

à bords indurés. Non seulement tout le col peut être ulcéré et détruit au point qu'il n'y ait plus de relief dans les culs-de-sac vaginaux, mais une portion plus ou moins considérable de l'organe peut être détruite. On trouve à la place de l'utérus une cavité anfractueuse limitée par une mince couche de tissu musculaire interposée entre le péritoine et les masses cancéreuses. Toute la muqueuse utérine peut être ulcérée. Les ulcérations se produisent par mortification du tissu néoplasique, la paroi des vaisseaux étant atteinte de dégénérescence graisseuse et leur calibre oblitéré par des thromboses.

La forme *végétante* commence par des productions papillaires à la surface du museau de tanche. Les ulcérations qui se font plus tard ont aussi tendance à se recouvrir de végétations. Celles-ci peuvent faire une saillie volumineuse au niveau du col, qui est augmenté de volume et remplit le vagin comme un champignon. Elles se développent quelquefois dans la cavité utérine, où elles peuvent se pédiculiser et faire hernie à travers l'orifice du col, comme un polype.

L'*infiltration cancéreuse* débute par des nodosités plus ou moins dures siégeant dans les couches profondes de la muqueuse et d'abord recouvertes par l'épithélium sain. Leur point de départ est peut-être le tissu conjonctif, peut-être le tissu glandulaire.

Cette infiltration, au lieu de se présenter sous forme de nodosités, peut présenter dans quelques cas une disposition régulière qui rappelle, au premier abord, les caractères de certaines hypertrophies simples.

Au bout d'un certain temps, la muqueuse est envahie et à l'infiltration cancéreuse succède l'ulcération, térébrante ou végétante.

Il est exceptionnel que l'affection reste limitée au col de l'utérus; le plus souvent, elle envahit le vagin et le tissu cellulaire péri-utérin.

Le vagin, doublé par une cuirasse de tissu cancéreux, se raccourcit par adhérences avec le col ou par sclérose de ses parois. Par places, sa muqueuse est ulcérée ou infiltrée de nodules cancéreux.

Les uretères peuvent être englobés dans la masse et comprimés à leur entrée dans la vessie; ils se dilatent et la distension peut gagner les bassinets et le rein avec formation d'une hydronéphrose.

La vessie peut être envahie par une plaque cancéreuse occupant son bas-fond ou par des nodules disséminés en divers points de sa surface; elle peut être perforée; d'où formation d'une fistule vésico-

vaginale. Ces fistules s'observeraient dans un sixième des cas (de Sinéty).

Le rectum est plus rarement atteint; mais il peut être également ulcéré, et dans quelques cas on observe un vaste cloaque dans lequel viennent s'ouvrir à la fois les ulcérations du col et les larges pertes de substance de la vessie et du rectum.

Souvent aussi, l'infiltration cancéreuse gagne les organes du petit bassin, se répand dans le tissu cellulaire péri-utérin où l'utérus est fixé et immobilisé, pénètre dans les ligaments larges et forme une masse énorme dans laquelle toutes les parties sont englobées et perdues. Le péritoine s'épaissit, fait adhérer les anses intestinales entre elles et défend assez fréquemment sa cavité contre l'invasion cancéreuse grâce à ses adhérences précoces. On trouve cependant assez souvent une péritonite séro-purulente ancienne ou récente.

Les veines du bassin et des membres inférieurs renferment aussi fréquemment des coagulations simples ou cancéreuses.

Les ganglions lombaires et sacrés sont surtout envahis dans le cas de cancer largement étendu au corps.

L'affection ne se généralise pas fréquemment (7,5 pour 100, Kiwish); les cancers métastatiques secondaires s'observent surtout dans le foie et les poumons, plus rarement dans les os et les divers autres organes.

2° *Cancer du corps*. — Le cancer *primitif* du corps de l'utérus est excessivement rare; il a été étudié dans un mémoire encore récent de Ruge et Veit (1882), rédigé d'après 45 cas. Il peut cependant se développer exclusivement dans cette partie de l'organe en laissant le col intact jusqu'à la fin.

