du néoplasme, les diverses tuniques de la trompe sont dissociées par une infiltration embryonnaire très abondante, en traînées et en amas. La surface externe de l'oviducte présente, en plusieurs points, un revêtement épithélial très net, formé d'éléments cubiques ou cylindro-cubiques à cils vibratiles. Ce revêtement présente des invaginations, des dépressions qui s'enfoncent assez profondément de dehors en dedans dans l'épaisseur même des parois. De ces dépressions, les unes sont très obliques, les autres verticales : elles ont l'aspect glandulaire et sont remarquablement nettes en beaucoup de points.

En examinant attentivement les coupes sur quelques points de la surface muqueuse de la trompe, à une assez grande distance du pavillon, on constate que le revêtement épithélial du conduit a proliféré, sous forme d'élevures de plus en plus massives, irrégulières, et qui prennent le caractère néoplasique. Mais il faut noter que, dans ces élevures, on trouve

moins la disposition vilieuse et papillaire que dans le néoplasme proprement dit.

Des coupes pratiquées sur l'ovaire gauche, correspondant à la trompe malade, ont montré l'existence d'un tissu de végétations beaucoup moins luxuriantes que les végétations tubaires, sauf en quelques points assez limités, où elles paraissent tendre vers le même type. Dans l'ovaire, la prolifération épithéliale est plutôt massive et revêt, en plusieurs endroits, la forme infiltrante. On trouve un certain nombre de kystes microscopiques dans l'épaisseur des parois végétales des poches ovariennes. Ce sont là, sans doute, des foyers de dégénérescence cellulaire.

En somme, dans les végétations endogènes de l'ovaire gauche, sur un fragment pris au voisinage du hile, là où il serait peut-être encore possible de retrouver des traces du tissu de la glande, on voit que la néoformation épithéliale ne ressemble que d'assez loin à la tumeur de la trompe. Nous nous contenterons de signaler ce point, le polymorphisme bien connu des tumeurs végétales de l'ovaire étant de nature à nous inspirer une certaine réserve.

Les coupes microscopiques de la masse néoplasique greffée sur le grand épiploon, offrent le même aspect dendritique et vilieux que les coupes de la tumeur principale. Il en est de même de celles que nous avons pratiquées sur une végétation exogène, aberrante, de l'ovaire droit (côté où la trompe était saine).

Les deux trompes, examinées dans des points paraissant indemnes à l'œil nu (vers les extrémités utérines), se sont montrées absolument normales. On n'y trouve pas trace d'affection inflammatoire récente ou ancienne.

Au moment de l'opération, à l'ouverture du ventre, la première idée qui vint, en présence du bourgeon volumineux de la trompe gauche, fut qu'il s'agissait d'un épithélioma tubaire primitif. Mais un doute ne devait pas tarder à naître dans notre esprit, en présence des lésions avancées et bilatérales

des deux ovaires. De plus, l'examen attentif des pièces permettrait de poser une troisième hypothèse. En effet, nous avons fait remarquer ce fait assez singulier que, sur la trompe droite, au niveau des franges du pavillon, au point où siège ordinairement le kyste physiologique appelé *hydatide de Morgagni*, on trouve une petite masse végétante et granuleuse, comme s'il s'agissait d'une dégénérescence néoplasique de l'hydatide elle-même. On ne pouvait alors s'empêcher de comparer les lésions des deux côtés, et de se demander si, du côté gauche, il n'y a pas eu primitivement une formation semblable, laquelle, parvenue à un certain degré de développement, aurait été coiffée par la trompe gauche (comme l'ovaire aurait pu l'être lui-même), et aurait ensuite évolué dans sa partie externe dilatée.

Rien ne prouve, en effet, que malgré son excellente réputation, l'hydatide de Morgagni qui, en définitive, est un vestige de l'extrémité supérieure du canal de Müller, ne puisse, dans certains cas, subir la dégénérescence cancéreuse au même titre que l'oviducte.

En présence de ces trois hypothèses, il paraît d'abord assez difficile de conclure d'une façon ferme. Sans doute, les lésions ovariennes bilatérales donnent quelque poids à l'opinion qui voudrait faire de la tumeur tubaire une métastase cancéreuse. Mais, outre que le carcinome secondaire des trompes, dans le cas de néoplasme végétant des ovaires, est chose assez rare, les lésions des deux organes ne se présentent pas au microscope sous un aspect absolument identique.

De plus, dans les cas de noyaux métastatiques, les bourgeons épithéliaux n'atteignent jamais un volume pareil et sont toujours disséminés à la surface séreuse de la trompe. Comment concilier ces faits reconnus avec la présence du bourgeon énorme dans la trompe gauche, et avec la destruction par le néoplasme d'une partie notable de la paroi tubaire?

Enfin, si l'examen microscopique n'a pas permis d'affirmer, d'une façon irréfutable, l'origine salpingienne de la tumeur

précitée, il n'en a pas moins montré que, à une certaine distance de l'extrémité fimbriale de la trompe gauche, « le revêtement épithélial du conduit a proliféré sous forme d'élevures de plus en plus massives, irrégulières, et qui prennent le caractère néoplasique. »

Nous ne voulons pas insister plus qu'il ne convient sur l'hypothèse d'une dégénérescence de l'hydatide de Morgagni, quoique, à la rigueur, elle ne soit pas impossible à soutenir. Si les lésions des ovaires étaient nettement primitives, on pourrait admettre une infection secondaire des deux hydatides et, en particulier, de l'hydatide gauche, qui aurait ultérieurement contaminé la trompe correspondante par le mécanisme que nous avons exposé plus haut.

Il nous semble cependant plus rationnel d'admettre qu'il s'agit probablement d'un épithélioma primitif de la trompe de Fallope, et cela en raison du volume du néoplasme, de la destruction de la paroi tubaire et des caractères histologiques de la tumeur. Les lésions des ovaires, lésions si communes d'ailleurs, pourraient bien être absolument indépendantes de l'affection tubaire.

Il n'est pas toujours facile, comme on le voit, de déterminer si un cancer de la trompe est primitif. Y a-t-il au moins des règles qui permettront de le faire dans la majorité des cas ? Nous le croyons et nous allons donner celles que nous estimons être les plus utiles :

1° Plus la tumeur a son point d'implantation loin des orifices de la trompe, surtout de l'orifice utérin, plus il y a de chances pour qu'il s'agisse d'un cancer primitif. Ceci ressort de ce qui a été étudié plus haut. On y a vu, en particulier, que l'extrémité utérine de l'oviducte était le plus souvent indemne.

2° En comparant le volume de la tumeur salpingienne avec les noyaux cancéreux des organes voisins (utérus et surtout ovaires) on constate, la plupart du temps, que ce volume est de beaucoup supérieur à celui desdits noyaux. C'est ce qui a permis à A. Doran (obs. IV) de conclure en faveur d'un carcinome tubaire. Dans le cas en question (1), au moment de l'opération, on note que l'ovaire droit petit, cancéreux, ne put être enlevé en entier ; son volume ne pouvait être comparé à celui de la masse molle, bourgeonnante qui emplissait la trompe droite. *Or, le carcinome de l'ovaire atteint rapidement de grandes dimensions* et même dans l'observation personnelle que nous venons de relater, où les ovaires malades sont plus volumineux que la trompe, il n'est pas impossible de soutenir qu'un pareil bourgeon néoplasique dans le pavillon, d'origine secondaire, correspondrait à des kystes végétants occupant une grande partie de l'abdomen.

3° Les carcinomes secondaires des trompes se développent généralement avec difficulté *et ils ont leur point de départ au niveau de la séreuse*. On ne constate pas, en général, d'infiltration des parois tubaires ou tout au moins pas d'infiltration étendue. C'est ainsi que Winter a vu un nodule cancéreux de l'ovaire qui avait bourgeonné à travers les parois de la trompe et formé une élevure fongueuse dans la cavité sans déterminer d'autres lésions de ces parois. Kiwisch,

(1) Doran avait d'abord cru qu'il s'agissait d'un sarcome. Il est d'avis que l'ovaire a été infecté secondairement par la voie du ligament large.

d'autre part, a vu les oviductes complètement entourés par des masses provenant d'un carcinome de l'ovaire sans lésions secondaires de ces conduits (1).

4° L'examen histologique minutieux permettra de reconnaître si et dans quelques conditions la muqueuse tubaire prend part au processus néoplasique.

(1) Une source d'erreur peut être la présence d'un hydrosalpinx couché sur un ovaire cancéreux. On peut alors trouver quelques noyaux néoplasiques dans la cavité tubaire. Klob et Fabricius en ont rapporté des exemples mais ils ne s'y sont pas trompés.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous n'avons pas la prétention en écrivant ce chapitre de fixer d'une façon définitive la symptomatologie des tumeurs malignes primitives de la trompe utérine. Les symptômes observés sont bien souvent peu caractéristiques. Il n'en est pas moins vrai que par leur ensemble, ils pourront quelquefois mettre sur la voie du diagnostic, aujourd'hui que tout le monde admet le cancer primitif de l'oviducte et qu'on sera porté plus souvent à le rechercher.

Quoiqu'il ne soit pas prudent d'être absolu en ces choses, il est hors de doute qu'on devra surtout penser à un cancer tubaire quand on aura affaire à une femme souffrant depuis longtemps des annexes, présentant des symptômes de salpingite chronique qui le plus souvent a été purulente mais qui depuis longtemps ne l'est plus. On aurait tort à notre avis de compter absolument sur des antécédents de ce genre, puisqu'il nous a été donné d'observer une malade dont le passé gynécologique était absolument indemne de tout accident.

Ceci dit, que peut-on observer dans ces cas :

1° *Douleurs* surtout marquées dans la région du foyer morbide, douleurs irradiant volontiers dans les

jambes et sujettes à des aggravations, à des exacerbations le plus souvent subites et ressemblant, d'après Sängér, « à celles qui se produisent après la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire ».

Ces crises douloureuses sont notées dans bon nombre d'observations. Elles sont surtout bien décrites dans certaines d'entre elles et en particulier dans la première de Hubert Roberts, que nous donnons presque in extenso.

S'il s'agit d'une femme ayant déjà présenté des accidents du côté des annexes, la réapparition des douleurs, quand ces dernières ont cessé depuis de longues années, est un bon signe en faveur de l'apparition du cancer.

2° *Troubles de la menstruation.* — Nous avons vu que le cancer de l'oviducte faisait de préférence son apparition vers le ménopause. Si les menstrues existent encore, on notera particulièrement des irrégularités et même des ménorrhagies. La malade de Hofbauer présentait des ménorrhagies depuis trois ans.

Dans certains cas, on a la menstruation à type tubaire : les règles ne se produisent que d'une manière anormale, à des intervalles longs ou courts qui sont parfois suivis de pertes de sang abondantes.

Mais les troubles de la menstruation ne sont pas toujours, à beaucoup près, aussi accusés. La malade de notre observation XXIX, dont les règles venaient régulièrement, avait seulement remarqué que depuis un certain temps elles étaient plus séreuses que de coutume.

3° Un autre signe, mais d'une importance beaucoup plus grande, consiste dans les écoulements vaginaux qui se produisent suivant deux modes différents : ou bien ils ont lieu pendant un assez long espace de temps, la malade remarque un écoulement aqueux, sanieux même, qui peut durer jusque six mois pour ainsi dire sans interruption ; ou encore, le liquide s'échappe subitement en quantité plus ou moins notable. Ces décharges reviennent alors à des intervalles longs ou courts, sans qu'on puisse noter de périodicité.

Le plus ordinairement le liquide évacué est aqueux. Il est parfois mélangé de sang ou de substances glai-reuses, de couleur jaune citron. Il peut encore être faiblement séreux, quelquefois purulent et peut aussi contenir, dans ces cas, du sang de quantité et d'aspect variables.

Ce signe n'est malheureusement pas constant ; il ne peut exister que lorsque l'ostium utérinum est perméable, et, comme nous l'avons vu plus haut, cette disposition est loin d'être la règle. D'ailleurs, ce phénomène connu sous le nom d'*hydrops tuboe profluens* n'est pas spécial aux néoplasmes de la trompe utérine (1) ; on le rencontre parfois dans les salpingites kystiques ; aussi ce signe isolé ne serait-il pas d'un grand secours.

Ces écoulements vagineux intermittents présentent avec les crises douloureuses des rapports qu'il importe de bien mettre en lumière. Nous ne pouvons mieux

(1) Il ne permet pas non plus de décider si la tumeur est maligne ou non. On la trouve, en effet, dans les cas de papillomes bénins.

faire que de citer un passage de l'observation du Dr Roberts (Obs. XXXIV).

« La malade a été en complète bonne santé jusqu'en mars 1896. Elle fut alors saisie de frissons et de tremblement ; le matin même elle avait eu beaucoup de mal dans le bas ventre. Aucun médecin ne fut appelé : la malade se traita elle-même pendant une semaine jusqu'à ce que la douleur cesse, *mais à cette douleur succéda un écoulement jaunâtre, épais, profus*. Elle vit un médecin plus tard qui la traita pour de la leucorrhée. L'écoulement devint peu à peu clair et aqueux, mais non infect.

» En juillet 1896, il y eut une seconde attaque de douleur violente dans tout l'abdomen : cet accès dura deux heures, et l'on crut à une violente indigestion. La malade remarqua de nouveau un écoulement vaginal aqueux.

» En novembre 1896, troisième crise qui fut très aigüe et dura trois ou quatre jours. Depuis lors, la malade n'a plus souffert. Elle a remarqué qu'avec chaque accès douloureux apparaît de nouveau l'écoulement vaginal qui semble suivre les crises de douleurs abdominales. Elle n'a pas remarqué de tumeur. »

Dans une discussion devant l'*Obstétrical Society of London* (1898), le Dr H. Roberts a émis l'opinion que la douleur serait due dans ces cas, à la distension de la trompe. Elle cesse lorsque le liquide ayant acquis une certaine tension peut s'échapper par l'orifice utérin.

Les deux modes d'écoulement vaginal, continu et

intermittent, se sont présentés chez la même malade. Ainsi dans l'observation que nous venons de citer, la femme n'a plus souffert à la suite de ses trois violentes crises abdominales, mais « l'écoulement ne diminuait pas et il y avait une certaine augmentation du volume total des annexes. » De plus, conséquence naturelle de cet état de choses, on n'observa plus les débâcles qui avaient été remarquées antérieurement.

4° L'ascite est assez fréquente dans les tumeurs malignes de l'oviducte. Cela arrive notamment lorsque la poche kystique peut se vider dans le péritoine ou lorsqu'il y a des noyaux secondaires répandus çà et là à la surface de la séreuse. D'ailleurs, il est possible que le liquide s'échappe dans le péritoine sans production d'un liquide ascitique. Alban Doran aurait constaté ce fait dans un cas de papillome et voici l'explication qu'en donne le docteur Macrez (1).

« Avant la vomique salpingienne dans le péritoine, la cavité péritonéale peut être libre ou cloisonnée.

» Si aucune adhérence, aucun travail de défense ne s'est fait, le liquide s'écoule librement dans le péritoine et peut occasionner, sur toute l'étendue de la séreuse, une irritation qui aura pour résultat l'augmentation du liquide évacué par l'addition de sérosité péritonéale exsudée.

» Mais, si la cavité péritonéale a pu être prévenue en quelque sorte par une poussée subaiguë du côté de la trompe, des adhérences ont pu se former, une poche a pu se faire dans laquelle le liquide est venu ultérieure-

(1) *loc. cit.*

ment se déverser. C'est là une éventualité heureuse qui sauve la cavité de l'envahissement. »

5° L'amaigrissement, la diminution des forces, la cachexie qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic quand on a des raisons de croire qu'il s'agit d'une affection tubaire, n'apparaissent qu'à une période déjà avancée de la maladie.

6° Le toucher ne fournit que des renseignements insuffisants. On ne peut donner comme caractéristique que la forme en saucisse, ou selon l'expression de Sängér, la forme *en occarina*. Mais cette forme ne s'est présentée que dans un petit nombre de circonstances. Il sera possible de constater une diminution du volume de la tumeur après une décharge *per vaginam* ou après la production rapide d'une ascite.

Tels sont les principaux symptômes, tant subjectifs qu'objectifs, fournis par les tumeurs malignes primitives de la trompe utérine. Nous avons donc quelques points de repère qui pourraient conduire au diagnostic, « non en eux-mêmes et par eux-mêmes, » mais par l'ensemble qu'ils formeront, quand le clinicien aura la chance de les trouver réunis.

