

DÉCIDUOMES MALINS

On a consacré, dans ces dernières années, un certain nombre de travaux à l'étude de quelques affections de l'utérus qui n'avaient jusque-là donné lieu à aucune description spéciale, et pour lesquelles on a dû, d'après les résultats des examens anatomo-pathologiques, attribuer un rôle pathogénique important aux débris placentaires et déciduaux. C'est ainsi que la persistance anormale de débris de ce genre a pu être incriminée non pas seulement comme constituant, passivement en quelque sorte, un terrain particulièrement favorable au développement des agents pathogènes des métrites, mais aussi comme étant capable de devenir le point de départ de néoformations susceptibles d'envahir de proche en proche les parois utérines et même d'aller produire, par des migrations éloignées, des localisations secondaires dans les autres organes.

Déjà l'on savait qu'il est des cas dans lesquels une môle hydatiforme peut récidiver et donner naissance à des bourgeons vilieux qui envahissent progressivement les parois de l'utérus, dont on a même observé la perforation par les villosités myxomateuses d'origine molaire.

Plus récemment, on a décrit des néoplasmes, les uns dits « bénins », les autres au contraire dits « malins », développés aux dépens des restes du placenta ou de la caduque. C'est ainsi que KLOTZ a rapporté un fait d'adénome de la caduque ; ZAHN, MEYER, VON KAHLDEN, des cas de polypes destructifs d'origine placentaire, poussant des prolongements dans les parois de l'utérus et pouvant aller ainsi jusqu'à les perforer dans toute

leur épaisseur ; d'autre part nous avons vu publier, sous le titre de « déciduomes malins », une série déjà importante de faits dans lesquels il s'agissait de néoplasmes que leur structure histologique et leur mode d'évolution permettaient de considérer comme constituant une variété tout à fait spéciale.

L'étude des déciduomes malins ne correspond pas, comme on a pu le croire, lorsqu'on a publié les premières observations ainsi qualifiées, à des faits anatomo-pathologiques qui n'auraient qu'une valeur purement histologique, mais bien au contraire à des faits cliniques d'un intérêt considérable ; moins rares d'ailleurs qu'on ne le pense, ces faits ont été jusqu'ici confondus avec d'autres affections et il importe de les diagnostiquer, puisqu'une intervention radicale peut sauver les malades, alors que, dans tous les cas où, méconnaissant la gravité du mal, on s'est borné à une intervention incomplète, l'affection s'est régulièrement terminée par la mort.

Avant d'aborder l'étude anatomo-pathologique des déciduomes malins, qu'on a désignés également sous le nom de *sarcomes chorio-déclido-cellulaires*, de *déclido-sarcomes*, de *sarcomes ovulaires*, de *choriomes malins*, ou d'*épithéliomes chorial, syncytial, ectoplacentaire*, etc., nous résumerons sommairement l'histoire de la question, qui correspond à un nombre de travaux déjà grand, sans que l'accord soit fait entre les différents auteurs.

Le premier travail (1889) sur le déciduome malin est celui de SÆNGER qui a distingué sous ce nom des tumeurs malignes composées d'éléments déciduaux ou placentaires, et ayant des caractères assez spéciaux pour ne pas être confondues avec les autres néoplasmes que nous avons étudiés précédemment.

Le même auteur a repris longuement, en 1893, l'étude des « sarcomes déciduo-cellulaires de l'utérus et autres tumeurs déciduales », en étudiant comparativement les cas publiés depuis son observation, notamment celui de PFEIFFER, les trois faits de CHIARI, qui avaient été considérés comme appartenant au groupe des carcinomes du corps de l'utérus, un cas de MÜLLER (1891), un autre de GOTTSCHALK (1893), trois cas de

SCHMORL (1893), et enfin deux faits de KALTENBACH et de GUTTENPLAN; SÆNGER discute aussi trois faits publiés par PESTALOZZA sous le titre de « sarcoma uteri hemorrhagicum s. infectiosum », mais il ne croit pas devoir les faire rentrer dans le cadre des vraies tumeurs déciduales.

En 1893 ont paru également les observations de LÖHLEIN et de KÖTTNITZ. L'année suivante, les observations de KLEIN, MENGE, NOVÉ-JOSSERAND et LACROIX, PAVIOT, JEANNEL, TOUPET ont commencé à faire connaître en France l'existence des déciduomes malins, ainsi que la thèse de BEACH (Paris, 1894).