Il se présente sous forme d'infiltration avec tumeurs et nodosités disséminées, ou plus souvent (Veit) il se développe aux dépens de la muqueuse et surtout des glandes, et constitue une tumeur plus ou moins circonscrite, offrant une vague ressemblance avec certains polypes muqueux du corps. Dans la plupart des cas il s'agissait de *carcinomes*.

Quelle que soit sa variété, le néoplasme ne tarde pas à s'ulcérer, à dégénérer et à tomber en putrilage.

Symptômes. — Le début du cancer utérin est en général insidieux; l'affection se développe sourdement sans grands phénomènes appréciables, et des ulcérations profondes peuvent exister sur le col

utérin sans qu'aucun signe ait appelé l'attention de ce côté. Aussi est-il toujours difficile de savoir d'une manière exacte le moment du début de l'affection.

Le plus souvent, le premier trouble fonctionnel est une métrorrhagie abondante, en général non douloureuse.

Chez les femmes ayant cessé depuis longtemps d'être réglées, le retour apparent de la menstruation est de même habituellement le premier indice du cancer.

D'autres fois, la douleur est un des premiers phénomènes qui attirent l'attention, alors que les lésions sont déjà avancées; moins souvent le début est marqué par de la leucorrhée ou d'autres écoulements muco-purulents.

Avec les progrès de l'affection, on voit apparaître un ensemble de symptômes physiques et fonctionnels caractéristiques.

L'hémorrhagie, des écoulements variés, la douleur, sont des phénomènes qui font rarement défaut.

L'hémorrhagie se présente tantôt avec les caractères d'une ménorrhagie, c'est-à-dire comme un écoulement menstruel trop abondant et trop prolongé, tantôt dans la période intermenstruelle à propos d'une fatigue, d'une marche, d'une émotion, d'un coït. Elle s'accompagne quelquefois de douleurs expulsives, quand des caillots arrêtés dans le col mettent obstacle à l'écoulement facile du sang; d'autres fois elle est précédée de douleurs abdominales ou lombaires qui diminuent avec l'écoulement sanguin. Cette hémorrhagie n'est pas forcément liée aux ulcérations cancéreuses; elle n'est souvent que le résultat d'une congestion utérine intense provoquée par le développement du néoplasme et elle a été heureusement comparée aux hémoptysies du début de la tuberculose. La métrorrhagie, abondante et répétée, en effet, dans les phases initiales du cancer, peut diminuer de fréquence et d'abondance quand la tumeur se détruit. A cette période avancée, elle est remplacée par l'écoulement d'un liquide roussâtre, séro-sanguinolent, qu'on a comparé à du jus de viande. D'autres fois, la métrorrhagie reparait abondante, imprévue, comme dans les premières phases, et peut faire périr la malade en quelques heures ou d'une manière presque subite.

La *douleur* est un phénomène variable dans le cancer utérin; elle peut appartenir à toutes les périodes de l'affection ou faire complètement défaut d'un bout à l'autre de l'évolution. En général, elle n'ap-

paraît qu'après les pertes de sang, et lorsque la lésion a dépassé la limite du col, surtout si elle a envahi le tissu cellulaire péri-utérin.

Quelquefois, elle a les caractères ordinaires des douleurs liées à toutes les affections utérines; pesanteur dans l'abdomen, irradiations douloureuses dans les reins, les aines, les cuisses, au périnée; d'autres fois, elle est extrêmement vive, insupportable, étendue à tout le petit bassin, aux membres inférieurs, à l'anus; elle a tantôt les caractères de la brûlure, de la déchirure, tantôt ceux de la contraction utérine. Dans certains cas, ces douleurs intenses persistent d'un bout à l'autre de l'affection; elles se compliquent quelquefois de poussées douloureuses du côté du péritoine avec nausées et vomissements et un léger mouvement fébrile.