On sait encore peu de chose sur l'évolution du cancer de la trompe utérine. Il semble pourtant que sa marche soit apparemment plus lente que celle du cancer des autres viscères ; elle est sûrement beaucoup moins rapide que dans les cas de tumeurs similaires de l'ovaire.

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC. — TRAITEMENT.

A notre connaissance, on n'a pas encore porté, avant l'intervention opératoire, le **diagnostic** ferme de cancer primitif de la trompe utérine. C'est qu'il est extrêmement difficile de séparer ces tumeurs des tumeurs végétantes de l'ovaire ou encore à un stade moins avancé de leur évolution, des simples salpingites kystiques. Et on peut bien ajouter cette autre raison que, jusqu'ici, on n'a guère songé à rechercher l'épithélioma tubaire alors que des hommes comme Follin, Duplay et Schröder en niaient formellement l'existence.

Il est, en général, facile de faire le diagnostic des tumeurs malignes des annexes d'avec les tumeurs utérines de même consistance et de même allure clinique. Leur non-continuité avec la matrice, l'absence ordinaire de métrorrhagies et enfin les renseignements fournis par l'hystérométrie suffiront à les faire distinguer.

Quant à aller plus loin, à faire le départ entre le cancer de l'oviducte et celui de l'ovaire, nous ne

croyons pas que ce soit possible dans la majorité des cas. D'autres viendront, sans doute, qui nous en trouveront les moyens. Peut-être même nous consolent-ils en prouvant que le traitement n'y est pas directement intéressé. Quoiqu'il en soit nous n'avons pas présentement la possibilité de séparer ces tumeurs. Aussi disons-nous avec M. le professeur Duret :

« La symptomatologie des épithéliomes ressemble considérablement à celle des tumeurs végétantes des ovaires. Le diagnostic ne peut être tenté qu'après l'évacuation du liquide. On pourra par le palper abdominal ou le palper bi-manuel, reconnaître la présence des paquets de végétations, s'ils sont assez développés et accessibles ; mais il sera toujours difficile d'affirmer, en l'état actuel de nos connaissances, si le néoplasme appartient à la trompe plutôt qu'à l'ovaire. » Cependant, il y a des cas où l'on sera amené à penser à un cancer de l'oviducte. Ce sera dans ces circonstances déjà observées où, chez une femme présentant les signes d'une tumeur maligne des annexes, tumeur reconnue telle d'après la durée de l'évolution, l'état général plus ou moins précaire du sujet, la sensibilité ou la douleur tant spontanée que provoquée de la région et la participation possible des parties voisines à la tuméfaction on pourra constater en même temps un écoulement vaginal sanieux durant depuis un certain temps, coïncidant naturellement avec l'intégrité de la muqueuse utérine. Le diagnostic deviendrait plus probable encore si on observait de véritables décharges de ce même liquide sanieux, parfois sanguinolent, décharges qui

marquent la fin de crises douloureuses aiguës et qui coïncident avec une notable diminution de volume de la tumeur annexielle. Alban Doran ne diffère pas beaucoup de notre manière de voir lorsqu'il écrit :

« Quand une malade qui a passé 45 ans, qui a été sujette à une inflammation pelvienne, présente une aggravation soudaine et certaine des signes suggestifs et objectifs, on doit soupçonner le cancer. Un écoulement de liquide sanieux ou spécial, dans ces cas, accroit la possibilité de la malignité. »

Au point de vue du **pronostic**, Sängér s'exprime ainsi : « D'après l'issue des cas connus jusqu'à ce jour de carcinome tubaire primitif, le pronostic à porter est relativement favorable. » Et, en effet, sur les dix-sept cas qu'il rapporte, il trouve sept observations où la guérison fut définitive.

Nous avons cru utile de réviser cette statistique de l'auteur allemand, qui date de 1895. De plus, nos observations portent avec trente cinq cas de tumeurs épithéliales ou conjonctives, ce qui n'est pas non plus dépourvu d'intérêt. Voici ce que nous constatons :

D'abord, plusieurs des cas considérés comme guéris par Sängér et Barth ont récidivé, tels sont en particulier ceux d'Eberth et Kaltenbach et de Landau.

Ensuite, nos trente-cinq observations se décomposent ainsi :

Trois cas proviennent d'autopsie.

La récurrence est mentionnée *seize fois*, dans des délais variables, mais dans une moyenne qui paraît être de six mois environ.

Quatre fois les patientes sont mortes pendant l'intervention ou dans les premiers jours qui l'ont suivi (septicémie, iléus).

Cinq fois il n'y a pas de détails sur les suites opératoires éloignées, ou le cas est trop récent pour qu'on puisse se prononcer.

Enfin, nous trouvons aussi 7 cas de guérison. Mais si nous examinons de plus près ces sept relations, nous y voyons que les malades n'ont pour la plupart été suivies que quelques mois, ce qui nous rend singulièrement réservé sur la question du pronostic. On ne peut croire à la guérison complète que chez la malade de Veit (obs. VI) qui était en bonne santé sept ans plus tard ; on est en droit d'espérer celle des malades de Fearne (obs. XV) et Tuffier (obs. XVI) bien portantes 19 mois et un an après l'opération.

Nous voilà un peu loin d'un pronostic : « relativement favorable. » Cependant, nous dirons volontiers avec Pfammenstiel que la notion de carcinome, en particulier, n'est pas absolument équivalente de malignité. Si l'on se reporte au cas de Sängér (obs. XIV) on voit que la néoformation était limitée aux deux tiers externes de la trompe droite *et que la paroi tubaire n'était pas encore traversée par le néoplasme*. On pouvait aussi exclure la possibilité d'une lésion future de la matrice, puisque cet organe avait été exploré peu de temps avant l'exploration et trouvé sain ; il n'y avait de métastases ni dans l'ovaire ni sur le péritoine. On peut donc espérer une guérison définitive comme dans les extirpations totales et suffisamment précoces

de l'utérus atteint de tumeur métatypique (adénome malin) du corps, alors que le néoplasme n'a pas encore envahi la tunique musculuse. L'opérée de Säger était encore en bonne santé sept mois après l'opération.

Nous n'avons pas beaucoup de détails sur le cas de Fearne ; nous savons seulement que les viscères voisins n'étaient pas infectés. Il en était de même dans celui de J. Veit. Dans l'observation de Tuffier, où la tumeur nettement pédiculée *avait été prise pour un hématocèle rétro-utérine*, on note qu'au niveau du pédicule, la paroi tubaire était entièrement détruite. On trouve des boyaux épithéliaux, rares et grêles, il est vrai, et « de belles travées conjonctives, fibreuses, qui s'élèvent et pénètrent en divergeant dans la tumeur. » Mais malgré cet envahissement complet des tuniques de la trompe en ce point limité, il n'y eut pas de récurrence car le pédicule était exceptionnellement étroit et la section de l'oviducte avait porté sur un point absolument sain, indemne de toute lésion épithéliomateuse.

Des cas de ce genre paraissent pourtant ne devoir se montrer que très rarement. C'est pourquoi, nous reportant à notre statistique, nous croyons que la présence d'une tumeur papillaire de la trompe, reconnue au microscope pour être du sarcome ou de l'épithéliome, ou présentant des noyaux métastatiques de voisinage, doit faire porter un pronostic très réservé.

TRAITEMENT. — Dans les cas où on aura la chance de tomber sur un néoplasme bien limité, contenu dans une poche fermée ayant les apparences d'un hydrosal-

pinx et n'ayant pas détruit les tuniques de l'oviducte, il paraît bien suffisant d'enlever la trompe malade, surtout si l'extrémité utérine de celle-ci est saine, ce qui arrive assez souvent. Cependant, pour peu que l'autre trompe paraisse lésée, alors même qu'il ne s'agirait que d'altérations inflammatoires banales, il conviendrait de faire une *salpingectomie double*, car on ne doit jamais oublier que la salpingite chronique est un bon terrain pour le développement des tumeurs malignes de la trompe utérine.

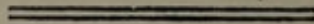
M. Eckardt va plus loin. Il recommande l'extirpation bilatérale des annexes et l'amputation supra-vaginale de l'utérus. Cependant cet opérateur lui-même s'est borné au simple enlèvement de la tumeur : c'est que l'état de faiblesse avancée de sa malade l'empêcha d'en faire plus.

L'opinion d'Alban Doran est la suivante :

« Plusieurs opérateurs enlèvent l'utérus avec les appendices cancéreux, ce qui est une bonne façon de faire à plusieurs points de vue. Mais le bout utérin de la trompe cancéreuse peut être sain, tandis que trop souvent les viscères adjacents sont infectés. Dans de tels cas, la simple extirpation de la trompe malade est la meilleure opération. La laparotomie est préférable aux opérations vaginales quand on a pu soupçonner cette affection, car il est important de voir si quelque autre partie voisine est infectée. »

Enfin, pour M. le professeur Duret : « En l'absence d'éléments précis pour le diagnostic précoce, il sera rarement possible d'entreprendre une opération hâtive,

pourtant désirable : la *salpingectomie* suffirait alors à enrayer le mal. Dans les cas plus avancés, mais limités aux annexes et aux organes pelviens, s'il n'y a que des greffes superficielles, on prolongera l'existence des malades, on leur épargnera les douleurs, en pratiquant au besoin, une *castration abdominale totale*. »



OBSERVATIONS

I

(Senger — *Centralbl. f. Gynäk.*, 1886, p. 601).

Femme de 51 ans, qui mourut dans le coma diabétique.

La cavité du cul-de-sac de Douglas était remplie de brides fibreuses et les deux trompes présentaient des lésions considérables.

La trompe gauche était normale dans la première partie de sa portion utérine (environ 1 centimètre 1/2); mais au delà elle était transformée en une poche renflée, du volume d'un œuf de pigeon, et donnait la sensation d'une masse semi-fluide : à l'intérieur, on trouvait une tumeur jaunâtre dont la cohésion diminuait au fur et à mesure qu'on se rapprochait du centre; elle se présentait sous une forme arrondie, poly-piforme. La poche était remplie par un liquide couleur chocolat. La cavité tubaire n'était libre qu'en quelques points. Le parovarium restait introuvable; l'ovaire était atrophié.

La trompe droite ne présentait également pas d'altérations dans sa portion initiale; mais à 2 centimètres de l'utérus, elle se dilatait en un kyste donnant la sensation de fluctuation. A partir de ce point, elle se dilatait de façon à former une seconde tumeur. L'ovaire et le parovarium étaient normaux.

Enfin, dans le cul-de-sac de Douglas on trouva une tumeur large comme une pièce de 50 centimes.

L'étude histologique de ces pièces montra que les formations polypiformes se résumaient en une série d'altérations papillaires ; elles étaient constituées par du tissu conjonctif délicat englobant dans ses mailles des cellules rondes dont la dimension était à peu près celle des globules blancs du sang. Le centre de chaque papille était occupé par un réseau vasculaire abondant et la base par du tissu conjonctif et les cellules rondes. En présence de ces faits, Senger n'hésita pas à porter le diagnostic de *sarcome* à petites cellules rondes.

Un point, toutefois, reste difficile à expliquer : c'est la présence au sein du tissu sarcomateux, d'utricules glandulaires, tapissées par un épithélium cylindrique et pourvues d'une membrane propre. Senger estime que ces formations ont pour point de départ les glandes altérées du parovarium.

II

(Gottschalk — *Centr. f. Gyn.* 1886, p. 727).

Femme de 57 ans, ayant eu trois enfants. Souffre depuis trois mois de l'hypogastre surtout à droite. On trouve à droite de l'utérus une tumeur du volume d'une noix. La matrice était en position normale. Derrière la petite tumeur se trouvait une grosse masse du volume d'une pomme. On pouvait sentir en outre dans le cul-de-sac de Douglas de petits noyaux durs.

A l'opération faite par Landau, la grosse masse se trouva être un kyste hématique situé entre la petite tumeur antérieure et l'ovaire. Cette dernière tumeur, de nature sarcomateuse, siégeait dans la portion abdominale de la trompe droite dont la lumière était perméable. Il n'est pas question

d'ascite. Le péritoine présentait des traces de métastases.

Mort quatre jours après l'opération. Pas de nécropsie.

Au microscope, il s'agissait d'un *sarcome* à petites cellules fusiformes.

III

(ORTHMANN.— *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gyn.* 1888, Bd XV, p. 212).

Femme de 46 ans, veuve. Mariée durant trois ans. Aurait eu un avortement (?) un an et demi avant la date de l'opération. Durant la convalescence d'une fièvre typhoïde, on constate à droite de l'utérus l'existence d'une tumeur apparue depuis peu. Il s'établit alors une leucorrhée peu intense. Périmétrite à gauche.

L'opération est pratiquée par Martin. On trouve un *carcinome* papillaire ayant pris naissance vers l'extrémité abdominale de la trompe. L'ostium communiquait avec une cavité purulente. On rencontre des nodules cancéreux dans le cul-de-sac vésico-utérin. Les ganglions pelviens étaient hypertrophiés. On trouve enfin un volumineux abcès de l'ovaire droit.

Lésions supuratives des annexes gauches.

La malade meurt le sixième jour.

IV

(A. DORAN. — *Trans. Path. Soc.*, vol. XXXIX, p. 208, 1888
et vol. XL, p. 221).

Femme de 48 ans, mariée. A eu un enfant il y a 22 ans. Ménopause il y a six mois.

Ecoulement vaginal aqueux, puis sanieux. Périmétrite après

curettage ; ensuite , apparition d'une tumeur à droite de l'utérus.

En tout, les symptômes durent depuis trois ans, à l'époque de l'intervention opératoire, le 1^{er} mars 1888.

Opérateur : M. Thornton.

On trouve une masse cancéreuse molle, bourgeonnante, ayant pris naissance dans les parois de la trompe droite. *L'ostium abdominale* est clos. Liquide sanieux dans le canal tubaire. L'ovaire droit est petit, cancéreux. Il ne peut être enlevé en entier.

Les annexes gauches sont extirpées comme étant atteintes de vieilles lésions inflammatoires. Doran, qui examine alors les pièces anatomiques, ne trouve aucun noyau morbide soit dans la trompe gauche, soit dans l'ovaire correspondant.

L'observation note également que le moignon de ces mêmes annexes gauches était certainement sain. Il en était de même pour l'utérus.

Au commencement d'août 1888, l'opérée se maintenait en bonne santé. Le dix de ce mois, elle eut une attaque d'obstruction intestinale aiguë pendant un séjour au bord de la mer. Un mois plus tard, on découvrait dans la région hypogastrique une masse volumineuse entourant l'utérus mais plus grosse à gauche qu'à droite. Pendant une huitaine, la malade avait eu froid et des douleurs dans le dos, l'hypogastre et les membres inférieurs. La leucorrhée avait apparu.

La tumeur était mobile, mais à la fin d'octobre, elle augmenta de volume et perdit de sa mobilité. A cette époque, la patiente se confie au Dr Calthrop. Celui-ci note l'accroissement du néoplasme, un écoulement peu abondant et de grandes douleurs. Vers le milieu de décembre, la tumeur pouvait-être sentie presque au niveau de l'ombilic. Au toucher, toutes les parties sont déformées surtout à droite par la compression de masses irrégulières, cancéreuses.

La mort a lieu le 23 janvier 1889. La masse néoplasique avait subi un accroissement rapide dans les derniers temps de la maladie.

La femme âgée alors de 49 ans, avait survécu à l'opération près de onze mois solaires.

Le Dr A. Routh put examiner l'abdomen après la mort. Il trouva le bassin obstrué dans tous les points par des masses de nouvelle formation. Les intestins étaient envahis et adhérents. On trouvait des noyaux secondaires le long des ganglions, mais le foie était indemne.

Les viscères pelviens furent enlevés et remis à A. Doran. Ils comprenaient l'utérus avec les tronçons des annexes, la partie supérieure du vagin, la vessie avec une portion de l'urèthre et une petite partie de la paroi antérieure du rectum.

L'utérus mesurait 3 pouces et demi de son fond à son orifice externe. De larges adhérences membraneuses reliaient sa face antérieure et la tunique séreuse de la vessie surtout à gauche. Ces adhérences semblaient dues à une péritonite récente. Aucune ne venait des annexes droites pour aboutir à l'utérus ou à la vessie.

Le col était épais et mou. Son orifice externe circulaire et entier. Dans la portion vaginale du col on ne trouva aucune trace d'ulcère malin, de tumeur solide ou de perte de substance, mais la muqueuse était parsemée de très petits dépôts secondaires.