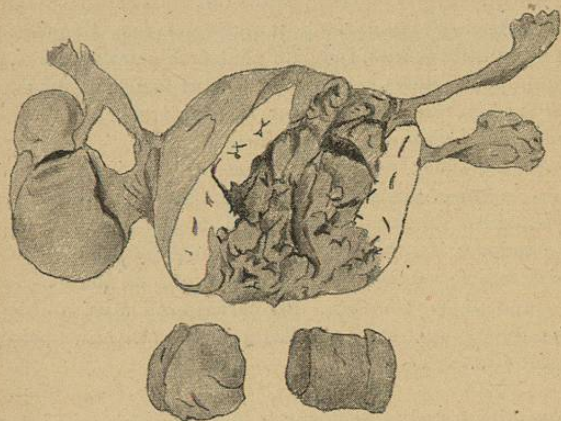


Fig. 118.

Déciduome malin avec propagation à l'ovaire droit, enlevé par hystérectomie vaginale (SEGOND¹).

Nous devons mentionner ensuite les observations publiées en 1895 par BACON et par KUPPENHEIM, les travaux de RESINELLI, de PESTALOZZA et de WHITRIDGE WILLIAMS, le mémoire de MARCHAND, qui considère les déciduomes malins comme étant, non pas de nature conjonctive, mais de nature épithéliale, puis les travaux particulièrement intéressants de ROBBY-KOSSMANN, le mémoire important de RUGE, qui se livre à une sévère critique

des observations de déciduomes malins publiées avant son travail, et refuse de considérer comme répondant à cette dénomination un certain nombre d'entre elles, en particulier celle de PAVIOT, dans laquelle il n'existait aucun rapport entre le développement du néoplasme et la gravidité, celle de JEANNEL, au sujet de laquelle l'auteur allemand formule la même remarque, la malade n'ayant eu qu'un retard de quinze jours, trois mois avant le début de l'affection, celle de LÖHLEIN, et enfin celle que SÆNGER a considérée comme le premier cas de déciduome malin, et qui, pour RUGE, n'est qu'un sarcome du tissu utérin. Ajoutons que dans la deuxième partie de son mémoire, CARL RUGE, se rangeant entièrement à la théorie de MARCHAND, admet que, le plus souvent, les tumeurs désignées sous le nom de « déciduomes malins » sont en réalité d'origine épithéliale, et que les cellules déciduales n'ont aucune part à leur développement.

En 1896, l'un de nous a repris l'étude anatomo-pathologique et clinique des déciduomes malins et réuni dans ce but seize observations, dont une personnelle, recueillie dans le service de SEGOND¹.

Pour abrégé cette énumération déjà longue, nous citerons deux mémoires plus récents, celui de WINKLER (1901) et celui de KREWER (1902), qui défendent les deux opinions diamétralement opposées, suivant lesquelles, ainsi que nous allons le voir, les déciduomes rentrent, pour les uns, dans la classe des *sarcomes*, méritant bien le nom qui leur a été donné par les premiers observateurs, ou, au contraire, pour les autres, dans la classe des *épithéliomes*, tirant leur origine des cellules épithéliales fœtales ou maternelles, ou à la fois des unes et des autres.

Anatomie pathologique. — Au point de vue macroscopique, rien ne permet de distinguer un déciduome malin des autres néoplasmes de mauvaise nature développés dans l'utérus.

¹ MAURICE CAZIN. Des déciduomes malins, étude clinique et anatomo-pathologique. *La Gynécologie*, avril 1896.

Dans certaines observations les dimensions de l'utérus semblaient à peine augmentées, alors que, dans d'autres cas, cet organe était aussi développé qu'au quatrième mois de la grossesse et remplissait plus ou moins complètement la cavité pelvienne, en même temps qu'il avait contracté des adhérences avec les viscères voisins, et présentait une surface irrégulièrement bosselée.

Lorsqu'on ouvre l'utérus, sa paroi paraît amincie par distension et sa cavité renferme une bouillie noirâtre composée en grande partie de caillots sanguins.

« La tumeur, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une pomme, rarement davantage, est généralement unique au début; plus tard on pourra constater l'existence d'autres tumeurs greffées soit sur la muqueuse, soit dans l'épaisseur des parois, mais ce sont des noyaux secondaires.