A l'hémorrhagie et à la douleur s'ajoute d'une façon presque constante un *écoulement vaginal*; il se compose le plus souvent d'un liquide d'apparence séreuse, quelquefois tout à fait aqueux, n'ayant pas l'opacité des écoulements vaginaux simples, ni la viscosité glaireuse des écoulements ordinaires du col. Un caractère important est fourni par son abondance, poussée à un tel point que les femmes sont obligées de se garnir comme au moment d'une époque menstruelle. Souvent, il prend une teinte roussâtre par son mélange avec une certaine quantité de sang. A une période plus avancée, il devient plus épais, opaque, muco-purulent, tachant et empesant le linge; le plus souvent alors, il a une *fétidité* particulière, très prononcée, presque caractéristique. Ce liquide cuisant excorie la vulve et la partie supéro-interne des cuisses, qui sont érythémateuses ou ulcérées.

Avec les progrès de la lésion, des troubles se déclarent du côté de la miction: une cystite douloureuse, une induration du bas-fond de la vessie ou du canal de l'urèthre, de la rétention ou de l'incontinence d'urine s'établissent d'une manière passagère ou définitive. Puis, quelquefois tout d'un coup, après un redoublement momentané dans les troubles et les douleurs de la miction, toute l'urine ou à peu près s'écoule d'une manière continue par le vagin: une perforation vésico-vaginale s'est produite.

Enfin, dans d'autres cas, l'urine se supprime, la vessie reste vide: des douleurs lombaires d'une violence extrême se déclarent, des nausées, des vomissements se produisent; il y a anurie et urémie. La compression des urètères ne permet plus le passage de l'urine dans la vessie.

De son côté, le rectum peut être douloureusement impressionné ou troublé dans ses fonctions : de la rectite, du ténésme ano-rectal, se produisent avec des alternatives de diarrhée et de constipation. Enfin, à un moment donné, le passage des gaz dans le vagin, celui des matières ou du liquide des lavements, indiquent qu'une perforation recto-vaginale s'est produite.

Pendant un temps quelquefois long, surtout s'il n'y a pas eu d'hémorragies, à une période même avancée de l'affection, avec un cancer ulcéré, l'état général reste bon; les femmes conservent de la mine, de la fraîcheur et de l'embonpoint.

Plus souvent, après les premières hémorragies, elles se décolorent et prennent un facies où dominant, selon le cas, la pâleur de l'anémie hémorrhagique ou la teinte jaunâtre de la cachexie cancéreuse. L'amaigrissement se prononce, l'appétit se perd, les digestions deviennent mauvaises. La fièvre hectique s'établit par poussées irrégulières et, dans quelques cas, il se produit un œdème thrombotique d'un membre inférieur remontant de proche en proche et envahissant bientôt le côté opposé.

La mort survient par épuisement progressif, ou souvent par une complication telle qu'une péritonite suraiguë ou une hémorragie, et fréquemment encore à la suite du trouble des fonctions rénales. La gêne à l'excrétion de l'urine se traduit par une distension de l'appareil rénal avec atrophie de la substance sécrétante et néphrite interstitielle diffuse. L'urine devient ou non albumineuse, elle diminue de quantité et peut même se supprimer complètement. Alors éclatent une série d'accidents comateux ou convulsifs d'origine urémique qui le plus souvent entraînent la mort.

Signes physiques. — L'examen par le toucher ou au spéculum n'est en général pratiqué que lorsqu'il y a déjà des lésions confirmées et quelquefois avancées. Aussi, les premières phases du développement sont-elles peu connues; on les aurait vues marquées par une plaque saillante, d'un rouge vif, saignant facilement, ayant l'aspect papillaire d'un velours rouge fin, ou par une abrasion douce et veloutée au toucher, entourée de petites granulations sessiles (West), ou par une hypertrophie papillaire rappelant l'aspect du cancer labial (Courty).