Les parois de la vessie étaient épaissies et sa cavité spacieuse. La muqueuse était très injectée. On y trouvait, de plus, d'abondants noyaux secondaires formant des taches blanchâtres, légèrement surélevées.

Une masse néoplasique sphérique ayant trois quarts de pouce de diamètre, est située à droite du col dans le cul-de-sac postérieur. Elle représente évidemment la portion de l'ovaire droit cancéreux que l'opérateur n'a pu enlever. M. Thornton ne devait pas avoir laissé une grande partie de cet ovaire malade, car la masse n'avait pas un pouce de diamètre, lors de la mort, près de onze mois après l'intervention. Il faut en conclure que l'ovaire cancéreux tout entier devait être très petit le 1^{er} mars 1888. A. Doran ajoute que ce fait est en

faveur de sa manière de voir et, considérant les grandes dimensions du néoplasme de l'oviducte, il croit que l'ovaire droit n'était pas le siège de la tumeur primitive.

Le pédicule des annexes droites (qui comprenaient la trompe cancéreuse), était entièrement cicatrisé et ne présentait aucun dépôt de tumeur maligne. Ce qui restait du canal tubaire était converti en une cavité kystique, parfaitement close et contenait des caillots partiellement décolorés.

Le moignon des annexes portait deux volumineuses masses néoplasiques, ayant chacune un pouce de diamètre. L'*ostium uterinum* était fermé. L'infection devait avoir commencé après l'opération, car les annexes de ce côté n'étaient pas cancéreuses à l'époque où elle fut pratiquée, quoique altérées par une vieille péritonite.

En ouvrant la cavité utérine, on constate que sa muqueuse comme celle de la vessie, porte un grand nombre de petites élevures blanchâtres formées par des dépôts secondaires. Ces dépôts ont pénétré par places jusqu'à la musculuse. Le canal cervical était altéré de la même façon ainsi que la muqueuse vaginale. On ne put trouver de tumeur solide circonscrite dans les parois utérines ni aucune ulcération spécifique de la muqueuse.

Ainsi l'infection cancéreuse s'était étendue à la muqueuse utérine et aux annexes gauches. Les débris de l'ovaire droit cancéreux ne s'étaient accrus que lentement. Les portions de néoplasme laissées au cours des interventions chirurgicales croissent ordinairement plus vite.

Examen microscopique. — Les masses végétantes des annexes gauches consistaient en un tissu cancéreux des plus caractéristiques, mélangé à du tissu connectif et à de la graisse. Les trabécules étaient plus larges que dans la tumeur de l'ovaire droit. Le tissu conjonctif dont elles étaient formées était en certains points dense, squirrheux; dans d'autres points il était plus lâche. Infiltration de petites cellules en certains endroits, quoique généralement moins diffuse que

dans la tumeur tubaire primitive. Dans les parties les moins serrées des trabécules, on notait la présence de nombreux trous ovales ou circulaires à contours réguliers. Doran les prit d'abord pour des vaisseaux à parois minces, mais il ne put découvrir d'endothélium. Quelques-uns de ces trous représentaient peut-être une dégénérescence mucoïde du stroma. Comme cependant il trouva dans beaucoup d'entre eux des amas de grandes cellules, l'éminent anatomo-pathologiste conclut que la plupart de ces trous étaient de très petites alvéoles.

Les espaces aréolaires séparés par les trabécules étaient bien limités et souvent largement éloignés les uns des autres à cause de l'épaisseur des travées conjonctives. Les cellules contenues dans ces espaces étaient grandes et semblables à celles qui remplissaient les alvéoles de la tumeur primitive. Ces éléments n'avaient pas subi des modifications avancées comme celles que l'on constatait dans la tumeur qui avait envahi l'ovaire droit. Nulle part on ne trouvait de fibres issues des trabécules et traversant les alvéoles entre les cellules. *En fait, il s'agissait franchement d'un carcinome et non d'un sarcome.*

V

(EBERTH et KALTENBACH. — *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*
vol. XVI, 1889, p. 357).

Femme de 50 ans, mariée. Stérile. Ménopause depuis 6 mois. Sujette depuis 4 ans à un écoulement vaginal continu d'un liquide aqueux et sanieux. Au toucher, on constate à gauche de l'utérus la présence d'une tumeur en forme de masse de consistance élastique. Petit myome sous-péritonéal.

Pendant les huit semaines qui précèdent l'opération, douleurs prédominant dans la moitié droite du bassin avec

irradiations vers l'épigastre et les extrémités inférieures. Opération le 11 juillet 1888.

Les deux oviductes furent trouvés cancéreux : le gauche était aussi gros qu'une prune, le droit avait le volume du poing. Ils sont remplis tous deux d'excroissances papillomateuses, médullaires ayant pris naissance dans la muqueuse et empiétant sur la musculuse. Du côté droit, la néoformation faisait saillie sous le revêtement péritonéal de la trompe.

Ovaires et utérus paraissaient sains. Peut-être s'agissait-il d'un papillome bénin dégénéré.

Récidive. Mort en moins de 18 mois.

VI

(J. VEIT. — *Zeit. f. Geburtsh. u. Gyn.*, vol. XVI, 1889, p. 212).

Femme 36 ans, mariée.

Douleurs à l'hypogastre, fièvre. Tumeur dans le côté gauche du bassin.

A l'interrogatoire, la femme déclare souffrir « depuis longtemps. »

A l'opération, *carcinome* papillaire de l'oviducte gauche. Les masses néoplasiques sont situées dans un pyo-salpinx. Les organes voisins et le péritoine ne sont pas intéressés.

La malade était en bonne santé environ sept ans après l'opération (janvier 1895).

VII

(JANVRIN. — *New-York Méd. Journal*, 1889, p. 609).

Sarcome tubaire enlevé pendant la vie.

La trompe présentait un diamètre de quatre centimètres, la lumière était conservée et tapissée par un épithélium

normal. Mais entre le péritoine et la cavité centrale, il s'était développé une tumeur composée de tissu conjonctif embryonnaire, de tissu muqueux et de cellules polymorphes. Il s'agissait donc d'un *myxo-sarcome*, développé aux dépens de la musculieuse.

VIII

(SANGER. — *Verhandl der Gesellschaft für Geburtshülfe zu Leipzig*, 1890-91, p. 30).

Une femme de 42 ans constate que depuis six mois son ventre a commencé à augmenter de volume.

On diagnostique un kyste du parovaire gauche et, en outre, une affection annexielle chronique des deux côtés.

La trompe gauche présente l'aspect d'une portion d'intestin ; c'est une masse renflée, consistante. La trompe droite est adhérente à l'ovaire.

En ouvrant la trompe gauche, on constate que l'intérieur de celle-ci est hérissée de végétations papilliformes : il existe environ une douzaine de papilles en forme de champignon, rappelant assez exactement les condylomes acuminés. On retrouve des formations analogues à droite, mais elles y présentent un moindre développement.

La malade mourut six mois plus tard après avoir présenté de la généralisation dans l'utérus et les ganglions inguinaux.

L'étude histologique des pièces donna les résultats suivants :

Les végétations polypiformes les plus volumineuses étaient constituées par des amas encapsulés de petites cellules arrondies, affectant des rapports plus ou moins étroits avec des cordons alvéolaires de cellules épithéliales. Quant aux

papilles, elles étaient recouvertes, en général, par un épithélium cylindrique.

Sänger conclut en disant que son observation se rapporte à un cas de sarcome à petites cellules arrondies de la muqueuse tubaire; mais cette tumeur offre ce caractère particulier que des éléments épithéliaux prennent part à sa constitution.

IX

(Landau et Rheinstein. — *Arch.f. Gynäk*, vol. XXXIX, 1871, p. 273).

Femme de 46 ans, mariée, stérile, menstruation régulière. Utérus repoussé à droite par un hydrosalpinx gauche; tumeur siégeant dans le côté droit du bassin.

Douleurs hypogastriques depuis deux ans.

Opération. — La trompe droite contenait une masse végétante de cancer médullaire (grandes alvéoles et stroma peu abondant). Pas d'infection de voisinage. On trouve un demi-litre de liquide aqueux dans la trompe gauche qui n'est pas enlevée.

Récidive dans les dix mois et mort rapide. Noyaux secondaires durs dans l'abdomen. Ascite.

X

(W. ESSEX-WYNTER. — *Trans. Path. Soc.*, vol. XLII, p. 222.)

50 ans. Célibataire. N'avait jamais eu d'enfant.

Ecoulement vaginal sanguinolent depuis quelques mois. Douleurs à l'hypogastre trois jours seulement avant la mort. La durée totale de la maladie n'avait pas dépassé 4 mois.

On trouve à l'autopsie une masse bourgeonnante de cancer encéphaloïde située au niveau de l'*ostium abdominale* (trompe

droite) et communiquant avec un kyste situé en dehors de la trompe et de l'ovaire, gros comme un œuf d'autruche. Ce kyste semblait communiquer avec la cavité de la trompe qui était remplie de sang.

Les viscères et le péritoine étaient sains.

XI

(ZWEIFEL: — *Vorlesungen über Klin. Gyn.*, 1892, p. 139.)

Femme de 46 ans ; mariée. 1 enfant. Règles toujours régulières. Depuis environ 9 mois, abondant écoulement vaginal aqueux. Douleur abdominale. Emaciation. Deux tumeurs sont senties l'une à droite, l'autre à gauche, à travers les parois abdominales.

A l'opération, masses molles, villeuses de carcinome papillaire dans les trompes de Fallope dilatées. L'utérus est enlevé : il n'était pas cancéreux.

Les autres organes sont sains.

La malade a survécu 1 an et demi environ.

La tumeur était nettement papillaire. Sa masse molle était formée de saillies ayant l'aspect de papilles choriales. Au microscope, on croyait avoir affaire à un sarcome à cellules rondes, mais on découvrit autour de l'axe vasculaire des villosités une couche de cellules à gros noyaux, de caractère nettement épithélial. En outre, dans la paroi épaissie de la trompe, il y avait de petits amas cancéreux métastatiques.

XII

(WESTERMARK et QUENSEL. — *Nordiskt méd. Arkiv.*, vol. XXIV, 1892.

45 ans. Célibataire. A eu un enfant il y a vingt ans. Menstruation toujours régulière.

Depuis un an, douleurs à la région hypogastrique et métrorrhagies. Grosse tumeur dans le côté droit du bassin ; tumeur plus petite à gauche et au-dessus de l'utérus.

Cancer papillaire des trompes. Dégénérescence kystique des ovaires et des trompes. L'ovaire droit paraît malade.

Guérison opératoire.

Récidive au bout de deux mois. Mort dans les cinq mois.

Autopsie. — Endométrite. Ganglions pelviens dégénérés. Noyaux secondaires dans le foie (1).

XIII

(A. ROUTIER. — *Annales de Gynécol. et d'Obst.* 1893, 1^{er} sem. p. 39).

M^{me} X..., âgée de 60 ans, me fut envoyée le 16 novembre 1892, à l'Hôtel-Dieu, où j'étais chargé d'un service ; elle présentait une tumeur ayant tous les caractères d'un kyste de l'ovaire ; le ventre était asymétrique, soulevé par la tumeur plus du côté droit que du côté gauche, les deux flancs étaient sonores, la ligne de matité limitant la tumeur était à concavité inférieure, et toute la masse, qui du reste paraissait mobile, était tendue et légèrement fluctuante.

L'utérus petit, en antéversion était incliné vers la droite comme attiré en haut par le kyste qui bien que proéminent à droite semblait s'attacher à l'angle gauche de la matrice.

Cette femme toujours bien portante, avait été normalement réglée de 11 ans à 50 ans, et bien que mariée n'avait jamais eu de grossesse,

En 1890, vers la fin de l'année, elle s'aperçut que son ventre grossissait, en même temps qu'elle perdait ses forces et dut

(1) Ce cas est rapporté in *Centr. f. Gyn.* (Vol. XVII, pages 272 et 1197.)

cesser tout travail. A la fin de mai de 1891, elle éprouve une vive douleur dans le côté gauche du ventre ; puis une nuit elle perdit par le vagin une énorme quantité de liquide jaune citrin, ce qui la soulagea et amena une diminution notable de son ventre.

Entre temps, elle avait eu un gonflement notable de tout le membre inférieur gauche, qualifié de phlébite par un médecin.

En janvier 1892, elle consulta un de nos collègues des hôpitaux qui lui dit qu'elle avait un kyste de l'ovaire, et elle était même décidée à le faire opérer, lorsqu'elle fut reprise de douleurs violentes dans le ventre et obligée de s'aliter.

En février 1892, elle me fut adressée ; son ventre avait de nouveau diminué, mais on sentait une tumeur dure, l'état général était médiocre, *si bien que, diagnostiquant une tumeur maligne et pensant que l'ablation était périlleuse, je lui conseillai d'attendre.*

J'avais absolument oublié cette malade et mon diagnostic quand je la vis à l'Hôtel-Dieu, le 16 novembre.

Devant la netteté des symptômes, je me demandai pourquoi je l'avais, en février, dissuadée de l'opération, et dus, pour le savoir, interroger la personne qui me l'avait recommandée. J'appris alors, qu'en février, j'avais écrit qu'elle avait un cancer, et que mieux valait la laisser mourir de sa belle mort que de tenter une opération dont le succès me paraissait fort douteux.

C'est donc sur mon second diagnostic, c'est-à-dire en disant kyste ovarique, que j'ai entrepris l'opération le 22 novembre ; j'ajoute que cette femme avait repris un très bon aspect, et que son état général était très satisfaisant.

Le ventre ouvert, j'ai vu un gros kyste, comme une tête d'adulte, à parois couleur feuille-morte et jaunâtre.

J'en ai retiré un litre et demi environ d'un liquide noirâtre puis, j'ai pu extraire la masse, le pédicule assez difficile à faire à cause de la grosseur de la trompe, a été lié au ras de

la corne gauche de l'utérus. L'ovaire droit était atrophié, je l'ai laissé en place, puis j'ai recousu la paroi.

La pièce m'a paru curieuse ; elle était, en effet, formée d'une part par la trompe qui, presque immédiatement au-dessus de la section, c'est-à-dire à un ou un centimètre et demi de son insertion utérine, prenait de suite la grosseur et l'aspect d'un intestin rempli ; d'autre part par le kyste uniloculaire dont la paroi semblait se continuer partout avec la trompe comme si celle-ci s'était tout-à-coup dilatée.

Dans l'intérieur du kyste, il restait quelques masses fibrineuses, et sur ce point, on voyait un orifice bouché par un amas d'aspect fibrineux ; cet orifice n'était autre que l'ouverture de la trompe.

Je soumis cette pièce à M. le professeur Cornil qui, avec sa bienveillance accoutumée, m'a remis la note suivante que je donne *in extenso*, car, m'a-t-il dit, la lésion est des plus rares.

Examen par M. Cornil. — La trompe est très augmentée de volume, lisse à sa surface, a l'aspect et le volume d'une anse d'intestin grêle, elle est sinueuse, le pavillon dilaté en un énorme kyste du volume de la tête d'un fœtus. L'ovaire n'a pas été trouvé.

M. Cornil pense que cette poche dépend de la trompe, non de l'ovaire. A la coupe, la tumeur est remplie par une masse bourgeonnante ayant l'aspect de fibrine, mais plus résistante et ne se laissant pas dilacérer et en obturant complètement la lumière.

L'ouverture de communication de la trompe avec le kyste laisse échapper un gros bourgeon qui semble être une dépendance de la masse épithéliale.

Ces végétations ne rappellent en rien les végétations parfois énormes qu'on peut observer dans la salpingite chronique.

A l'*examen histologique* : La paroi musculaire n'est pas totalement hypertrophiée ; la trame conjonctive de la muqueuse est au contraire épaissie notablement, et de sa paroi interne partent de fines trabécules conjonctives qui limitent

de larges aréoles ; celles-ci sont remplies par de volumineuses masses épithéliales.

L'examen d'un de ces bourgeons épithéliaux montre des cellules adhérentes les unes aux autres. Au contact de la trame conjonctive, elles ont l'aspect cylindrique puis prennent l'aspect d'épithélium pavimenteux.

Le groupement des éléments cellulaires donne assez bien l'aspect de la couche de Malpighi.

Enfin, on trouve un grand nombre d'éléments en kariokinèse, fait qui plaide en faveur de la nature épithéliale de la tumeur.