« C'est presque toujours dans le segment supérieur du corps de l'utérus que l'on rencontre la tumeur primitive (fond, bords ou faces), c'est-à-dire dans les points même où s'insère d'habitude le placenta. Toutefois, pas plus que pour l'insertion placentaire, il n'existe de règle fixe, et dans le cas de KLEIN le point de départ siégeait au col. Très irrégulière de forme, la tumeur est tantôt arrondie, assez saillante, proéminente dans la cavité, tantôt irrégulière, en chou-fleur et supportée par une large base d'implantation. Sa consistance, rarement dure (KÖETNITZ), est plutôt molle ou friable. Sa surface, très anfractueuse, est tantôt mamelonnée, échancrée, tantôt végétante, villéuse même, avec un centre érodé, nécrosé, présentant une ulcération plus ou moins profonde à parois très déchiquetées. De couleur grisâtre, elle est semée de taches rouges hémorragiques, de caillots remplissant les anfractuosités, et les points ulcérés sont remplis d'un détrit rouge violacé formé de fibrine, d'éléments figurés du sang et de cellules néoplasiques.

« Sur une coupe, la surface de section, semée d'un abondant piqueté hémorragique, présente un aspect truffé, aréolaire.

« Les limites du néoplasme ne sont pas nettes, car il envoie entre les faisceaux musculaires des prolongements profonds allant parfois jusque sous la séreuse.

« La musculature utérine est pâle; très particulièrement amincie au niveau de l'insertion de la tumeur, elle est réduite en ce point à l'épaisseur d'une feuille de parchemin.

« Les autres lésions sont secondaires et dues à des métastases. Celles-ci, très fréquentes dans les ganglions pelviens, les ovaires, les ligaments larges, sont surtout constantes et précoces dans les *poumons*, où elles forment, soit en plein parenchyme, soit sous la plèvre, de petites nodosités arrondies, molles, blanchâtres ou rouge sombre, du volume d'un pois ou davantage. Cette prédilection des métastases pour le poumon s'explique par le fait que cette tumeur, envahissant dès le début les vaisseaux, se propage bien moins par les lymphatiques que par embolies sanguines. Après le poumon, le *vagin* est le plus souvent intéressé d'une façon très précoce, soit dans sa paroi postérieure, où peuvent se produire des fistules recto-vaginales, soit au niveau des grandes lèvres. On a retrouvé, du reste, des métastases dans presque tous les organes, foie, rein, rate, diaphragme, côtes, fémur, et même cœur, péricarde et cerveau (DURANTE). »

A l'examen microscopique, il est un élément constant, absolument caractéristique, qu'on observe sur les coupes de toutes les tumeurs qu'on a rangées, sous différentes dénominations, dans ce groupe si controversé des *déciduomes malins*: c'est une volumineuse cellule géante qui ne ressemble à aucune autre cellule, sauf à la cellule déciduale de FRIEDLANDER, et cette cellule géante est si caractéristique de ces tumeurs que dans les noyaux secondaires résultant de la généralisation du néoplasme on la retrouve constamment, présentant absolument le même aspect que dans la tumeur primitive, si bien que, dans le cas qui nous est personnel et pour lequel le diagnostic clinique n'a pas été fait, parce qu'à cette époque on commençait à peine à parler de tumeurs déciduales, ce fut l'examen des coupes de l'ovaire droit envahi par le néoplasme qui, nous montrant l'existence d'un grand nombre de ces cellules caractéristiques, nous fit songer aux néoplasmes déciduaux dont les Allemands avaient déjà publié quelques observations.

Mais si ces cellules attirent immédiatement l'attention par

leurs dimensions colossales, et constituent parfois des amas assez considérables, elles sont loin, malgré cela, de former toute la masse ou même seulement la plus grande partie de la masse néoplasique, dont la partie fondamentale, dans le cas que nous avons étudié, était composée d'un tissu qu'on ne pouvait mieux définir dans son ensemble qu'en le rapprochant du



Fig. 119.

Cellules géantes dans un cas de déciduome malin.
(Laboratoire de la Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.)

tissu sarcomateux, inégalement réparti d'ailleurs dans les tissus de l'organe envahi, qui se montraient, en outre, le siège d'infiltrations sanguines ou de nécroses plus ou moins étendues.