Le plus souvent le doigt reconnaît soit une ulcération plus ou moins profonde siégeant sur l'une des lèvres ou sur les deux, péné-

trant ou non dans le col, reposant sur une base dure, soit un col déformé et rendu méconnaissable par la présence de grosses masses bourgeonnantes faisant saillie dans le vagin, qu'elles remplissent à sa partie supérieure, et saignant avec abondance au moindre contact; soit un col augmenté de volume, bourré de bosselures, dur ou ramolli par places, ayant son orifice largement béant, ou au contraire comblé par des nodosités.

Quand il y a une ulcération ou des végétations, le doigt revient couvert de sang et d'un liquide ichoreux horriblement fétide, dont l'odeur ne disparaît qu'après des lavages répétés.

L'examen au spéculum confirme ces données; utile surtout dans les cas d'ulcérations, il ne peut être que difficilement pratiqué quand le vagin est rempli de masses bourgeonnantes dont le contact provoque une hémorragie; il ne fournit aussi que peu de renseignements quand le col est seulement augmenté de volume et induré et donne des signes beaucoup moins importants que le toucher.

Quand le vagin est envahi par des ulcérations ou quand il est infiltré de cancer à sa périphérie, l'introduction de l'instrument peut être très pénible, quelquefois même impossible. Le col ne peut être saisi ou n'est vu que par une de ses lèvres.

En effet, à cette période l'utérus est immobilisé dans le petit bassin et le doigt ne peut plus lui imprimer de déplacements : cette fixité précoce de l'utérus au centre du petit bassin, en dehors de tout antécédent de pelvi-péritonite, peut avoir une certaine importance pour le diagnostic.

La palpation abdominale peut révéler à la région hypogastrique ou dans les fosses iliaques la présence de masses dures, irrégulières, douloureuses, formées soit par l'augmentation de volume du corps utérin, soit par le développement d'une péritonite subaiguë, soit par l'extension de la néoplasie aux annexes de l'utérus ou aux ganglions du petit bassin.

Le cancer *du corps* de l'utérus ne se distingue guère du cancer du col que par l'absence de signes physiques du côté de cette partie de l'organe. On a prétendu que son développement était quelquefois annoncé par une *hydrorrhée* abondante, parfaitement limpide, riche en albumine, précédant tous les autres symptômes du cancer du corps (Mlle Coutzarida, Thèse de Paris, 1885). Extérieurement, le col est normal ou simplement augmenté de volume; l'hystéromètre

indique une augmentation du corps de l'organe et ramène généralement du sang et des débris exhalant une odeur infecte. A une période avancée, un bourgeon cancéreux peut venir faire saillie entre les lèvres du col. La palpation hypogastrique permet quelquefois de reconnaître l'augmentation de volume de l'organe.

Marche, durée. — La durée de l'affection est très variable suivant les cas; elle serait de 16 à 17 mois en moyenne d'après Courty et de 12 mois environ d'après Gusserow. Elle peut se prolonger pendant 5, 6 ans et même plus chez des femmes âgées; au contraire, elle marche en général plus rapidement avant la ménopause.

Après un accouchement ou une fausse couche, le cancer peut, dans quelques cas exceptionnels, évoluer d'une manière aiguë en s'accompagnant d'accidents inflammatoires, de fièvre, de douleurs abdominales. Dans tous les cas, sa marche est accélérée par la grossesse et l'accouchement.

Diagnostic. — Tant qu'il n'y a pas de signes physiques appréciables, le diagnostic du cancer utérin peut être fort difficile; l'affection n'a pas d'autres symptômes que les diverses affections utérines avec lesquelles elle peut être confondue au début. Ce n'est donc qu'en tenant compte des résultats fournis par le toucher vaginal et rectal, au besoin par la dilatation du col et l'introduction de l'hystéromètre, qu'on reconnaîtra un fibrome ou un polype de l'utérus, ou une métrite chronique, donnant lieu à des hémorrhagies et à de la leucorrhée. Souvent alors, ce n'est que l'évolution de la maladie et l'apparition de nouveaux symptômes qui permettent de reconnaître telle ou telle affection. Le diagnostic du cancer doit être fait avec les indurations et les ulcérations du col de diverse nature.