Guérison opératoire complète. Malheureusement, la malade est ensuite perdue de vue.

XIV

(SANGER. — In Martin's *Krankheiten der Eileiter*, 1895, p. 253).

Femme entrée le 3 avril 1894 à la Polyclinique ; âgée de 45 ans. Depuis plusieurs années, règles toutes les quatre semaines seulement, pendant un jour et peu abondantes. Une grossesse avant l'âge de 20 ans. Fièvre pendant les suites de couches. Alitement de trois semaines. Depuis cinq mois perd tous les jours du sang ou de la sérosité sanguinolente.

Examen local. — Rétroversion de l'utérus hypertrophié. Endométrite chronique. Rupture ancienne du col ; ectropion. Accolée à la corne droite de la matrice on trouve une tumeur annexielle, irrégulièrement mamelonnée, du volume d'une pomme ; anciennes adhérences du côté des annexes du côté gauche, qui sont de petit volume.

Traitement. — Tiges de laminaire. L'augmentation du volume de l'utérus est due seulement à une hypertrophie chronique ; curettage qui n'amène que de petits fragments d'une mu-

queueuse atrophée. Thermocautérisation de l'ectropion du col.

Les hémorrhagies se suspendent pendant assez longtemps ; elles reparaissent à la fin pendant trois semaines environ et durent jusqu'à dix jours.

La tuméfaction annexielle gauche qui est accolée à la corne droite et au bord de l'utérus augmente peu à peu et de plus en plus ; elle est douloureuse spontanément et à la pression. A la fin de septembre, elle acquiert presque le volume du poing. En même temps, pertes abondantes, liquides, séro-sanguinolentes.

La forme plutôt ronde de la saillie, ses rapports étroits avec l'utérus font admettre qu'il s'agit d'une lésion de l'ovaire ; par suite de sa croissance rapide et des autres symptômes on décide son ablation.

Opération le 14 novembre 1894.

La tumeur située à droite a la forme et le volume d'un rein, elle est accolée à l'utérus, elle est reliée à cet organe et au fond de la vessie par des adhérences très vasculaires et assez récentes. La nature de ces adhérences permet de reconnaître qu'il s'agit probablement d'un sac-to-salpinx dont les parois sont distendues et de consistance ferme. Comme on présume que son contenu est purulent, on applique deux ligatures au niveau de la partie mince, juxta-utérine de la trompe et on sectionne entre ces ligatures. L'ovaire petit paraît comme aplati entre la trompe et la partie postérieure de l'utérus ; il est enlevé avec la trompe. On enlève aussi les annexes gauches atteintes de salpingite chronique et de péri-salpingo-oophorite. Guérison.

La trompe droite au niveau de sa portion utérine, près de la ligature, a l'épaisseur du petit doigt environ ; elle présente à ce niveau cinq ondulations en forme d'U et une longueur de six centimètres, puis se dilate brusquement en une saillie réniforme. L'extrémité abdominale de la trompe est oblitérée, on n'y trouve plus de franges.

La trompe est sectionnée longitudinalement le long du

méso-salpinx, mais au lieu de pus, on constate l'existence d'une saillie molle, encéphaloïde, dont on peut détacher, sur une certaine étendue, la paroi épaissie de la trompe ; entre cette paroi et la néo-formation de fins filaments s'accolent et s'introduisent.

Après avoir sectionné la trompe dans toute la partie interne de ce conduit, qui n'est pas envahie par le néoplasme et qui laisse pénétrer le petit doigt dans sa cavité, on écarte les bords sectionnés de la trompe et on constate que la moitié environ de la surface du néoplasme est libérée. Cette surface, de coloration gris-rougeâtre, parcourue de nombreuses et élégantes arborisations vasculaires, présente des dépressions séparées par des saillies en forme de plis aplatis, qui lui donnent une ressemblance frappante avec le cerveau d'un enfant. Cet aspect, dû à la présence de plis aplatis, ne rappelle en rien la structure papillaire. La consistance du néoplasme est médullaire, encéphaloïde.

Sur des coupes profondes de trois centimètres, le néoplasme a une coloration blanchâtre, légèrement grise, et elle est homogène sur un grand nombre de petits plis.

Le suc blanchâtre, laiteux, qui s'écoule de la surface examiné au microscope, présente, à côté de corps granuleux et de détritux, un grand nombre de formations volumineuses, ovales, claires, à contours nets, contenant un ou deux petits anneaux nettement limités ; ces formations, isolées ou en amas, ne sont pas des psorospermies, mais, comme l'examen des coupes a permis de l'établir ultérieurement, il s'agit de noyaux volumineux, gonflés, appartenant à des cellules épithéliales.

La trompe gauche ne contient qu'un peu de liquide séro-sanguinolent ; pas de néo-formation. Les deux ovaires sont atteints d'oophorite chronique atrophique.

Examen microscopique. — Par le durcissement à l'alcool, la tumeur a pris une consistance friable, presque caséeuse. Outre les sillons décrits plus haut et qui s'enfoncent en se

divisant dans l'intérieur de la trompe, on constate encore, en outre, un grand nombre de petits plis, de telle sorte que le néoplasme a une structure feuilletée. Sa surface présente une apparence finement papillaire.

La paroi tubaire, très amincie, est constituée comme dans l'hydrosalpinx par un tissu conjonctif dense, pauvre en cellules ; la musculuse est entièrement ou partiellement atrophiée ; il y a de rares vaisseaux. Nulle part on ne trouve de foyers métastatiques néoplasiques dans cette paroi et sur une préparation seulement on voit un prolongement de la tumeur s'enfoncer dans l'épaisseur de cette paroi. Les parties les plus profondes du néoplasme et qui sont en contact avec la paroi tubaire sont formées de trainées parallèles de grosses cellules cylindriques qui convergent par leurs bases et ne sont séparées que par une mince couche de tissu conjonctif fibrillaire. Ces cellules se disposent sous forme de tubes droits ou ondulés qui, par places, s'inclinent obliquement sur la paroi tubaire. Entre ces minces canalicules ou tubes circulent de larges trainées d'un tissu conjonctif lâche, riche en cellules fusiformes, sur lesquelles on peut constater par places un revêtement formé de cellules cylindriques : visiblement la charpente des plis prend son origine dans la muqueuse.

Plus on s'enfonce dans la tumeur, plus les tractus conjonctifs deviennent grêles : le néoplasme dans les parties profondes est formé de cordons cellulaires épithéliaux qui s'entrecroisent dans toutes les directions et forment de vrais pelotons. On peut distinguer une zone, profonde, formée de bourgeons en forme de papilles et une zone interne où prédominent les pelotons ; dans tous les points, d'ailleurs, les tubes épithéliaux émettent des bourgeons qui s'entrecroisent dans tous les sens par la formation de bourgeons secondaires et tertiaires.

Dans un grand nombre de points on a l'aspect alvéolaire du cancer proprement dit. Les cellules se détachent dans les alvéoles sous la forme d'amas dont les bords sont plissés et

tassés et à limites nettement visibles. Par suite de la pression qui s'exerce dans la tumeur, les cellules ainsi que le tissu conjonctif mince qui les séparent sont très serrées et les contours deviennent indistincts. Souvent on a l'impression sur les coupes, que les cellules épithéliales sont disposées en plusieurs couches comme l'aurait vu Doléris dans son cas de papillome.

Sur d'autres coupes, on obtient des images qui, comme l'ont montré Th. Landau et Rheinstein ressemblent à des coupes de glandes en tubes transversales et longitudinales.

Ou bien, comme l'ont démontré Eberth et Kaltenbach, on voit des papilles sectionnées transversalement avec cellules d'apparence radiée de telle sorte que la charpente fibrillaire centrale d'apparence claire en impose pour une cavité glandulaire centrale. Dans d'autres points les coupes ressemblent à la section des canalicules du rein coupés en long et en travers. Nulle part les espaces circonscrits par les cellules épithéliales ne ressemblent à ceux qui ont été observés par Martin et Orthmann dans la salpingite folliculaire ou à ces formations vésiculeuses que Doran et Bland Sutton ont décrit dans leurs cas de papillomes.

A un fort grossissement, les cellules épithéliales du néoplasme présentent des différences notables par rapport aux cellules épithéliales des trompes normales ; on ne trouve nulle part des cellules à cils vibratiles ; les éléments sont en général plus longs et plus larges que ceux des trompes normales. Avant tout, les noyaux ovales de ces cellules sont beaucoup plus gros et beaucoup plus riches en chromatine ; il y a de nombreuses figures karyokinétiques.

La malade guérit. Il n'y avait pas de récurrence sept mois plus tard.

XV

(FEARNE. — *Arbeiten aus der Königlich Frauenklinik*, vol. II, p. 337.

56 ans ; mariée. Stérile. Régulièrement menstruée.

Depuis un an et demi, écoulement vaginal séreux, puis sanieux. Dysurie.

Grosse tumeur à droite ressemblant à un myome.

Opérée par Landau. La trompe droite était grosse, dilatée en forme de saucisson. On trouve dans son intérieur des excroissances exubérantes de cancer papillaire.

Les autres viscères sont sains. Ovaire droit atrophié mais non infecté.

Guérison.

Vivante et pas de récurrence un an et sept mois après l'opération. (Léopold).

XVI

(Tuffier. — *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1894, 2^e sem., p. 203).

La nommée Marie G..., âgée de 55 ans, est entrée le 15 juillet 1892, à l'hôpital Beaujon, salle Huguier, n° 6.

Cette malade ne présente rien à noter dans ses antécédents héréditaires, et sauf un ictère catarrhal survenu à l'âge de 17 ans à la suite d'une vive émotion, elle n'a jamais eu de maladies graves.

Son passé génital est également négatif. Réglée à 18 ans, elle a toujours eu des menstrues régulières, interrompues par deux grossesses suivies d'accouchement à terme, faciles et sans accidents consécutifs : le premier à 22 ans, le deuxième à 25 ans. La ménopause eut lieu à 51 ans, en 1888.

L'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à la fin du mois de mai 1892, il y a environ deux mois. Vers cette époque, quatre ans après la ménopause, elle commença à souffrir du bas-ventre et eut des métrorrhagies. Ces accidents persistèrent avec des alternatives d'amélioration et d'exacerbation jusqu'au mois de juillet 1892, époque à laquelle, sur le conseil d'un médecin qu'elle alla consulter, elle entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Th. Anger, le 15 juillet 1892.

A son entrée à l'hôpital, la malade est donc dans un état général satisfaisant, et le cœur, les poumons, le tube digestif examinés avec soin, sont en parfait état.

Dans la région hypogastrique, la palpation fait constater la présence d'une volumineuse tuméfaction ne dépassant pas la ligne médiane et s'étendant, à droite, du côté de la fosse iliaque qu'elle occupe presque en entier. Par le toucher vaginal, on trouve l'utérus repoussé tout entier en avant, le col appliqué entre la symphyse pubienne et immobilisé dans cette position, *absolument comme s'il s'agissait d'une hématocele*, et la ressemblance est d'autant plus parfaite que le cul de sac postérieur est rempli par une grosse masse fluctuante s'étendant du côté droit dans le cul de sac latéral qu'elle remplit également. Le cul de sac latéral gauche est libre.

Par le palper combiné au toucher on sent que cette tumeur se continue directement avec celle qui occupe la fosse iliaque droite, qu'elle est immobile et paraît faire corps avec l'utérus. Par le toucher rectal, on trouve que cette tumeur fait saillie dans le rectum.

Diagnostic. — Hématocele rétro-utérine, qui, vu l'âge de la malade, est probablement due à un néoplasme.

Laparotomie le 18 juillet 1892. Chloroforme. Asepsie.

A l'ouverture de l'abdomen, on rencontre d'abord l'épiploon adhérent à la tumeur, qui est constituée par la trompe droite énormément distendue. Les adhérences épiploïques libérées, j'énuclée assez facilement et sans accident la tumeur du petit bassin jusqu'au bord de l'utérus. Elle présente le volume

d'une tête de fœtus. Son pédicule, formé par la portion interne de la trompe, est lié avec la soie plate au niveau du bord de l'utérus, et la tumeur est enlevée.

La trompe gauche est normale, l'ovaire de ce même côté scléro-kystique. Toilette du péritoine. Suture de la paroi en trois plans et pansement à la gaze iodoformée.

Les jours suivants n'ont été troublés par aucun incident, la température n'a pas dépassé 37°3 et la malade sortit de l'hôpital le 10 août 1892.

Cinq mois après cette opération, la malade est revue en bonne santé, et ne présente aucune trace de récurrence ou de généralisation.

Même situation au bout de douze mois, puis la malade est perdue de vue.

La trompe enlevée a la forme d'une énorme poire à grosse extrémité externe. Sa surface extérieure est lisse, sauf en un point où elle présente une petite saillie peu volumineuse. Incisée suivant son grand axe, on la trouve remplie de caillots et de liquide séro-sanguin, au milieu desquels est une tumeur villeuse bien nettement pédiculée.

Examen histologique par mon collègue et ami Pierre Delbet. La trompe qui m'a été remise, après un séjour prolongé dans l'alcool, présente encore, malgré la rétraction qu'elle a dû subir, un volume considérable. C'est celui d'une grosse poire dont elle a aussi la forme, la grosse extrémité étant tournée en dehors. Même à la partie interne, au point où a porté la section, la trompe est encore légèrement hypertrophiée; elle a à peu près le volume du petit doigt. Il est aisé de voir que l'hypertrophie porte surtout sur la paroi, la lumière du canal n'étant que peu élargie.

La surface externe de la tumeur est grisâtre et lisse; on n'y voit pas trace d'adhérences. Je n'ai rien à dire sur la consistance puisque la pièce a été durcie dans l'alcool.

Quand on incise la partie externe, dilatée, de la trompe, on constate d'abord que la paroi mince ne présente guère que

2 millimètres d'épaisseur. Après l'avoir incisée sur toute sa longueur et écartée, on voit le contenu, formé d'une masse noirâtre, molle et friable, qui paraît tout à fait indépendante de la paroi. On croirait d'abord au contenu d'un kyste coagulé sous l'influence de l'alcool. Mais en faisant le tour de cette masse, on arrive sur un pédicule, un peu plus résistant, qui s'insère sur la paroi postéro-inférieure de la trompe, en dedans de son milieu dans le sens de la longueur. Ce pédicule irrégulièrement arrondi ne mesure que 1 centimètre de diamètre. Il s'agit donc d'une tumeur villeuse, à petit pédicule, née dans la muqueuse de la trompe, et qui s'est développée dans la cavité de cet organe en le distendant de telle sorte qu'elle y est contenue comme dans un kyste. En regardant de plus près, on voit qu'au niveau du pédicule la tumeur a traversé toute l'épaisseur de la trompe, et envoyé en dehors un petit prolongement; mais tandis que ce prolongement extra-tubaire n'est guère plus gros qu'un pois, la tumeur principale intra-tubaire a presque le volume du poing. La face interne de la paroi de la trompe est lisse dans toute la partie dilatée, sauf en un point, où elle est irrégulière. Il m'a semblé, sans que je puisse l'affirmer, qu'il y avait en ce point une légère adhérence entre la tumeur et la paroi.

Des coupes ont été faites : 1° dans l'épaisseur de la tumeur villeuse ; 2° au niveau du pédicule ; 3° dans la paroi tubaire. Les deux premières séries de coupes ont été faites après inclusion dans la paraffine, la masse étant trop friable pour pouvoir être bien coupée après simple durcissement.

Les parties périphériques de la tumeur sont en état de nécrobiose ; elles se colorent peu ou pas sous l'influence des réactifs. Au-delà de cette zone en pleine dégénérescence, qui ne mesure guère que deux à trois millimètres d'épaisseur, le néoplasme est formé d'éléments très vivants qui fixent avec une grande intensité les réactifs colorants. A un faible grossissement, sur les préparations bien colorées, on distingue

deux éléments : des boyaux épithéliaux et un stroma qu'il faut étudier séparément.