En dehors des cellules géantes ou *masses plasmodiales*, si caractéristiques, le tissu néoplasique qui envahissait presque entièrement les parois de l'utérus, détruisant les tissus propres de l'organe, en se substituant à eux, se trouvait constitué par des cellules plus petites, rondes, fusiformes ou polygonales par pression réciproque, tout à fait analogues aux éléments

constitutifs des sarcomes, et d'autre part on pouvait constater un autre caractère des tissus sarcomateux, à savoir l'absence de vaisseaux pourvus de parois différenciées; toutes les lumières vasculaires observées sur nos coupes, étaient, en effet, limitées seulement par le tissu néoplasique. Il nous a donc semblé que la tumeur étudiée au laboratoire de l'Hôtel-Dieu devait être rangée dans le groupe des sarcomes (CAZIN).

À la description histologique que nous venons de donner, et qui correspond exactement à ce que nous avons observé, ainsi qu'à la plupart des descriptions contenues dans les observations publiées, il convient d'ajouter quelques détails sur une deuxième variété du néoplasme, qui se distingue de la première par un aspect vilieux rappelant la disposition générale des villosités chorales. C'est cette variété qui correspond au *chorioidediuoma malignum* de GOTTSCHALK; c'est également à cette variété qu'on peut rapporter le cas de TOUPET, et aussi le cas de KÖTTNITZ et l'un des cas de SCHMORL.

Cette disposition a été observée et particulièrement bien décrite par TOUPET: « Le tissu néoplasique semble formé par l'adjonction de végétations arborescentes à pédicule mince, s'élargissant ensuite, s'allongeant et se contournant plus ou moins, et se terminant par des expansions arrondies, contiguës les unes aux autres. » Ces végétations sont constituées par un vaisseau central immédiatement entouré par des éléments conjonctifs assez volumineux. À la périphérie des végétations on observe des éléments spéciaux extrêmement volumineux, se présentant le plus fréquemment sur les végétations arrivées à leur période de développement complet, sous l'aspect d'une membrane continue, ayant une épaisseur régulière et renfermant jusqu'à vingt et vingt-cinq noyaux, sans qu'il y ait de délimitation de cellules. Émanant de cette membrane de revêtement, on voit partir des végétations secondaires qui apparaissent d'abord sous la forme de masses protoplasmiques arrondies en massue, renfermant un nombre considérable de noyaux, et pourvues à leur périphérie de prolongements amorphes granuleux en forme d'épines, qui sont de véritables pointes d'accroissement. « Quand ces végétations ont acquis

un certain volume, on les voit se creuser d'une cavité vasculaire, puis la membrane périphérique se condense, s'aplatit, et les éléments embryonnaires s'interposent entre elle et le vaisseau dont la paroi est toujours mince. »

On peut donc distinguer parmi les déciduomes malins deux types histologiques dont les éléments fondamentaux sont d'ailleurs absolument comparables : un type *vilieux* dont les cas de GOTTSCHALK et de TOUPET constituent des exemples très nets et un type diffus ou type *aréolaire*, dans lequel les masses plasmodiales, par leur distribution et l'anastomose de leurs prolongements, dessinent un réseau irrégulier, plus ou moins incomplet, dans les mailles duquel se trouvent les cellules rondes, ovoïdes ou polygonales par pression réciproque, le plus souvent en raquette ou fusiformes (DURANTE).

Étiologie et pathogénie. — L'affection se développe constamment à la suite d'un accouchement ou d'un avortement et, dans la plupart des observations que nous avons eues sous les yeux, les malades avaient accouché ou avorté très peu de temps avant l'apparition des premiers symptômes.

Dans certains cas, le déciduome prend naissance, à la suite d'un accouchement normal ou d'un avortement, sans accident précurseur d'aucune sorte, par développement immédiat de la tumeur aux dépens d'un fragment placentaire retenu (DURANTE). Mais, dans la majorité des cas, il existe une coïncidence, sur laquelle l'un de nous a insisté, entre le développement du déciduome et l'expulsion préalable d'une môle hydatiforme, c'est-à-dire d'une masse constituée par une dégénérescence myxomateuse des villosités.