Le col peut présenter dans une de ses lèvres une nodosité dure formée par un fibrome interstitiel, ou il peut être induré en masse dans certaines formes de métrite chronique.

En général, dans le cas de fibrome, comme nous l'avons déjà dit à propos de cette affection, la muqueuse est saine et peut glisser sur le néoplasme sous-jacent; une ou plusieurs autres bosselures peuvent être senties soit par le toucher rectal, soit par la palpation hypogastrique; enfin, à une période plus avancée de l'affection, la muqueuse n'a pas de tendance à être envahie et à s'ulcérer comme dans l'épithélioma du col.

Dans l'induration chronique du col, la consistance de l'organe est

uniformément ferme et ne présente pas les bosselures et les inégalités qui existent dans le cancer parenchymateux. La confusion peut être facile chez des femmes multipares dont le col est interrompu de place en place par des bandes cicatricielles séparées par des bosselures. La consistance uniforme de celles-ci, la profondeur et la disposition radiée des sillons, peuvent être des éléments de diagnostic. La fixité et l'immobilité de l'utérus, l'induration du vagin au voisinage de ses insertions sur le col, sont des signes de probabilité pour le cancer. Dans les cas douteux, le diagnostic ne peut être assuré que par l'examen microscopique de parcelles enlevées.

L'ulcération cancéreuse se distingue des ulcérations simples de la métrite par sa profondeur, par ses irrégularités, l'élévation et l'induration de ses bords et sa résistance aux divers topiques. L'écoulement est muqueux ou muco-purulent dans les ulcérations simples; il est séro-ichoreux et fétide, s'il s'agit d'ulcérations épithéliales.

On ne confondra pas les grosses végétations bourgeonnantes du cancer utérin avec un fibro-myome, mou, putréfié, faisant saillie dans le vagin ou avec un placenta altéré faisant hernie entre les lèvres du col. Dans ces deux cas, le toucher bien fait montre que la tumeur est entourée par l'orifice du col absolument sain et qu'elle ne présente pas la mollesse, la friabilité et la grande tendance aux hémorrhagies qui appartiennent aux végétations cancéreuses.

Le diagnostic du cancer du *corps* de l'utérus ne peut guère se faire que d'après la fécondité et l'abondance des liquides ichoreux sécrétés par l'organe, en coïncidence avec l'intégrité du col. L'hystéromètre, et mieux la curette, en ramenant des parcelles altérées de la muqueuse, peuvent servir à ce diagnostic. Dans les cas douteux, il faut examiner ces parcelles au microscope.

Traitement. — Dès que la nature cancéreuse de l'affection est reconnue ou même soupçonnée, la partie affectée doit être retranchée soit en partie, soit en totalité. L'indication des opérations partielles est remplie par les divers procédés d'*amputation* du col; l'ablation totale de l'utérus ou *hystérectomie* a jusqu'à présent été moins fréquemment employée; elle tend aujourd'hui à entrer de plus en plus dans la pratique.

L'amputation du col de l'utérus peut être *sous-vaginale* ou *supra-vaginale*, suivant que les limites du mal remonteront plus ou moins haut. L'amputation sous-vaginale peut se faire avec le bistouri, la

chaîne de l'écraseur, l'anse galvano-caustique, le thermo-cautère ou la cuiller tranchante.

Quand le col est encore ferme, l'opération peut se faire soit avec le bistouri, soit avec l'écraseur linéaire ou l'anse galvano-caustique; quand il est mou, friable, il est très avantageusement curé à l'aide de la cuiller tranchante.

L'amputation *supra-vaginale* du col se fait avec les mêmes instruments, après détachement des insertions vaginales au col en avant et en arrière et abaissement de l'utérus.

Lorsque le cancer, au lieu de débiter par le col, envahit d'abord le corps de l'utérus, on a proposé de faire l'amputation du corps seul au-dessus du col par la laparotomie.