Les boyaux épithéliaux sont de formes très variables, les uns étroits et allongés, les autres plus larges, irrégulièrement anastomosés entre eux. Ces anastomoses circonscrivent par place de minces travées conjonctivo-vasculaires, qui, sur les coupes, prennent l'aspect de ces corps que Robin avait appelé oviformes, et qui ont valu à certaines tumeurs le nom de cylindromes. Presque partout, ces cellules épithéliales, sous l'influence des réactifs durcissants, se sont détachées de la paroi. Mais elles restent unies les unes aux autres, ce qui prouve qu'il existe entre elles une notable cohésion. En certains points, les boyaux sont tapissés d'une seule rangée de cellules épithéliales ; mais en d'autres points ils sont absolument remplis de ces cellules, dont les périphériques restent adhérentes les unes aux autres, tandis que les centrales paraissent libres dans la cavité. De forme assez irrégulière, ces cellules appartiennent, en général, au type cubique ou cylindrique bas. Elles ont un gros noyau avec plusieurs nucléoles. Sur les pièces colorées à la safranine ou à l'hématoxyline, on distingue avec un fort grossissement, des figures kariokinétiques en très grand nombre.

Le stroma est très abondant ; en certains points, on ne trouve que de rares et grêles boyaux épithéliaux, qui y sont comme perdus, si bien qu'on pourrait croire, si on bornait son examen à ces points qu'il s'agit d'un sarcome. Ce stroma présente une autre particularité : il est tout entier embryonnaire, formé de petites cellules rondes, supportées par un réseau de minces fibrilles. Nulle part, on ne trouve de tissu conjonctif adulte. Au voisinage des boyaux épithéliaux, le stroma ne présente aucune modification. Les cellules épithéliales reposent directement sur le tissu conjonctif embryonnaire. Quant aux vaisseaux, ils sont assez nombreux, ils n'ont pour paroi, dans toute cette partie de la tumeur, qu'une seule couche de cellules endothéliales.

Au niveau du pédicule la disposition est à peu près la même, avec cette différence toutefois, qu'il existe au centre de belles travées conjonctives, fibreuses, qui s'élèvent et pénètrent en divergeant dans la tumeur. La paroi de la trompe est là complètement détruite. Dans les autres points, elle est notablement altérée, en grande partie fibreuse, elle ne présente que quelques rares fibres musculaires; en outre, les villosités ont presque partout complètement disparu. La face interne est lisse sur le microscope comme à l'œil nu, et même on ne trouve aucun revêtement épithélial. Cependant, au point que j'ai déjà signalé dans la description microscopique, point où sur une surface large comme une pièce de deux francs la paroi était irrégulière, il existe des villosités qui paraissent hypertrophiées.

D'après ces détails de structure, il est évident qu'il faut porter le diagnostic d'*épithéliome*. Mais il s'agit d'un épithéliome assez particulier, puisque la tumeur volumineuse était nettement et même étroitement pédiculée. C'est là une disposition qu'il est juste de rapprocher de celle qu'on rencontre souvent dans la vessie. Au point de vue pronostic, on peut affirmer que la tumeur était de nature maligne, et même à marche rapide. Les boyaux épithéliaux ne sont pas, il est vrai, très abondants, mais le stroma est purement embryonnaire dans la plus grande étendue du néoplasme, et cet état du stroma est toujours en rapport avec une évolution rapide.

Abandonnée à elle-même, la tumeur se serait certainement étendue et généralisée; l'envahissement complet de la paroi au niveau du pédicule, en est d'ailleurs une preuve certaine. Mais comme le pédicule est étroit, comme la section de la trompe a porté sur un point qui ne présente pas de lésions épithéliomateuses, on peut espérer que la guérison sera définitive est complète.

XVII

(Cullingworth and Shattock. — *Trans. Obst. Soc.*,
vol. XXXVI, 1894, p. 307).

Femme 60 ans. Stérile. Ménopause à 52 ans.

Depuis quatre mois, crises douloureuses dans la fosse iliaque droite. Renflement nodulaire à l'hypogastre. Pas d'écoulement vaginal.

Opérée par Cullingworth.

Le chirurgien trouve une masse spongieuse de nature cancéreuse à l'intérieur de la trompe droite. Celle-ci était fermée à son extrémité abdominale et était adhérente à un kyste de l'ovaire. Malheureusement, les parties environnantes infectées ne peuvent être enlevées complètement. Il y avait des noyaux cancéreux secondaires à la surface du kyste ovarien.

Aussi, la récidive ne se fit pas attendre : elle eut lieu dans les six mois. La patiente mourait un an après l'opération.

Pas de nécropsie.

XVIII

(Warneck. — *Nouv. Archives d'Obst. et de Gyn.*, 1895, p. 81).

Femme de 43 ans. A eu trois enfants. Ménorrhagies toutes les trois semaines.

Dix-neuf jours seulement avant l'opération et à la suite d'une grande fatigue apparaissent de la douleur abdominale et de la fièvre. Dysurie. Il se développe alors une petite tumeur à l'hypogastre. On soupçonne la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire.

Laparotomie. — On trouve un cancer papillaire des deux trompes. A droite, kyste tubo-ovarien. Les ovaires et l'utérus ne sont pas contaminés.

Mort au bout de 3 semaines, quelques heures après une seconde laparotomie pour obstruction intestinale.

Pas trace de métastase à l'autopsie.

XIX

(AHLFELD et MARCHAND. —

Monatsschr. f. Geb. n. Gyn. 1895, Bd I, p. 209)

Femme, 17 ans, bien constituée. Menstruation régulière. Présente depuis six mois des hémorrhagies irrégulières, à courts intervalles et prolongées ; elles ont duré une fois trois semaines sans interruption. Sang liquide, pas de caillots. Après un repos de huit jours, suspension courte des hémorrhagies, puis douleurs expulsives et perte de caillots volumineux.

Admission le 14 juillet 1894 à la clinique gynécologique de Marbourg.

A l'examen, on trouve proéminent dans le vagin du côté de la paroi antérieure, une saillie du volume d'une noix ; cette saillie présente des bords assez fermes et une ouverture dans laquelle s'engage l'extrémité du doigt et qui conduit dans une cavité peu profonde, remplie d'une masse molle, polypeuse. L'ensemble de la tumeur a environ le volume d'un œuf de poule ; elle siège dans le vagin, derrière la symphyse.

Curettage et cautérisation au thermo-cautère. Tamponnement. Entre temps apparaît une deuxième tumeur, petite, à gauche de l'orifice uréthral, de coloration rouge-bleuâtre, non ulcérée. Abrasion, cautérisation. Curettage de la cavité utérine. Apparition d'accidents infectieux. Cinq jours après

apparaît au niveau de la symphyse une tumeur dure; en même temps douleurs dans le genou droit et l'épaule gauche avec fluctuation. Incision : évacuation de pus (à streptocoques).

En même temps se développe à gauche et en arrière de l'utérus une tumeur volumineuse, cylindrique, molle, qui est mobile avec l'utérus mais a contracté quelques adhérences avec les parois du bassin.

Apparition de phénomènes péritonéaux. Opération destinée à évacuer le pus contenu dans l'abdomen. Mort au cours de cette intervention avec phénomènes asphyxiques, six mois après l'apparition des premiers phénomènes morbides.

Examen anatomo-pathologique par M. le professeur Marchand. — La tumeur arrondie, siégeant à gauche et en arrière de l'utérus se présente comme étant la trompe gauche transformée en une masse ayant le volume du poing et ayant contracté des adhérences avec l'épiploon, l'utérus, la vessie, etc. Par une déchirure s'écoule dans le péritoine, un liquide trouble, brunâtre.

La trompe peut être suivie sur plusieurs centimètres à partir de l'utérus et elle forme alors la tumeur en se dilatant et s'incurvant. Les parois épaissies et calleuses de la trompe circonscrivent une cavité irrégulière qui est remplie d'une masse ressemblant au tissu friable, granuleux et vilieux du placenta. Péritonite suppurée et anémie générale.

Pas de métastases apparentes.

Dès ce premier examen, on admit qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire gauche, précédemment interrompue, avec développement d'une tumeur à l'intérieur de la cavité de la trompe, tumeur qui aurait donné une métastase dans le vagin.

L'examen microscopique de la tumeur primitive et de celle du vagin montre qu'elle est formée par de nombreuses travées ramifiées constituées par des masses protoplasmiques

homogènes, parsemées de nombreux noyaux volumineux, ovales, de vacuoles, et de cavités remplies de sang analogues à des capillaires; ces masses pouvaient être considérées comme provenant du syncytium et dérivant des tubes épithéliaux transformés ou de l'épithélium chorial externe qui en provient. La charpente syncytiale était entremêlée intimement avec des cellules polymorphes, épithélioïdes, fortement tassées sans interposition de substance intermédiaire. Ces cellules n'étaient pas des cellules déciduales auxquelles elles ressemblaient d'ailleurs, mais devaient être considérées comme des cellules épithéliales provenant de l'ectoderme foetal.

Ces éléments se distinguent des amas de cellules déciduales par l'absence complète de vaisseaux lesquels ne manquent jamais dans les formations conjonctives.

XX

(SAVOR. — *Weiner Klin. Wochenschrift*, vol. VIII, 1895, p. 775).

Femme de 58 ans, ayant eu un enfant.

Depuis 18 ans, cette femme a une tumeur abdominale dont le volume est toujours resté stationnaire. Elle a présenté, de plus, des phénomènes d'inflammation hypogastrique il y a trente ans.

Depuis un an, symptômes douloureux aigus. Cystite. La tumeur remplit alors tout le pelvis.

Laparotomie. On trouve un kyste tubo-ovarien avec un cancer primitif de la trompe y adjacent. Le kyste est très adhérent aux parties voisines et ne peut être enlevé en entier.

La patiente était en bonne santé trois mois après l'opération.

XXI

(VON ROSTHORN. — *Prager Zeitschrift f. Heilkunde*
vol. XVII, 1896, p. 177).

59 ans. Ménopause à 53.

Écoulement vaginal purulent. A droite, tumeur ressemblant à un pyosalpinx. Hypertrophie des ganglions inguinaux.

L'opérateur pratique l'extirpation vaginale de l'utérus et des annexes droites. La trompe gauche n'est pas enlevée ainsi que l'ovaire correspondant à cause des adhérences.

Cancer papillaire de la trompe droite.

La trompe gauche contenait du pus.

Guérison opératoire. La mort survient six mois plus tard, quinze jours après l'enlèvement des ganglions inguinaux hypertrophiés. Les ganglions rétro-péritonéaux étaient envahis.

XXII

(KNAUER. — *Cent. f. Gynäk.*, 1895, p. 574.)

58 ans ; mariée. Un seul enfant. Ménopause il y a douze ans. Tumeur abdominale qui existe depuis 18 ans.

Récemment douleurs, mauvais état général et augmentation dans les dimensions de la tumeur.

Opération par Chrobak.

On trouve un volumineux cancer papillaire dans la trompe droite dilatée. L'oviducte communiquait avec un gros kyste de l'ovaire. Pas de noyaux secondaires apparents dans les annexes du côté gauche, ni sur l'utérus, ni sur le périroïne.

Le chirurgien enlève la matrice et les annexes, mais un

fragment du kyste ovarien ne peut être extirpé. On le fixe au pédicule dans la plaie abdominale. En somme, intervention incomplète.

La malade était convalescente quand l'observation a été publiée.

XXIII

(MIKNOFF. — In *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen* par PÉAN, vol. III, 1895, p. 574.)

Femme de 46 ans ; mariée. A eu trois enfants. Périodes menstruelles toutes les trois semaines.

Début de la maladie il y a 8 mois. Aménorrhée ayant duré deux mois, puis métrorrhagie et apparition d'une tumeur à l'hypogastre, tumeur qui s'affaisse et disparaît à la suite de crises de coliques. Leucorrhée séreuse.

Au toucher, on trouve une masse volumineuse emplissant les deux culs de sacs latéraux et le cul de sac postérieur.

Opération par Lebedeff. On trouve un cancer papillaire des deux oviductes qui sont dilatés et contiennent en outre un liquide séro-sanguinolent. Chondrification d'une portion de la paroi de l'oviducte gauche.

Pas de signes de généralisation dans les viscères adjacents.

Guérison opératoire.

Huit mois plus tard, on constate dans le pelvis la présence d'une tumeur ayant le volume du poing.

XXIV

(FISCHEL. — *Prager med. Woch. f. Heilkunde*, vol. XVI, 1895, p. 143).

40 ans ; mariée. 1 avortement.

Règles normales avant le début des accidents, il y a plus de sept mois.

Début par un écoulement vaginal jaunâtre; puis apparition de douleurs vives dans la région hypogastrique. Les périodes menstruelles subissent une interruption de trois mois, puis les règles réapparaissent. On constate la présence d'une tumeur ovale dépassant l'ombilic.

Cancer papillaire des deux oviductes. La trompe droite qui forme un gros kyste est enlevée. La trompe gauche très adhérente aux parties voisines par des dépôts secondaires néoplasiques ne peut-être extirpée. On trouve des noyaux de même nature sur le péritoine viscéral. Un peu d'ascite.

Mort 7 mois après l'opération.

Pas d'autopsie.

XXV

(ECKARDT. — *Arch. f. Gynäkol.*.. LIII, 1897, p. 183).

Femme âgée de 45 ans qui fut admise à la clinique gynécologique de Bonn (service de M. Fritsch) pour une tumeur de l'abdomen.

Mariée. Ni enfant, ni fausse-couche. Les périodes menstruelles ont toujours été irrégulières.

Depuis un mois, elle ressent dans le dos et l'abdomen des douleurs s'irradiant à la jambe gauche; la miction et la défécation étaient également douloureuses. En même temps, elle maigrissait, tandis que son ventre grossissait. L'examen de la malade révéla, outre un état cachectique très prononcé, la présence d'une tumeur de consistance élastique, à surface légèrement mamelonnée, présentant le volume d'une tête de nouveau-né et siégeant à gauche et en arrière de la matrice, vraisemblablement dans les annexes du côté gauche.

On pratiqua la laparotomie et on extirpa le néoplasme qui avait effectivement la trompe gauche pour point de départ.

Les suites opératoires furent normales, sauf une légère

phlébite de la jambe gauche et la malade put quitter le service vingt-trois jours après l'opération.

Elle était encore en bonne santé quelques mois plus tard.

En incisant la trompe, l'examen macroscopique permit de se rendre compte que sa surface interne était tapissée d'excroissances papillomateuses atteignant jusqu'à trois centimètres de longueur. Entre ces proliférations se voyait un tissu grisâtre d'aspect nécrotique. La paroi tubaire était le siège, soit d'une infiltration néoplasique diffuse, soit de noyaux circonscrits parfois gros comme une noix.

L'examen microscopique montra des lésions très différentes variant entre le type de l'adénome et celui du carcinome. Dans les parties adénomateuses, le stratum épithélial ne se composait que d'une seule couche de cellules, tandis qu'en d'autres points du néoplasme les papilles étaient recouvertes d'une couche épithéliale multiple; dans d'autres parties enfin, il ne s'agissait plus d'une tumeur à caractères papillaires, mais on se trouvait, au contraire, en présence d'un néoplasme purement alvéolaire, renfermant des amas cellulaires compacts, séparés par de fines travées de tissu conjonctif.

On ne constatait aucune lésion inflammatoire dans la portion non carcinomateuse de la trompe.

XXVI

(WATKINS. — *Amér. Gynec. and Obst. Journal*, vol. XI, 1897, p. 272).

45 ans; mariée. A eu un enfant 23 ans auparavant : grossesse normale.

Depuis quatorze jours seulement, diarrhée et douleur. Masse fluctuante de chaque côté d'un utérus fibreux. Pas d'écoulement vaginal. Fièvre.

A l'ouverture du ventre, on trouve que chaque oviducte

forme une grosse tumeur enroulée sur elle-même et pleine de papillome malin.

L'opérateur enlève l'utérus et les annexes. Guérison.

Mort sept mois plus tard par récurrence du néoplasme.

Au moment de l'intervention chirurgicale, l'intestin était probablement infecté par de nombreuses et solides adhérences qu'il a fallu rompre.

XXVII

(FALK. — *Thérapeut. Monasthefte*, juin 1897).

Femme de 53 ans ; mariée depuis 32 ans. Stérile. Ménopause à 47 ans.

Depuis trois mois seulement, douleurs dans la fosse iliaque gauche. Ecoulement sanieux. Tumeur volumineuse dans le cul de sac latéral gauche.

Hystérectomie vaginale comprenant les annexes. La trompe gauche était comblée par la production maligne.

L'ovaire gauche et la matrice étaient sains.

La patiente est emportée par une récurrence rapide au bout de sept mois. Le cœcum était alors envahi par la néoformation.

XXVIII

(C. VON KAHLDEN. — *Beiträge zur path. Anatomie und zur allg. Pathologie*. Bd 19, 2^e partie, 1897).