Sur dix-sept faits que nous avons pu réunir, il y a eu neuf fois avortement consistant dans l'expulsion d'une môle; dans deux cas, il est vrai, cette expulsion avait eu lieu neuf mois ou un an avant le début des accidents, mais dans les sept autres faits l'expulsion de la môle avait manifestement marqué le début du déciduome. En laissant à part les cas beaucoup moins nombreux dans lesquels c'est un accouchement normal qui a précédé l'évolution du néoplasme malin, on a le droit de se

demander si, parmi les cas où un avortement a marqué le début du déciduome, sans qu'on ait parlé de môle hydatiforme, il n'en est pas où une môle a pu échapper à l'observation dans un avortement effectué sans assistance médicale. Dans l'observation qui nous est personnellement, nous avons noté la date de la fausse couche qui avait paru marquer le début de l'affection et, ignorant alors la fréquence des grossesses molaïres dans les faits de ce genre, nous nous étions contentés de la simple mention de l'avortement. Lorsque nous avons revu la malade, deux ans plus tard, nous sommes revenus sur cette question, et c'est alors seulement que nous avons appris qu'il y avait eu expulsion d'une môle, constatée par une sage-femme.

Quoi qu'il en soit, et sans que nous soyons en mesure de préciser d'une façon satisfaisante le rôle que peut avoir la môle dans le développement des déciduomes, nous pensons qu'il faut retenir le fait, pour lui attacher une réelle valeur, au point de vue du diagnostic de l'affection, chaque fois qu'il se rencontrera dans l'histoire d'une malade qui présentera les symptômes dont nous allons parler dans un instant.

Ainsi que nous l'avons dit déjà, les auteurs sont loin d'être d'accord sur la pathogénie des déciduomes malins, qui sont considérés comme des *sarcomes* par les uns et comme des *épithéliomes* par les autres, les partisans de la première ou de la seconde de ces théories étant, d'autre part, en désaccord entre eux, suivant qu'ils considèrent le processus *sarcomateux* ou *épithéliomateux* comme provenant des tissus *maternels* ou *fœtaux* ou à la fois des uns et des autres.

C'est ainsi que les premiers observateurs ont regardé les déciduomes malins comme dérivant du tissu conjonctif de l'utérus, modifié par la grossesse, et lui ont donné le nom de *sarcome décidual*.

D'autres ont au contraire soutenu l'origine *ovulaire* du néoplasme, tout en considérant toujours celui-ci comme un sarcome, à cause de la présence de vaisseaux sans parois (TOUPET).

Dans une seconde période de l'histoire des déciduomes

malins, la nature *épithéliale* de ces néoplasmes semble avoir rallié la majorité des auteurs, mais ceux-ci n'ont pu s'accorder sur l'origine des épithéliums mis en cause. Pour les uns c'est l'*épithélium utérin* qui doit être considéré comme donnant naissance à la néoplasie ; pour MARCHANT, RESINELLI, etc., il s'agit d'un *épithéliome* provenant à la fois de l'*épithélium utérin* et de l'*ectoderme fœtal* ; enfin, d'après FRAENKEL, APFELSTEDT, ASCHOFF et DURANTE, le déciduome malin est un épithéliome développé aux dépens de l'*ectoderme fœtal*.

La pathogénie des déciduomes malins n'est pas encore élucidée, et la discussion reste pendante aussi bien que la question de leur structure histologique, puisque dans les travaux les plus récents, WINKLER (1901) fait rentrer ces tumeurs dans le groupe des *sarcomes*, tandis que KREWER (1902) les considère comme des *épithéliomes* développés aux dépens du revêtement épithélial des villosités chorales.

Il semble toutefois que, indépendamment des caractères histologiques sur lesquels nous avons insisté, la nature sarcomateuse des déciduomes malins soit mieux en rapport avec le développement antérieur d'une môle hydatiforme, de nature essentiellement conjonctive, en raison même de la facilité avec laquelle les différentes variétés de tumeurs conjonctives s'associent les unes aux autres. Au contraire, le développement d'une néoplasie épithéliomateuse, superposée en quelque sorte à la néoplasie conjonctive, constitue une association relativement rare dans laquelle il faut admettre que le déciduome, tumeur épithéliale, prend naissance aux dépens de débris épithéliaux épars dans le tissu myxomateux.

Symptomatologie. — Ainsi que nous venons de le voir, l'étude histologique des tumeurs déciduales malignes démontre bien que ces tumeurs constituent un type anatomo-pathologique défini, qu'on peut facilement diagnostiquer à l'aide de l'examen microscopique, qu'il s'agisse de la forme villeuse ou de la forme non villeuse.