L'*extirpation totale* de l'utérus ou *hystérectomie* se fait par la voie abdominale ou par le vagin.

L'extirpation par la voie abdominale, préconisée surtout par Freund de Strasbourg, paraît aujourd'hui complètement délaissée; son effroyable mortalité et les récidives rapides qui ont suivi les rares guérisons opératoires, l'ont fait vite abandonner de son auteur même et de ses plus chauds partisans (Rydgier, Schroeder).

L'hystérectomie *vaginale*, pratiquée par Sauter (1822), Récamier (1829) et autres, a été reprise dans ces derniers temps par Czerny, Billroth et Schede, et pratiquée par un grand nombre de chirurgiens étrangers. En France, elle a été pratiquée par Péan, Demons (1882) et d'autres chirurgiens de Bordeaux, par J. Bœckel, Tillaux, Terrier, Trélat, Richelot, Bouilly, etc.

La mortalité de l'hystérectomie vaginale va toujours s'abaissant avec l'expérience des opérateurs; elle serait en moyenne de 22,62 pour 100 (Hache) et même seulement de 15,4 pour 100 (Martin, de Berlin).

Cette opération n'est autorisée que si le cancer est exclusivement localisé au col ou au corps de l'utérus, *sans aucune participation du tissu cellulaire péri-utérin ou du vagin*, et si l'utérus est suffisamment mobile pour être abaissé par des tractions modérées.

On ne saurait encore aujourd'hui porter un jugement définitif sur sa valeur; les résultats seront d'autant meilleurs que l'opération sera faite d'une façon plus précoce.

Le traitement *palliatif* du cancer utérin a pour but : 1° d'arrêter

ou de diminuer les hémorrhagies; 2° de tarir ou de modifier les écoulements ichoreux et septiques; 3° de calmer les douleurs.

Les hémorrhagies pourront être quelquefois arrêtées par les moyens ordinaires employés contre les métrorrhagies, par les injections froides ou chaudes, les astringents et le tamponnement.

Le seigle ergoté et ses diverses préparations n'ont en général aucune action.

La fétidité de l'écoulement sera combattue par des lavages répétés avec divers liquides antiseptiques, sublimé, acides phénique, salicylique, thymique, etc. Un des meilleurs pansements consiste, après lavage abondant du vagin, à appliquer sur les ulcérations ou les végétations cancéreuses des tampons recouverts de pommade iodoformée ou à faire jusque sur les parties malades une insufflation de poudre d'iodoforme.

Enfin, quand des masses bourgeonnantes et saignantes emplissent l'extrémité supérieure du vagin, ou quand une ulcération térébrante creuse le tissu utérin, donnant lieu à des hémorrhagies répétées et à un écoulement fétide et septique, dans les cas où les parties ne peuvent être enlevées par l'amputation du col, nous ne saurions trop recommander, comme un traitement palliatif des plus précieux, l'ablation des parties malades faite à la cuiller tranchante. Cette ablation, pratiquée hardiment et rapidement jusqu'à ce que l'instrument tombe sur du tissu utérin dur et résistant, d'apparence saine, donne lieu à une hémorrhagie modérée et arrête pour un certain temps les métrorrhagies et les écoulements d'une manière instantanée. L'opération est complétée par un tamponnement à la gaze iodoformée, qui peut être laissée en place 8 à 10 jours.

Ce procédé nous paraît préférable aux diverses cautérisations, soit à l'acide chromique, soit au chlorure de zinc ou au fer rouge, ou il peut être précédé en les rendant plus utiles.

Dans tous les cas, ces moyens palliatifs ne font que s'opposer aux symptômes les plus pénibles et n'ont nullement la prétention de s'opposer à la marche progressive de l'affection.

Contre les douleurs, on prescrira les préparations opiacées et en particulier les injections hypodermiques de morphine dont les doses devront parfois être excessivement élevées.

SARCOME DE L'UTÉRUS.