Femme de 51 ans qui avait eu trois grossesses, la dernière étant survenue à l'âge de 40 ans.

Depuis décembre 1894, la patiente avait ressenti dans le bas-ventre diverses sensations de tiraillements et de pesan-

teur, mais ces phénomènes n'étaient pas douloureux. Son état ne cessa d'empirer et elle succomba, le 17 juillet 1895, avec un amaigrissement considérable.

L'examen pratiqué en juillet 1895, à la clinique gynécologique de l'Université de Fribourg en Brisgau, avait fait constater que le grand bassin était occupé par une tumeur élastique ; l'incision du vagin avait déterminé l'écoulement d'un liquide sanguinolent.

L'autopsie, d'autre part, dévoila l'existence d'une double tumeur occupant les deux trompes et propagée aux ovaires ; en outre, le péritoine présentait de nombreux noyaux néoplasiques. Le plexus génital était thrombosé en de nombreux points et il existait de l'embolie dans les deux artères pulmonaires.

La trompe droite était transformée en une poche mesurant 16 centimètres de haut sur 19 de large ; elle était complètement remplie par une masse mamelonnée intimement unie à la muqueuse. L'ovaire était situé sous la trompe, mais n'était pas soudé à celle-ci ; il affectait l'apparence d'un corps arrondi, du volume d'une noix.

Le volume de la trompe gauche était encore beaucoup plus augmenté, mais les lésions sont à peu près les mêmes qu'à droite. Quand à l'ovaire gauche, il était plus petit que l'organe correspondant du côté droit et il était enveloppé dans une masse noirâtre.

L'utérus était un peu accru de volume et sa paroi antérieure renfermait un petit fibro-myome.

L'examen histologique fut pratiqué après fixation au liquide de Müller ; et les faits les plus saillants sont les suivants :

L'enveloppe séreuse des trompes a persisté partout ; la couche musculaire notamment est bien conservée ; mais en certains points, elle est pénétrée par des éléments néoplasiques et elle renferme des vaisseaux à parois très fines.

Les cellules, *de nature sarcomateuse*, sont représentées par des éléments irréguliers : tantôt ronds, tantôt ovales et qui

par le volume de leurs noyaux rappellent les leucocytes ; le corps cellulaire est réduit à une petite couche de protoplasma granuleux.

En outre, la tumeur renferme de grosses cellules, remarquables par la constitution extrêmement variable de leurs noyaux ; à côté de ces éléments, il en existe d'autres qui renferment de 4 à 6 noyaux.

Au milieu de la masse néoplasique, il existe des formations spéciales sans rapports avec la musculaire et l'épithélium tubaire, qui sont constituées par de petites cellules épithéliales ; ces dernières sont disposées en simples trainées ou encore affectent l'aspect de cordons ou de papilles.

L'emploi de forts grossissements et des teintures histologiques (éosine en particulier) permet de distinguer ces deux sortes de cellules.

La vascularisation de la tumeur est assez abondante ; les vaisseaux sont dépourvus de paroi et sont simplement limités par une couche endothéliale et une adventice très nette. Sur les coupes transversales, on constate des nécroses plus ou moins volumineuses.

A gauche, les lésions microscopiques sont très sensiblement les mêmes ; néanmoins il faut signaler l'extrême abondance de cellules géantes.

Les coupes pratiquées dans les deux ligaments larges montrent que les vaisseaux lymphatiques y sont remplis par des masses de cellules néoplasiques. Au premier stade, les canaux lymphatiques sont remplis par de petites cellules arrondies ; plus tard l'endothélium prolifère, forme plusieurs couches et projette dans la lumière des prolongements qui finissent par constituer au sein des cellules néoplasiques véritables des cellules géantes renfermant de 4 à 6 noyaux et dont l'origine endothéliale ne peut par conséquent faire de doute.

A un stade plus avancé, les proliférations de l'endothélium sont encore plus volumineuses et forment des îlots au

sein des cellules sarcomateuses dont l'aspect est le même que dans les parois de la trompe.

Le parovarium est constitué par des cordons épithéliaux tapissés par un épithélium cylindrique surbaissé.

En résumé, on a affaire à un sarcome dont les points de départ sont représentés par les trompes et qui s'est ultérieurement compliqué d'altérations des vaisseaux lymphatiques, des ligaments larges et des ovaires. La constitution de la paroi tubaire montre que le néoplasme s'est développé entre l'épithélium et la musculaire de la trompe.

XXIX

(Personnelle et inédite).

Madame D... est âgée de 45 ans. Elle a eu un enfant il y a vingt-cinq ans. Elle a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de septembre 1896 : les règles venaient régulièrement, mais elles étaient plus séreuses que de coutume depuis un certain temps; toutes les fonctions s'accomplissaient normalement, l'appétit en particulier était régulier.

Au mois de septembre, la malade se plaignit de lourdeurs dans les membres inférieurs et la station debout prolongée lui devenait difficile. Sa santé se maintenant bonne, elle n'attacha pas grande importance à ces symptômes et ce ne fut qu'au mois de mai 1897 qu'elle fit appeler M. le professeur Delassus, la fatigue des membres inférieurs ne faisant que s'accentuer.

L'aspect général n'est pas mauvais; le teint est plutôt pâle, mais c'est à peine si elle attire l'attention du côté du bas-ventre. Cependant l'examen des autres appareils ne donnant pas la clef des signes présentés par la malade, il est procédé à l'exploration de l'appareil génital.

Vulve et vagin normaux. Utérus normal et bien en place.

Les culs de sac postérieur et latéral gauche sont encombrés par une masse solide, bosselée, qu'il est facile de tenir entre les deux mains par le toucher combiné au palper abdominal. La masse paraît avoir le volume du poing au moins. Elle ne semble avoir aucune mobilité ; elle n'est pas douloureuse. Accolée à l'utérus, il n'est pas aisé de trouver une ligne de séparation entre elle et le corps utérin.

Le diagnostic d'une pareille tumeur n'était pas des plus facile. M. le professeur Delassus élimina une tumeur utérine en raison de la latéralité de la masse, de la situation de la matrice et de la possibilité où il se trouvait de constater la position du corps utérin sans faire l'hystérométrie.

Il ne restait donc que les annexes. L'indolence de la tumeur ne permettait guère de s'arrêter à une lésion inflammatoire aiguë des trompes comme une salpingite purulente ou même le réveil d'une ancienne lésion, le passé gynécologique de cette femme étant absolument indemne d'accidents de ce côté. L'hypothèse qui se tenait le mieux était donc un néoplasme soit de la trompe, soit de l'ovaire, mais de nature tout à fait indéterminée.

Une exploration plus complète s'imposait. La famille mise au courant de la situation, accepta l'idée d'une laparotomie exploratrice qui pouvait, si on le jugeait à propos, devenir le premier temps d'une intervention aussi radicale que possible.

L'opération fut faite le 28 mai au dispensaire Saint-Raphaël, à Lille, par M. Delassus, avec le concours de M. le professeur Faucon.

Laparotomie médiane qui nous fait apparaître, sur le côté gauche de la matrice une masse en forme de boudin, grosse comme la moitié du poignet et qui est bien la trompe dilatée ; elle adhère peu aux parties voisines et se laisse enlever sans de grandes difficultés.

Au niveau de la corne utérine gauche, on aperçoit plusieurs petits noyaux dont l'aspect ne saurait laisser de doute sur la

nature néoplasique de la masse tubaire et sur le degré de propagation qu'elle présente déjà. L'opérateur examine alors rapidement la trompe droite qui lui paraît saine, sans qu'il puisse toutefois l'affirmer. Mais les constatations qui viennent d'être faites lui enlèvent l'espoir d'une cure radicale. L'abdomen est refermé et les suites de l'opération furent aussi simples que de coutume.

Dans les mois qui suivirent, la malade fut prise plusieurs fois d'accidents d'occlusion intestinale qui ne cédèrent qu'aux lavements répétés.

La tumeur récidiva rapidement et d'abord par le côté droit ce qui semble confirmer le fait que cette trompe était déjà envahie. La cachexie survint progressivement, les jambes s'enflèrent et, après une agonie qui dura, on peut le dire, plusieurs semaines, elle succomba dans un état d'émaciation vraiment extraordinaire.

Au moment de la mort, la masse néoplasique arrivait au-dessus du pubis et la cicatrice semblait envahie par les éléments cancéreux.

La trompe gauche enlevée lors de l'intervention incomplète du 28 mai 1897 était oblitérée et contenait environ un verre à bière de liquide citrin.

Une fois ouverte, cette trompe présente un aspect très irrégulièrement mamelonné dû à la présence de végétations gris-rosé, mollasses, qui sont presque pédiculées. Elles ressemblent tout-à-fait aux végétations de certains kystes de l'ovaire. Elles sont granuleuses, demi-transparentes, les unes sessiles, les autres plus nombreuses, pédiculées. La trompe étalée à presque l'étendue de toute la main.

Les végétations les plus volumineuses sont d'aspect framboisé et sont groupées en amas ; elles atteignent les dimensions d'une cerise.

Dans l'épaisseur d'adhérences péritonéales qui ont été apportées avec la pièce, on trouve des masses analogues à des ganglions.

A son extrémité utérine la trompe a environ le volume du petit doigt. A ce niveau, dans l'épaisseur du péritoine, on trouve des ganglions lymphatiques du volume de gros grains de blé, en continuité avec une trainée néoplasique située à la face externe de la trompe. La séreuse qui revêt cette face est très vascularisée, recouverte de néomembranes conjonctives épaisses qui ne sont que des restes d'adhérences et, çà et là, sous ces adhérences, on trouve quelques noyaux aplatis, gris-rosés, mollasses, ayant tous les caractères de noyaux secondaires. Ces noyaux indiquent que le processus développé d'abord à l'intérieur de la trompe, s'est ensuite propagé vers l'extérieur.

Il s'agit, en somme, d'un épithélioma papillaire végétant avec généralisation ganglionnaire.

Examen microscopique par M. le professeur Augier.

En examinant des coupes débitées sur un fragment choisi à la limite du néoplasme et des parties d'apparence saine, on constate que très brusquement, la muqueuse tubaire se hérisse d'énormes saillies papillaires formées par des masses épithéliales soutenues par une mince charpente conjonctivo-vasculaire. L'épithélium proliféré qui revêt la surface des papilles est très irrégulier et forme des assises superposées très nombreuses. Par places, au sein de ces amas épithéliaux les cellules se disposent de façon à circonscrire des espaces arrondis, assez réguliers, analogues à des tubes glandulaires. Dans d'autres points, on trouve au sein de ces amas de revêtement d'énormes cellules qui ont subi une transformation colloïde. Parfois, plusieurs cellules irrégulièrement polyédriques se disposent en amas nodulaires en refoulant les éléments les plus voisins. Au niveau de ces amas nodulaires, la disposition qui rappelle l'épithélium de revêtement a tout à fait disparue : on trouve, au contraire, la disposition qui est observée dans les carcinomes les plus malins.

Même dans les points où la muqueuse de la trompe paraît normale à l'œil nu, le revêtement épithélial a néanmoins des caractères anormaux. Les éléments qui le composent forment

bien un revêtement plan, mais ils sont irrégulièrement juxtaposés et de formes variables. De plus, aucun d'eux ne paraît posséder de cils vibratiles.

La charpente conjonctivo-vasculaire est tantôt extrêmement grêle, à peine appréciable, formée de travées minces contenant des cellules embryonnaires. Dans d'autres points, elle est plus épaisse et alors ou elle est infiltrée de leucocytes ou bien elle prend un aspect muqueux ou colloïde. Ces derniers points sont les moins nombreux. Dans les travées conjonctives la vascularisation est assez riche.

Partout, cependant, la formation épithéliale est plus abondante que la charpente.

En examinant la paroi même de l'oviducte sur laquelle repose la tumeur, on trouve que la surface interne est fragmentée par des bourgeons épithéliaux irréguliers qui l'ont remaniée, dissociée, de manière à pénétrer jusqu'au niveau de la séreuse. On trouve des lambeaux de musculature inclus entre ces amas épithéliaux térébrants. Quelques îlots indépendants du revêtement épithélial anormal se trouvent dans l'épaisseur des parois tubaires à une certaine distance. Dans la musculature et la séreuse il y a peu de réaction leucocytaire même au voisinage des amas qui pénètrent ces tuniques et quoiqu'il y ait dans ces régions de nombreux vaisseaux sanguins et en particulier de grosses veines remplies de globules.

Certains amas épithéliaux, qui ont bourgeonné dans l'épaisseur des parois sont si nettement circonscrits dans des cavités à parois anguleuses qu'on peut affirmer qu'ils sont contenus dans des vaisseaux lymphatiques. On retrouve en effet çà et là, sur les parois de ces cavités, des cellules endothéliales formant un revêtement discontinu.

En résumé et même sans avoir eu en mains la pièce, l'irrégularité du bourgeonnement épithélial, les formes irrégulières et colossales des éléments et leur mode de pénétration à travers les tuniques de l'oviducte permettent d'affirmer la nature maligne du néoplasme.

XXX

(C. JACOBS. — *Bull. de la Soc. de Gynéc. et d'Obstét. belge*,
24 avril 1897)

Opération pratiquée le jour même. Examen microscopique extemporané.

Cette tumeur du volume d'une grosse orange, est développée sur le tiers moyen de la trompe gauche, *aux dépens de la musculaire*; toute la muqueuse tubaire est ou paraît saine.

L'histoire de la patiente est assez banale : c'est une personne de 41 ans, primipare, son accouchement remonte à 12 ans. Elle nous dit souffrir de l'intestin depuis son accouchement. Cet accouchement fut accompagné de métrorrhagies abondantes, de rétention placentaire prolongée qui nécessita l'extraction forcée. Pendant quelques mois, elle se plaignit de chute utérine.

En novembre 1896, elle fut prise d'une diarrhée profuse avec dépérissement rapide; douleurs pelviennes gauches. Aucun symptôme du côté génital, menstruation régulière, aucune perte intermenstruelle; l'état général est mauvais, le teint terreux. La malade subit depuis novembre 1896, un traitement médical, local, intestinal.

Examen de la malade. — Le col est hypertrophié; le corps, de volume normal, est en antéversion; on perçoit, dans son voisinage immédiat et à gauche, une tumeur du volume d'une orange, mobile, très sensible.

Après avoir soumis la femme à un traitement intestinal antiseptique pendant quelque temps, nous croyons que la tumeur pelvienne est la cause première de tous les accidents et nous engageons la malade à se faire opérer.

Opération le 14 avril 1897. — Notre intention était d'extraire simplement la tumeur par la voie abdominale; mais, dès que

nous pûmes nous rendre compte des lésions et surtout lorsque nous vîmes que les annexes droites présentaient des lésions très avancées, kystiques, nous décidâmes de pratiquer l'hystérectomie abdominale.

La tumeur annexielle gauche était très adhérente (malgré sa mobilité apparente avant l'opération) à la vessie et aux intestins. La trompe droite était kystique, son pavillon soudé, formant une tumeur de la grosseur d'une noix. Nous pratiquons, après libération de l'utérus et des annexes, l'hystérectomie supra-vaginale. Un surjet à la soie renferme le moignon du col et un second surjet le recouvre de péritoine.

La tumeur, comme le démontrent les pièces anatomiques est constituée par du tissu assez mou, à suc cellulaire abondant; elle présente les caractères macroscopiques du sarcome. Le tiers interne de la trompe présente des lésions de salpingite interstitielle; le tiers externe libre est replié sur lui-même, le pavillon soudé. Cette dernière partie forme une tumeur fluctuante, mamelonnée, de la grosseur d'une noix; l'ovaire est microkystique, volumineux, complètement indépendant de la tumeur; la trompe semble courir sur la circonférence de la tumeur. L'ouverture du canal tubaire suivant sa longueur, nous permet de constater macroscopiquement que son calibre est augmenté et que la muqueuse est indemne.

Le microscope a confirmé qu'il s'agissait d'un *sarcome* de la musculuse.

La malade est morte en 1898 « de sarcome du foie et probablement de généralisation gastro-intestinale » (correspondance privée.)

XXXI

(A.-H. PILLIET. — *Soc. anatom. de Paris*, 24 décembre 1897.)

Femme de 55 ans, opérée par M. le Dr Péan pour une tumeur des annexes utérines droites.

A l'ouverture du ventre on constata l'existence de masses d'apparence cancéreuse sur l'ovaire, les annexes.