Nous allons essayer de montrer que, au point de vue clinique, ces tumeurs constituent également un type parfaitement dis-

tingent des autres affections de l'utérus avec lesquelles on les avait confondues jusqu'ici, et qu'elles présentent une symptomatologie assez spéciale pour permettre le diagnostic à l'aide d'un examen suffisamment approfondi.

Le début de l'affection se manifeste par des hémorragies qui, le plus ordinairement, n'apparaissent qu'à la suite de l'accouchement ou de la fausse couche ; cependant, dans quelques cas, ainsi que cela a eu lieu chez notre malade, les pertes de sang se manifestent déjà avec une fréquence extrême au cours même de la grossesse, précisément dans les cas de grossesse molaire, au point qu'il devient tout à fait impossible de fixer l'époque du début du néoplasme par rapport à celui de la grossesse. Il en est de même lorsque les pertes, au lieu d'apparaître tardivement, c'est-à-dire trois ou quatre semaines après un avortement, font suite sans interruption à l'hémorragie symptomatique de l'avortement, de façon à laisser croire parfois que celui-ci n'est pas terminé.

Dans un seul des cas que nous avons rassemblés, les métrorrhagies ont fait totalement défaut, pendant toute la durée de la maladie, à la suite d'un curettage pratiqué peu de temps après l'élimination de l'œuf, qui n'avait pas été complète. On eut l'explication de ce fait exceptionnel lors de l'autopsie qui montra que la tumeur était développée dans la paroi utérine et que, malgré les métastases nombreuses disséminées, la muqueuse utérine était intacte et ne présentait pas la moindre trace d'ulcération.

Dans un certain nombre de cas, il existait en dehors des hémorragies des pertes aqueuses fétides, plus ou moins sanguinolentes.

Nous avons insisté sur l'importance de l'exploration digitale de la cavité utérine, au point de vue du diagnostic du déciduome malin, qui produit par places une destruction de la paroi utérine, d'où résultent des pertes de substance bien circonscrites, limitées par des bords nets ayant la consistance normale du tissu utérin. Mais nous devons ici nous borner à ces indications sommaires, au sujet d'une affection qui doit être plutôt étudiée avec les autres maladies de l'utérus.

Le pronostic des déciduomes malins est extrêmement grave, puisque, sur seize observations, quatorze fois la maladie s'est terminée rapidement par la mort, malgré l'hystérectomie vaginale pratiquée dans trois cas ; deux malades seulement ont été guéries par l'hystérectomie vaginale, et, dans le cas que nous avons observé, la guérison se maintient, neuf ans après l'opération, ainsi que nous avons pu le constater tout récemment ; il est à noter que, dans ce cas, l'ovaire droit était envahi par la néoplasie maligne.

TUMEURS MIXTES

TÉRATOMES MALINS

Définition. — On décrit sous le nom de *tumeurs mixtes* des néoplasmes à tissus multiples, dans lesquels on rencontre des éléments épithéliaux, disposés soit comme dans le *carcinome* soit comme dans les différentes variétés de *cancers épithéliaux*, au milieu d'une trame conjonctive qui prend par places tantôt un aspect *sarcomateux*, tantôt un aspect *myxomateux*, et renferme en outre çà et là des cellules de *cartilage*, des *cavités kystiques*, des *fibres musculaires*, etc.

Nous avons déjà étudié sous le nom de *tératomes bénins* toute une série de tumeurs bénignes également composées de *tissus multiples*, et nous nous sommes demandé à ce propos si, en opposition avec ces tératomes bénins, d'origine congénitale, il n'y avait pas lieu de distinguer des *tératomes malins*, véritables cancers à tissus multiples, provenant de la persistance de débris embryonnaires et ayant aussi une origine congénitale. Comme nous allons le voir, en étudiant la pathogénie des tumeurs mixtes, un grand nombre de tumeurs malignes à tissus multiples paraissent mériter cette dénomination de *tératomes malins*.

En étudiant les sarcomes, nous avons signalé la fréquence des associations du tissu sarcomateux, dans ses diverses formes, avec les autres variétés néoplasiques de la série conjonctive, méritant les noms de fibro-sarcomes, myxo-sarcomes, fibro-myxo-sarcomes, etc. Ce sont bien là des tumeurs malignes à tissus multiples, mais elles ne méritent pas d'être étudiées à part, car elles peuvent facilement trouver place parmi les variétés des sarcomes.