Anatomie pathologique. — Le sarcome a été observé dans l'utérus soit isolément, soit en combinaison avec d'autres tumeurs. On l'a quelquefois décrit sous le nom de *fibro-myome récidivant*, ou observé en coïncidence avec le myxome et même le carcinome.

Il peut se présenter sous deux variétés : le *fibro-sarcome*, caractérisé par des masses nodulaires interstitielles, sous-muqueuses ou sous-péritonéales, capables de former dans la cavité utérine des polypes à large pédicule ; et le *sarcome diffus*, infiltré en nappe dans le tissu utérin. Ces deux variétés peuvent se trouver réunies sur le même organe.

Le microscope y retrouve le plus souvent les éléments du sarcome encéphaloïde, plus rarement ceux du sarcome fasciculé. Ces tumeurs ont une origine mal déterminée ; certains auteurs les font dériver d'une tumeur préexistante et en particulier d'un myome dégénéré (Künst et Schröder), d'autres les considèrent comme une production primitive. Elles sont généralement limitées à la cavité du corps et, caractère important, dans ses deux formes le sarcome respecte presque toujours le col.

L'utérus s'hypertrophie le plus souvent d'une manière considérable ; la cavité du col se dilate et permet au doigt de sentir la tumeur.

On trouve souvent à l'autopsie des nodules secondaires de généralisation dans les ganglions lombaires, le foie, les plèvres, les poumons.

Symptômes. — Le sarcome de l'utérus n'a pas de symptômes qui lui appartiennent en propre ; sa physionomie clinique se confond tantôt avec celle des fibro-myomes utérins, tantôt avec celle des cancers de l'utérus proprement dits. On y retrouve les douleurs, les métrorrhagies, les écoulements fétides, l'expulsion par le col de fragments de tumeurs simulant les polypes, puis, à une certaine période, les phénomènes graves de dénutrition générale causés par les souffrances, les pertes de diverse nature, l'empoisonnement septique et la généralisation secondaire.

Un des caractères cliniques les plus importants de l'affection est fourni par la récidive rapide et constante de la lésion après une

intervention chirurgicale, soit extraction partielle, soit ablation d'une tumeur pédiculée.

On a observé dans quelques cas l'inversion de l'utérus sarcomateux ; elle se produit par un mécanisme analogue à celui qui la détermine dans les fibromes sous-muqueux implantés au fond de l'organe.

D'une manière générale, l'évolution est moins rapide que dans le cancer proprement dit ; elle peut, dans quelques cas, se précipiter d'une manière pour ainsi dire aiguë après une longue période de bénignité relative.

Diagnostic. — Le sarcome de l'utérus ne peut souvent, pendant longtemps, être distingué d'un fibro-myome ou de certaines métrites chroniques avec production de granulations. Le diagnostic ne pourra guère se faire que par l'état général des malades et la marche de l'affection.

L'écoulement d'eau roussâtre fétide, la présence d'une tumeur sentie par le toucher à travers le col dilaté, ne peuvent donner que des présomptions, ces mêmes signes pouvant appartenir aux fibromyomes putréfiés en voie d'élimination. L'examen microscopique révélera les éléments caractéristiques du sarcome dans les fragments de tumeurs enlevés par une intervention ou spontanément éliminés.

La récidive de l'affection constitue aussi un signe de première valeur.

Dans la plupart des cas, le sarcome de l'utérus ne saurait être distingué d'un carcinome du corps.

Le *pronostic* est fatal comme dans le cancer, avec cette seule différence que l'évolution de l'affection est plus longue. La marche paraît plus lente dans le fibro-sarcome que dans les formes molles (G. Thomas).

Traitement. — Si le diagnostic est fait de bonne heure, le seul traitement rationnel est l'hystérectomie totale. Le plus souvent l'affection est méconnue jusqu'à une période où le traitement radical n'est plus applicable ; le traitement palliatif ne diffère pas alors de celui qu'on applique aux divers symptômes des variétés du cancer utérin.