L'examen de ces masses permit de reconnaître assez aisément la trompe et l'ovaire. La trompe, saine dans son extrémité utérine, se renflait considérablement au voisinage de l'ovaire et sa cavité était comblée par un tissu blanc et sans consistance.

Sur les coupes on constate que vers son milieu les franges de la muqueuse se multiplient, envoient dans le chorion des prolongements profonds qui se ramifient à l'infini, et pénètrent même le muscle. Les cellules qui tapissent ces diverticules subissent, en beaucoup de points, la dégénérescence colloïde ; elles se détachent de la paroi, s'appliquent les unes sur les autres et forment des globes colloïdes réguliers, analogues aux globes épidermiques des dermo-muqueuses.

L'aspect des points ainsi envahis est donc celui d'un épithéliome colloïde.

Dans l'extrémité externe de la trompe on distingue encore, refoulée latéralement, la tumeur centrale. Au-dessous de ses franges se retrouvent les mêmes globes colloïdes. Mais la masse principale des végétations est faite de la pullulation des culs-de-sac de la trompe qui dessinent tantôt des cryptes, tantôt des arborisations végétantes, tapissées d'un épithélium cylindrique ou plutôt cubique ; chaque cellule possédant une partie superficielle, muqueuse, peu développée.

Le muscle est complètement envahi par ces productions ; il est détruit et les masses de tissu épithéliomateux viennent, par les lymphatiques, déborder la surface péritonéale de la trompe et s'y étaler.

Il est à noter que l'on retrouve encore des vestiges des franges du pavillon.

L'ovaire est atteint par contact ; il est recouvert en partie par des placards péritonéaux présentant la même structure que la trompe. La couche corticale n'est pas entamée, son centre est sain.

En résumé, il s'agit d'un épithélioma ayant débuté par la muqueuse de la partie externe de la trompe et s'étant propagé par greffe aux organes voisins.

XXXII

(HOFBAUER. — *Archiv. f. Gynäk*, vol. LV, 1898, p. 316).

Femme de 46 ans ; mariée. A eu trois enfants dont le dernier il y a 23 ans. Ménorrhagies pendant 3 ans.

Depuis environ trois années, douleurs dans le bas-ventre. Il y a un an que s'est établie de la leucorrhée. La douleur est surtout localisée dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher, on trouve une tumeur dans chaque cul de sac latéral.

Opération par Schauta, le 2 juin 1897. On enlève l'utérus et les annexes. Les ovaires sont sains, mais les deux trompes contiennent des masses de carcinome villeux à épithélium cylindrique. La trompe gauche est la plus malade.

On trouve de plus un petit noyau cancéreux étalé en surface dans l'intérieur du canal cervical. Hofbauer croit que ce noyau n'a aucun rapport avec la néoformation de l'oviducte.

Guérison (?)

XXXIII

(FALK. — *Deutsche med. Wochenschr.* 31 mars 1898, suppl. p. 43).

43 ans ; règles irrégulières.

Depuis 6 mois, écoulement vaginal séreux.

Au toucher, poche fluctuante qui proémine dans le cul de sac latéral droit. Issue d'un liquide sanguinolent.

On diagnostique alors une tumeur maligne.

Hystérectomie vaginale comprenant les annexes. On découvre alors un cancer primitif de la trompe droite qui est kystique.

Guérison opératoire.

XXXIV

(HUBERT ROBERTS. — *Trans. Obstetr. Soc.* Vol. XL, 1898, page 189).

H. R..., âgée de 43 ans, était admise à l'hôpital Samaritain, le 10 février 1897, par M. Meredith.

Mariée pendant 7 ans. Ni enfant, ni avortement. Les règles commencèrent à 16 ans, régulières dans leur durée, trois ou quatre jours ; perte moyenne, sans douleur. Pendant les douze derniers mois, les époques menstruelles étaient plus fréquentes.

La malade a été en complète bonne santé jusqu'en mars 1896. Elle fut alors saisie de frissons et de tremblement ; le matin même elle avait eu beaucoup de mal dans le bas-ventre. Aucun médecin ne fut appelé : la malade se traita elle-même pendant une semaine jusqu'à ce que la douleur cesse, mais à cette douleur succéda un écoulement jaunâtre, épais et profus. Elle vit un médecin, plus tard, qui la traita pour de la leucorrhée. L'écoulement devint peu à peu clair et aqueux, mais non infect.

En juillet 1896, il y eut une seconde attaque de douleur violente dans tout l'abdomen : cet accès dura deux heures et l'on crut à une violente indigestion. La malade remarqua de nouveau un écoulement vaginal aqueux.

En novembre 1896, troisième crise qui fut très aiguë et dura trois ou quatre jours. Depuis lors la malade n'a plus souffert. Elle a remarqué qu'avec chaque accès douloureux

apparaît de nouveau l'écoulement vaginal qui semble suivre les crises de douleurs abdominales. Elle n'a pas remarqué de tumeur.

Depuis novembre, il n'y a plus de nouvelles crises. Elle entre alors, par les soins de M. Butler Smythe, dans le service des malades externes de l'hôpital Samaritain, à cause d'un écoulement très abondant et de sa faiblesse générale. Elle demeura dans ce service jusqu'en février 1897. La santé de la malade s'améliorait, mais l'écoulement ne diminuait pas et il y avait une certaine augmentation du volume total des annexes. En conséquence, elle fut hospitalisée.

Après son admission, l'écoulement vaginal ne cessa pas et bien que ses caractères variassent de temps en temps, il restait toujours limpide, aqueux et quelquefois teinté de sang. On n'observa pas alors de grandes pertes.

La malade avait maigri légèrement, surtout à la face et au cou. Sa santé générale restait à peu près la même, mais elle avait eu des syncopes à plusieurs reprises. Excepté dans les trois circonstances ci-dessus mentionnées, on n'avait jamais constaté de la douleur dans l'abdomen ou le pelvis.

Etat général lors de l'admission. — La femme est plutôt maigre et pâlotte. Langue saburrale; constipation. Poitrine, cœur et poumons normaux. Pouls 72; respiration normale; pas de fièvre. Léger œdème des chevilles. Urine trouble ne contenant pas de pus, de densité = 1.014, de réaction acide; elle contient de légères traces d'albumine et quelques cellules épithéliales.

Examen de l'abdomen. — Le rein droit est mobile. Pas de tumeur abdominale. Pas de zone sensible à la pression.

Le col utérin était sain mais rejeté à gauche par une tuméfaction dure et irrégulière occupant le cul-de-sac latéral droit et qui semblait plus ou moins étroitement adhérente à l'utérus et occuper surtout le côté droit du cul-de-sac postérieur. Cette tumeur presque immobile était indolente. Sa forme générale faisait penser à une trompe sans qu'on puisse

être affirmatif. Le cul-de-sac latéral gauche était sain. L'utérus n'était pas augmenté de volume, la sonde ne pénétrant que de deux pouces et demi ; il était en antéversion.

Par l'*exploration bimanuelle*, la tumeur située à droite de la matrice ne pouvait pas être repoussée en haut de manière à être complètement explorée par la main externe. Elle paraissait avoir le volume d'un œuf de poule et était dépourvue de toute élasticité. On trouvait du liquide dans le vagin, mais on n'en vit point s'écouler en ce moment par l'orifice cervical. L'utérus lui-même avait perdu un peu de sa mobilité.

L'*opération* est aussitôt décidée. Elle eut lieu le 24 février et fut pratiquée par M. Meredith assisté de M. Hubert Roberts. Durée : une heure et demie. Chloroforme.

L'abdomen ouvert, la tumeur se trouve être la trompe droite, égale en volume à un saucisson de Bologne ; elle fut trouvée solidement fixée dans le fond du cul-de-sac postérieur par d'étroites adhérences aboutissant à la ceinture pelvienne, à la face postérieure du ligament large droit et à la face postérieure de la matrice.

L'ovaire petit et kystique fut enlevé en même temps que la trompe. Les annexes gauches étaient très adhérentes : la trompe est fermée et enflammée, mais l'ovaire n'est pas augmenté de volume. Ces annexes gauches furent enlevées en même temps par mesure de précaution et étant donné l'âge de la malade.

La cavité péritonéale fut lavée à l'eau stérilisée et une certaine quantité de cette eau laissée dans l'abdomen. L'incision fut fermée par la méthode ordinaire. Pas de drainage.

Examen de la pièce. — En sectionnant la trompe droite distendue, qu'on a considérée jusqu'à ce moment comme un pyosalpinx, on constate qu'elle contient une formation d'aspect papillomateux ou vilieux qui la distend et en remplit entièrement le calibre jusqu'à la distance d'un pouce de l'extrémité utérine qui est entièrement saine.

L'extrémité fimbriale était close, mais parmi les adhérences les franges pouvaient être facilement reconnues.

La formation papillaire occupait entièrement la lumière de la trompe distendue et s'affaissait aisément sous le doigt. Partout la néoformation était sessile, et dans certains points la paroi de la trompe était épaissie et évidemment infiltrée par la même production, mais cette dernière ne s'était pas répandue à l'extérieur et l'ovaire n'était pas atteint. Le même liquide séreux fut trouvé dans l'oviducte avec les mêmes caractères que le liquide des écoulements vaginaux observés et décrits par le malade.

Il ne paraissait pas y avoir de généralisation au péritoine environnant et aux ganglions, il n'y avait pas non plus de liquide dans la cavité péritonéale.

On reconnaît qu'il s'agit d'un papillome ou d'un carcinome tubaire.

La trompe gauche quoique enflammée et close ne contenait pas de masses papillaires; l'ovaire gauche était petit et kystique.

La malade guérit parfaitement. Elle sortait de l'hôpital le 13 mars 1897.

Elle revint se montrer en janvier 1898 : elle se portait alors tout à fait bien. Il n'y avait pas de récurrence quatorze mois après l'opération.

Examen microscopique par le Dr Kanthack.

Les coupes montrent une formation papillaire très végétante qui prend naissance dans la paroi tubaire. Les replis normaux sont exagérés et leurs contours confondus. L'épithélium est formé de grandes cellules cylindriques de forme irrégulière. Les parois tubaires sont envahies par les mêmes amas irréguliers de cellules carcinomateuses réunies dans des lacunes irrégulières et se répandant dans le tissu conjonctif sous-jacent. Il y a des points dégénérés dans les parties superficielles de la tumeur.

L'envahissement des plans profonds par le carcinome est partout évident. La tumeur est strictement limitée à la trompe seule qui est touchée dans sa totalité.

XXXV

(H. ROBERTS. — *Obst. Society of London*, 1^{er} mars 1889),

Femme de 60 ans ; mariée. N'a jamais été enceinte.

Pas d'antécédents pelviens. Ménopause à 50 ans.

Elle s'est très bien portée jusqu'au 27 juin 1897. Elle remarqua alors, pour la première fois, un écoulement aqueux, sanguinolent, lequel dura trois jours. On ne trouve rien à l'examen vaginal.

Le 3 juillet de la même année, nouvel écoulement plus abondant que la première fois, mais présentant les mêmes caractères et qui dura cette fois deux jours. En septembre, douleur abdominale très violente, qui est suivie d'une nouvelle évacuation de liquide aqueux. Des examens répétés de l'abdomen et du pelvis durant les derniers mois de l'année 1897, ne révèlent pas l'existence d'une tumeur. Au printemps 1898, quatrième attaque : écoulement séreux par le vagin et violente douleur abdominale.

Le 3 avril 1898, on découvrait, pour la première fois, une tumeur située en arrière et à gauche de l'utérus. Un examen ultérieur (à la fin d'avril) confirma l'existence de cette tumeur qui avait rapidement augmenté de volume et le diagnostic préliminaire de tumeur maligne des ovaires fut porté.

Opération le 5 mai 1898.

Laparotomie. On trouve que la tumeur est formée par la trompe de Fallope dilatée et remplie par une tumeur. L'opération fut très difficile à cause des nombreuses adhérences et la trompe fut rompue au cours des manœuvres opératoires. L'ovaire du même côté était kystique, mais non infiltré de substance néoplasique.

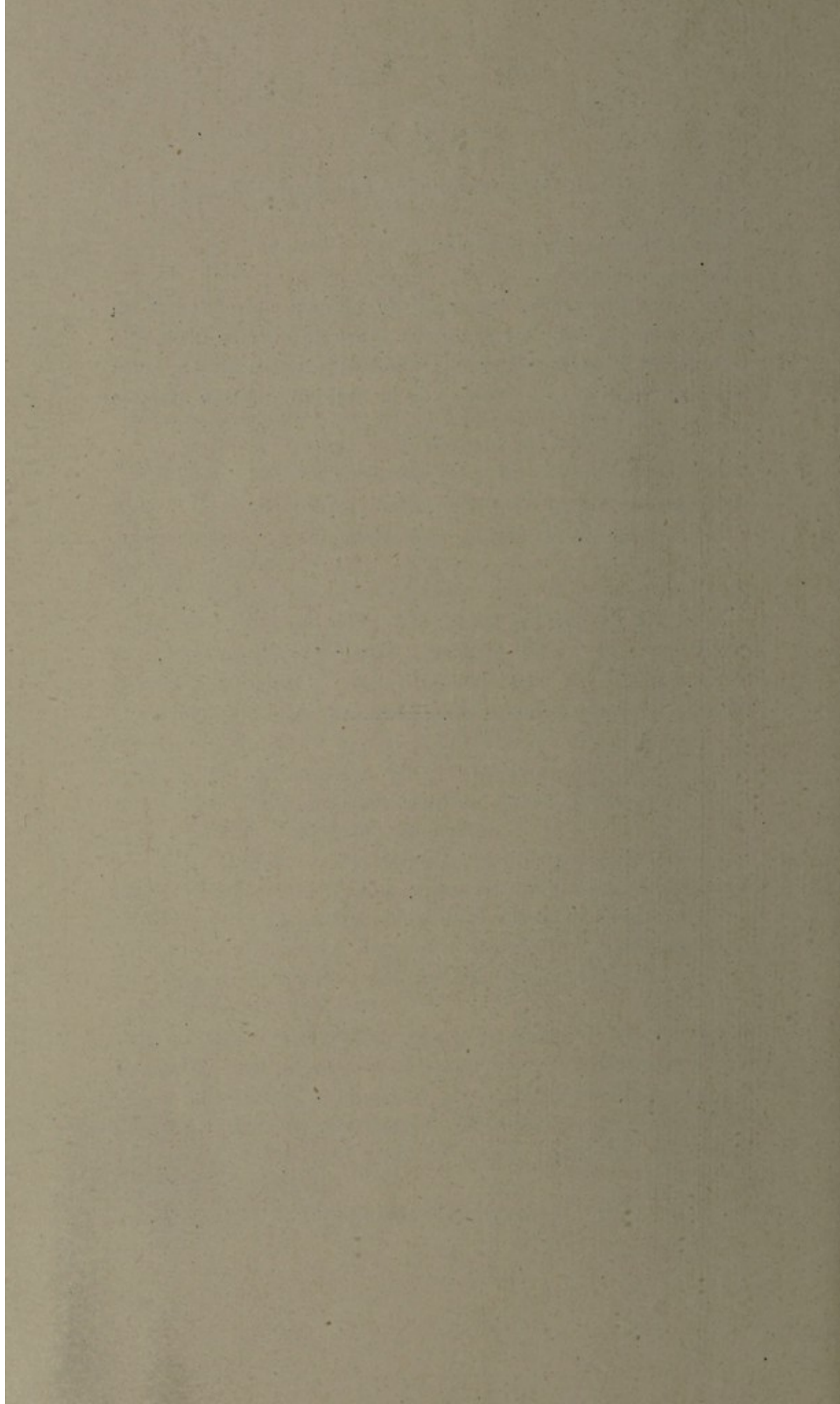
Les annexes de l'autre côté étaient saines.

Il n'y avait pas alors de tumeur ou d'infiltration cancéreuse du pelvis.

Pas de liquide dans le péritoine.

La malade guérit.

En novembre 1898, on avait de bonnes nouvelles de sa santé, mais dans les premiers jours de janvier 1899, elle ne se sentait pas aussi bien. L'examen montra qu'il y avait déjà une récurrence très étendue de la tumeur maligne dans le bassin.



CONCLUSIONS

1° L'existence du cancer primitif de la trompe utérine est, aujourd'hui, scientifiquement établie.

2° C'est une maladie rare de l'oviducte puisque nous n'avons pu en réunir que trente-cinq observations authentiques. Dans un grand nombre de cas de cancer dit tubaire, il s'agissait d'une infection secondaire ayant son point de départ dans l'ovaire ou l'utérus. Ce cancer secondaire est lui-même une affection peu fréquente.

3° Les tumeurs malignes de l'oviducte se manifestent presque toujours vers la ménopause ou dans les années qui la suivent. La presque totalité des cas observés s'est rencontrée entre quarante et soixante ans.

4° Cette affection frappe de préférence les nullipares ou encore des femmes qui n'ont eu qu'un seul accouchement à une époque déjà éloignée de leur existence. Chez les rares multipares atteintes de cancer tubaire, la dernière grossesse remontait assez haut, douze ans, vingt-trois ans, par exemple.

5° Pour les Allemands, il y a à considérer au point de vue pathologique général « un fait très important, c'est la preuve certaine et qui ne supporte aucune

exception du développement du cancer sur une base chroniquement enflammée ». Pour eux, les états inflammatoires de la trompe doivent avoir duré fort longtemps et on doit regarder comme accidentelles les suppurations coexistant avec le carcinome.

Ceci paraît être vrai dans la majorité des cas, soit que la tumeur maligne ait directement pris naissance sur une vieille salpingite, soit que, comme le veut Alban Doran, il s'agisse de la dégénérescence de papillomes bénins préexistants, eux-mêmes d'origine inflammatoire.

Il y a pourtant des cas de cancer primitif tubaire où les malades n'ont pas de passé gynécologique, ce qui cadre mal avec un état inflammatoire des annexes ayant « duré fort longtemps ». Dans un cas où la portion non carcinomateuse de la trompe fut examinée au microscope, on ne put y trouver trace de lésions inflammatoires.

Nous inclinons à penser que ces lésions d'inflammation chronique ne jouent qu'un rôle de cause prédisposante en diminuant la résistance du terrain à l'infection, un peu comme la gastrite chronique précède le carcinome de la cavité stomacale.

6° En l'absence de noyaux de voisinage, la trompe cancéreuse se présente sous la forme d'une poche de volume variable, contenant ou non du liquide. Sa surface grisâtre ne présente pas de réseau vasculaire comme dans les kystes ovariens. On a tout lieu de croire le plus souvent qu'on est en présence d'un salpingite kystique.

7° Une fois la poche ouverte, on tombe sur les végétations dont il faut distinguer deux variétés : la forme vilieuse, la forme papillaire. L'aspect macroscopique des lésions ne peut permettre de conclure à la bénignité ou la malignité du néoplasme parce que toutes les néoformations de la muqueuse tubaire ont pour caractère commun de se présenter avec une structure papillaire, qu'il s'agisse d'un carcimome, d'un sarcome ou encore d'un papillome.

8° Le cancer de la trompe est toujours un cancer médullaire, encéphaloïde.

Il n'existe pas de « forme squirrheuse à comparer quelque peu avec le carcinome squirrheux des glandes ».

Au point de vue de la localisation du néoplasme, on peut distinguer deux formes : 1° une *forme nodulaire* qui est la plus fréquente ; 2° une *forme diffuse*, plus rare.

9° Les orifices de la trompe sont ou non oblitérés. Il y a très souvent des lésions de périsalpingite et des altérations du péritoine pelvien.

On a noté pourtant des cas où toutes ces parties voisines étaient saines.

10° Au point de vue histologique, les tumeurs malignes comprennent des néoplasmes épithéliaux ou conjonctifs. On connaît un cas de déciduome malin.

a) Les *sarcomes* ont une allure très maligne et sont susceptibles de généralisation au même titre que les pires cancers épithéliaux. Il est vrai que ce sont de véritables raretés gynécologiques dont l'histoire micrographique ne peut être jusqu'à présent qu'esquissée.

Ils prennent, en général, naissance dans la muqueuse.

b) Les *épithéliomes* sont un peu plus fréquents. On peut les confondre à l'œil nu avec des papillomes anatomiquement bénins, alors même qu'il y aurait inoculation directe des végétations de la trompe aux organes voisins.

Le microscope, en montrant que les bourgeons procèdent des épithéliums, peut seul permettre parfois de faire le diagnostic.

11° Il n'y a pas, dans la trompe de Fallope, de carcinome à type alvéolaire pur. On distingue deux variétés histologiques :

a) Variété à structure papillaire pure, quelquefois difficile à distinguer du papillome bénin.

b) Variété à structure alvéolo-papillaire.

12° Dans les cas où il y a des lésions néoplasiques avancées des organes voisins, il peut être difficile de déterminer si le cancer de la trompe est primitif. On y arrivera le plus souvent en s'aidant du siège exact de la tumeur tubaire, de son volume comparé à celui des noyaux voisins, en se rappelant surtout que le carcinome de l'ovaire atteint rapidement de grandes dimensions. On se souviendra aussi que les carcinomes secondaires des trompes se développent généralement avec difficulté, qu'ils ont leur point de départ au niveau de la séreuse et n'infiltrant pas les parois du conduit. Enfin, l'examen microscopique permettra de se prononcer en dernier ressort.

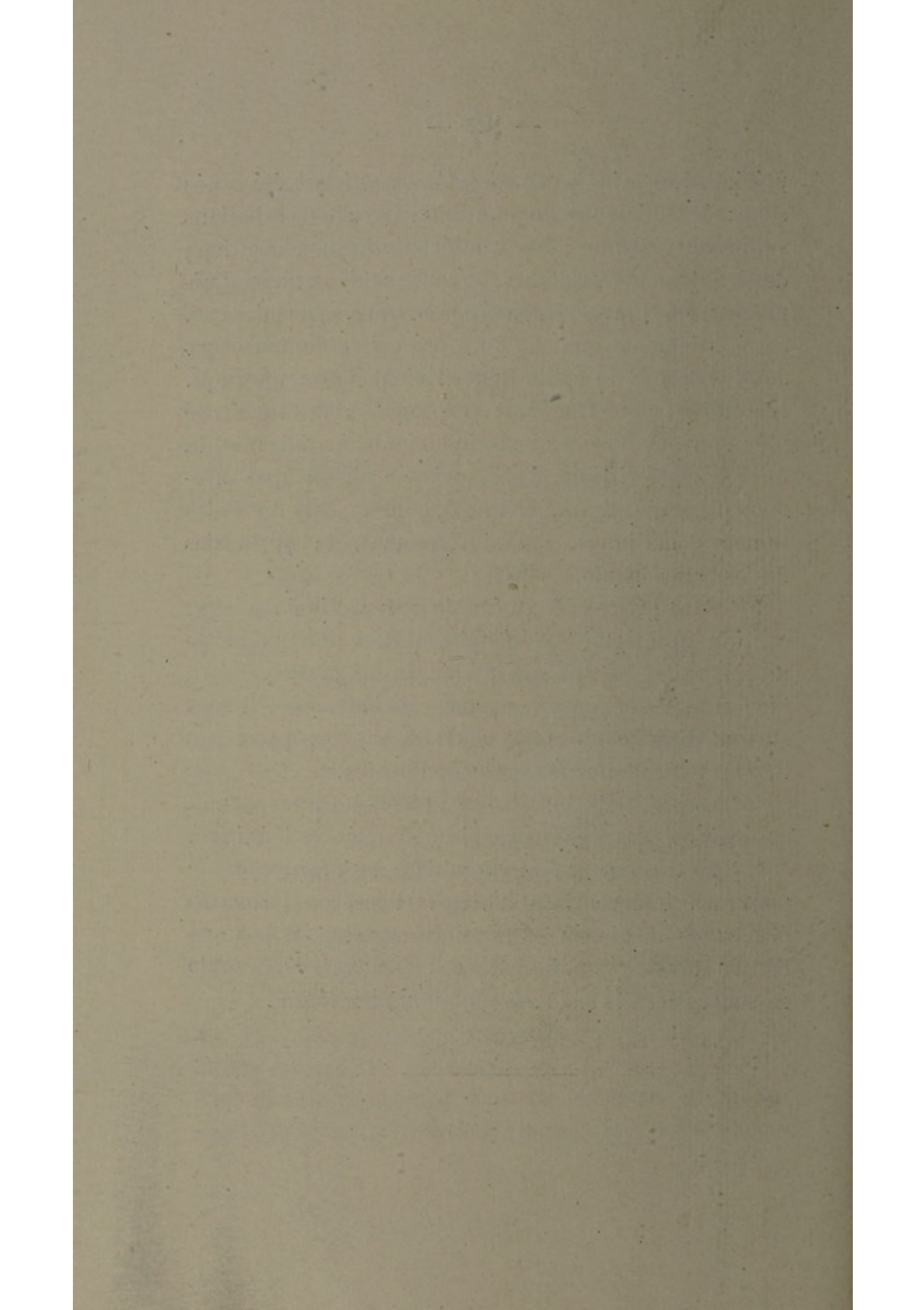
13° Il n'est pas encore possible d'écrire la symptomatologie définitive des tumeurs malignes de la trompe

utérine. Les principaux symptômes qui ont été notés sont : des douleurs de la région avec exacerbations subites et violentes ; des troubles de la menstruation ; des écoulements vaginaux, aqueux, sanieux ou sanguinolents, continus ou intermittents. Dans ce dernier cas, ces écoulements mettent fin à des crises douloureuses dont le genre de celles dont il vient d'être question. L'ascite est assez fréquente. Le toucher ne fournit, le plus souvent que des renseignements insuffisants, la forme caractéristique « en saucisse » n'étant que rarement observée. Enfin, on a noté, comme dans toutes les tumeurs malignes, l'amaigrissement, la perte des forces, la cachexie.

14° Sauf les cas où un écoulement vaginal sanieux, continu ou intermittent, coexistant avec une muqueuse utérine saine, mettra sur la voie du diagnostic, il sera bien difficile de penser au cancer de la trompe. Il sera surtout difficile, le plus souvent, de le séparer des tumeurs végétantes malignes de l'ovaire.

15° Le pronostic doit être très réservé. On ne connaît que trois ou quatre cas de guérison complète et définitive.

16° Le traitement consistera dans la *salpingectomie* pour les interventions hâtives. Il est de beaucoup préférable d'enlever les deux trompes, pour peu que l'autre soit suspecte. Dans les cas plus avancés, la seule ressource sera la *castration abdominale totale*.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AHLFELD et MARCHAND. — Ein Fall von Sarcoma uteri deciduocellulare bei Tubenschwangerschaft. — *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.* 1895, B. I, p. 209.
- ALLBUTT and PLAYFAIR. — *A system of gynecology*. — Maladies des trompes, page 816, par A. Doran.
- BONNET et PETIT. — *Traité de Gynécologie*, 1894.
- CAZENAVE. — *Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale*, thèse de Paris, 1895.
- CULLINGWORTH and SCHATTOCH. — *Transactions obstetrical Society*, volume XXXVI, 1894, page 307.
- DIXON. — *American journal. of obst.* 1893.
- DOLÉRIS. — *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, 1890.
— Tumeur végétante de la muqueuse tubaire, p. 12.
- DORAN. — Papilloma of the Fallopian tube associated with ascitis and pleuritic effusion, *Trans. path. soc.* vol. XXXI, 1880, p. 174. — *Trans. path. soc.* vol XXXVI, p. 241.
- Primary cancer of the Fallopian tube. *Trans. path. soc.* vol. XXXIX, page 208 et vol. XL, p. 221.
- An unreported case of primary cancer of the Fallopian tubes in 1847 with notes on primary tubal cancer. — *Trans. obstetr. soc. of London*, vol. XXXVIII, 1896.
- Tables of cases of primary cancer of the Fallopian tube (avril 1898). *Trans. of the obst. soc.* vol. XL.
- DURET et DANIEL. — *Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*, n° 2, avril 1899.

- EBERTH et KALTENBACH. — Über Papillom der Tuben. Zur Pathologie der Tuben. *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk.* vol. XVI, 1889, p. 357.
- ECKARDT. — *Archiv. f. Gynäk.*, vol. III, 1897, p. 183.
- FALK. — *Thérapeut. Monatshefte*, juin 1897.
- *Deutsche med. Wochenschr.* 31 mars 1898, supplément, p. 43.
- FEARNE. — Über primäres Tubencarcinom, *Arbeiten aus der Königlich Frauenklinik*, vol. II, p. 327.
- FISCHEL. — *Prager med. Woch. f. Heilkunde*, vol. XVI, 1895, p. 143.
- GOTTSCHALK. — Primäres Tubensarcom. — *Centralblatt für Gyn.* 1886, p. 727.
- HOFBAUER. — *Arch. f. Gynäk.*, vol. LV, 1898, p. 316.
- JACOBS. — *Bull. de la soc. de Gyné. et d'Obst. belge*, 24 avril 1897.
- JANVRIN. — Myxo-sarcoma of the Fallopian tube, *New-York méd. Journal*, 1889, p. 609.
- KNAUER. — Ein Fall von Primären Carcinom der Tube bei einer Tubo-ovarialsyste. *Centr. f. Gyn.* 1895, p. 574.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*.
- LANDAU et RHEINSTEIN. — *Archiv. f. Gyn.* vol. XXXIX, 1895, p. 273.
- MACREZ, P. — *Les tumeurs papillaires de la Trompe de Fallope*. Thèse de Paris, 1899.
- MARTIN, Auguste. — *Die Krankheiten der Eileiter*, 1895, Leipzig.
- ORTHMANN. — Soc. Gyn. de Berlin, 27 avril 1888 (*Centr. f. Gyn.* 1888, n° 21, p. 345) et Ueber Carcinoma tubœ. *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.* 1888, B. XV, p. 212.
- PÉAN. — *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, vol. III, p. 547-571.
- PILLIET, A.-H. — *Société anatomique de Paris*, 24 décembre 1897.
- POZZI. — *Traité de gynécologie*, 3^e édition, 1897.
- QUÉNU. — De l'ascite dans les tumeurs de l'ovaire, *Revue de Chirurgie*, 1887, VII, p. 543.

- Tumeurs végétantes des deux ovaires. De l'ascite dans les tumeurs abdominales, *Bull. et Mém. Soc. Chirurg.*, 1886, XI, p. 720-729.
- ROBERTS HUBERT. — A case of primary carcinoma of the Fallopian tube, *Trans. of the obstetrical Society of London*, vol. XL, 1898.
- *Obst. Society of London*, 1^{er} mars 1899.
- ROUTIER. — *Annales de gynécologie et obstétrique*, vol. XXXIX, 1893, p. 39.
- SANGER MAX et JUSTUS BARTH. — *Neubildungen der Eileiter*, in Martin's, *Krankheiten der Eileiter*, p. 253.
- SANGER MAX. — Sarcoma tubarum papillare. — *Verhandt der Gesellschaft für Geburtshülfe zu Leipzig*, 1890-91, p. 30.
- SAVOR. — *Weiner Klin. Wochenschrift.*, vol. VIII, 1895, p. 775.
- SCHIRCHOFF. — Du papillome des trompes de Fallope, thèse de Saint-Petersbourg, 1899.
- SCHRÖEDER. — *Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane*, 1886.
- SÉBILEAU. — *Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital de la femme*, th. Paris, 1889.
- SENGER, E. — Ueber ein primäres sarkom der Tuben, *Centr. f. Gynak.*, 1886, p. 201.
- SUTTON BLAND. — *Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes*.
- TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*, Paris, 1895.
- TUFFIER. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, vol. XLII, 1894, p. 203.
- VEIT J. — *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, vol. XVI, 1889, p. 212.
- VON KAHLDEN. — *Beiträge zur path. Anatomie und zur allg. Pathologie*, Bd 19, 2^e partie, 1897.
- Das Sarkom des Uterus. — Id. Bd 14. p. 207.
- VON ROSTHORN. — *Prager Zeitschrift f. Heilkunde*, vol. XVII, 1896, p. 177.
- WARNECK. — *Nouvelles archives d'obst. et de gyn.*, 1895, p. 89.

- WATKINS. — *American Gynec. and obst. Journal*, vol. XI, 1897,
p. 272.
- W. ESSEX WYNTER. — *Trans. path. Soc.*, vol. XLII, p. 222.
- WESTERMARK et QUENSEL. — *Nordiskt med. Ark.*, vol. XXIV,
1892 et *Centr. f. Gyn.* 1893, p. 272.
- ZWEIFEL. — *Vorlesungen uber Klin. Gynec.*, 1892, p. 139.
-

VU :

Le Doyen de la Faculté,

BROUARDEL

VU :

Le Président de la thèse,

CORNIL

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD



