

## 2° TUMEURS FIBRO-KYSTIQUES

SYNONYMES. — Tumeurs fibro-cystiques. — Fibro-myomes lymphangiectasiques (FEHLING et LÉOPOLD)

**Bibliographie.** — KÖBERLÉ, *Gaz. hebd.*, 1869. — HEER, *Ueber Fibro-cyst. des Uterus*, Zurich, 1874. — FEHLING et LÉOPOLD, *Arch. f. Gyn.*, Bd. VII, 1875. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, 1881, 1882. — SCHWARTZ, *Revue de chir.*, 1883. — TERRILLON, TERRIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1883, p. 402. — TILLAUX, *Acad. de méd.*, 1885. — LEBEC, Th. de Paris, 1880 (Bibliogr.).

Beaucoup de tumeurs utérines sont susceptibles de contenir des lacunes ou de véritables kystes dans leurs masses; cependant on réserve plus spécialement le nom de tumeurs fibro-cystiques aux fibro-myomes kystiques. Ces poches, rares avant trente ans, ont une paroi propre tapissée par un épithélium pavimenteux; souvent multiples, les kystes peuvent aussi être multiloculaires, incomplètement cloisonnés par des travées qui contiennent des fibres musculaires mêlées au tissu conjonctif. Ils sont remplis par un liquide « transparent, d'une couleur d'ambre foncé, très filant lorsqu'il vient d'être extrait, mais qui, au bout de quelques heures, se sépare en caillots et en sérum. Il se coagule par la chaleur et à l'exception de la couleur présente une assez grande analogie avec le sang. » Si des vaisseaux se sont rompus ou si la tumeur s'est enflammée, le contenu prend une teinte hématique, brunâtre. Sur soixante-dix (70) kystes, HEER en compte (63) sous-séreux dont douze (12) pédiculés; quelques-uns atteignent de grandes dimensions et on en a vu peser de 50 à 80 livres.

En général ces productions ont une évolution rapide, progressive, offrent les symptômes des myomes ordinaires, néanmoins l'hémorragie est un peu moindre et l'hydrorrhée plus fréquente. La dyspnée survient de bonne heure comme pour les kystes de l'ovaire.

Le diagnostic précis de semblables néoplasmes comporte toujours de très grandes difficultés; la persistance des règles fera écarter l'idée d'une grossesse; les fibroïdes ordinaires sont plus petits. Quant à la distinction entre ces kystes et les tumeurs ovariennes, elle serait, de l'avis de beaucoup de chirurgiens, impossible (TILLAUX). Comme éléments sur lesquels on peut baser un diagnostic différentiel, signalons: une résistance inégale dans les diverses parties, l'existence éventuelle d'un souffle, l'élévation de l'utérus, la constatation des connexions avec la matrice. Ces caractères font défaut dans les kystes ovariens. La ponction n'a pas la valeur qu'on lui a attribuée et n'est pas inoffensive.

La marche rapide et fatale de cette affection, qui amène la mort en peu d'années, a conduit à tenter une opération radicale, l'hystérectomie. Maintes fois le chirurgien est intervenu croyant à l'existence d'un kyste de l'ovaire et a été amené à pratiquer l'extirpation de l'utérus. C'est à l'hystérectomie sus-vaginale, exécutée avec toutes les précautions rigoureuses de la méthode anti-

septique, que l'on doit donner la préférence. Il ne faut enlever les ovaires que s'ils sont malades. Le pédicule est abandonné dans l'abdomen ou fixé à la lèvre supérieure de la plaie abdominale.

SCHWARTZ trouve que soixante-dix (70) opérations faites en employant la fixation au dehors du pédicule ont donné quarante-quatre (44) guérisons et vingt-sept (27) morts, soit une mortalité de 38 p. 100. Sur quarante-neuf (49) opérations avec réduction du pédicule il y a eu trente et une (31) guérisons et dix-huit (18) morts, soit une mortalité de 37 p. 100. L'extirpation est d'autant plus grave qu'on ouvre la cavité utérine.

## 3° POLYPES DE L'UTÉRUS

**Bibliographie.** — LARCHER, *Arch. gén. de méd.*, 1867, 6<sup>e</sup> série, t. IX. — MILLIOT, Thèse de Paris, 1875. — GUILLEMANT, *Ibid.*, 1877. — MASŁOWSKI, *Centr. f. Gyn.*, 1883, n<sup>o</sup> 4. Consulter les *Traité de gynécologie*.

Ce nom est réservé aux tumeurs pédiculées de l'utérus. D'après leur structure on en reconnaît quatre groupes: Polypes *fibreux*, *muqueux*, *papillaires* et *fibrineux*. Les polypes papillaires ou papillomes ne s'observent guère que dans la blennorrhagie ou la grossesse; en général ils n'ont pas de gravité, s'implantent sur le museau de tanche et indiquent exceptionnellement le début d'un cancer. Quant aux polypes fibrineux, leur nature réelle est encore contestable; il s'agirait, pour la plupart des auteurs, de résidus placentaires à la suite des avortements. Ces productions, grosses comme un œuf, pédiculées, provoquent les mêmes accidents que les polypes fibreux.

## A. — POLYPES FIBREUX

Peu communes avant trente ans, ces tumeurs se rencontreraient de préférence dans la race nègre et chez les multipares. En réalité, la structure de ces polypes ne diffère pas de celle des fibro-myomes; ils adhèrent à l'utérus par un pédicule généralement unique, implanté sur la face postérieure de l'organe, tantôt grêle et long, tantôt épais et court; ses vaisseaux ne sont pas très développés.

Les polypes constituent des masses régulières, piriformes, plus rarement lobulées; ils subissent des modifications dans leur forme, ainsi on constate parfois une segmentation; ailleurs le pédicule se rompt, mais la production contracte des adhérences avec un autre point de l'utérus; on ne les voit guère dépasser le volume d'un œuf de dinde; à chaque période menstruelle ils deviennent turgescents. Par le fait de leur évolution ces tumeurs s'engagent dans la cavité cervicale et même proéminent dans le vagin (fig. 139). A cette variété appartiennent les polypes à apparition intermittente signalés par LARCHER, GUILLEMANT et POZZI, implantés sur l'utérus et qui font saillie à l'orifice externe du col au moment des règles. Les transformations que peuvent subir ces néoplasmes étant identiques à celles des fibro-myomes, nous n'y reviendrons pas.

**Symptômes.** — La métrorrhagie à forme ménorragique, la leucorrhée par-

fois fétide, les douleurs expulsives, surtout lorsque la tumeur atteint la cavité cervicale, sont les principaux symptômes de cette affection. Certaines femmes offrent tous les signes subjectifs de la grossesse, mais l'anémie chronique domine la scène.

**Diagnostic.** — Deux cas se présentent : Si le polype fait saillie à travers l'orifice externe on ne pourrait le confondre qu'avec l'inversion utérine; la situation fort différente du fond de l'utérus dans ces deux maladies servira de moyen de diagnostic. Le polype siège-t-il encore en totalité dans la cavité utérine, la maladie ressemble à la métrite chronique; celle-ci ne s'accompagne pas de métrorragies aussi persistantes, et de plus le col boursoufflé, turgide,

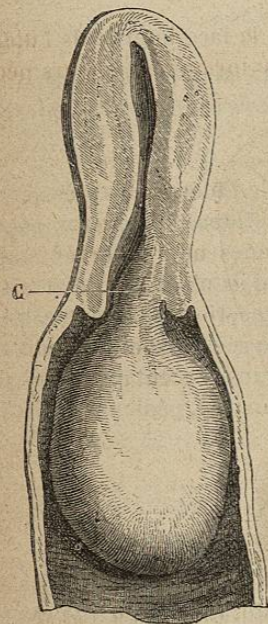


Fig. 139. — Polype fibreux de l'utérus proéminent dans le vagin. C, pédicule.

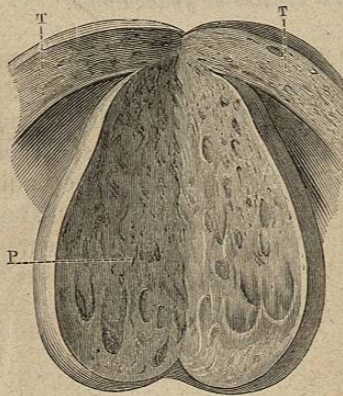


Fig. 140. — Polype fibreux implanté sur le fond de l'utérus. (D'après CRUVEILHIER.) T, parois utérines, — P, polype. Extrait du *Traité de gynécologie* de DE SINÉTY.)

est ulcéré. Il ne faudra recourir à la dilatation comme moyen de diagnostic que dans les cas graves.

Il est de la plus haute importance pour le chirurgien de bien déterminer le point d'implantation du pédicule et son épaisseur. En se servant du doigt, d'un hystéromètre, de pinces, on cherche à apprécier le degré de mobilité et l'absence d'adhérences. A peine est-il besoin de dire que les polypes intermittents devront être examinés à l'époque des règles.

**Pronostic.** — Essentiellement bénins, les polypes fibreux ne récidivent pas à la condition qu'on les enlève tous et complètement. Au point de vue de la santé, ces tumeurs exercent une influence aussi fâcheuse que les autres myomes.

**Traitement.** — Comme pour les fibroïdes, la thérapeutique sera palliative ou curative. La première ne diffère pas, mais les indications opératoires deviennent beaucoup plus générales que pour les myomes. La dilatation du col est presque toujours une opération préliminaire indispensable. Parmi les meilleurs moyens dont dispose le chirurgien pour enlever les polypes, signalons l'excision avec des ciseaux, les serre-nœuds, l'écraseur, la ligature élastique. Si le polype est encore en entier dans l'utérus, mieux vaut ne pas intervenir, seule la gravité des accidents autorise à enfreindre cette règle.

B. — POLYPES MUQUEUX

Ils auraient pour origine les granulations de la face interne de l'utérus dans la métrite chronique. Ces polypes affectent la forme de tumeurs pédiculées,

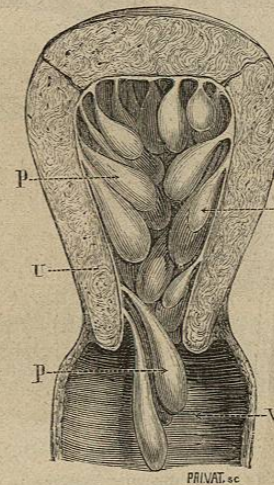


Fig. 141. — Polypes muqueux multiples implantés sur la face interne de l'utérus. (D'après BEIGEL.) V, Paroi de l'utérus, — V, vagin, — P, polypes.

aplaties, grosses comme une amande, siégeant tantôt sur le corps, tantôt sur le col. Bien qu'on en ait rencontré plusieurs appendus comme des sangsues à la face interne de l'utérus (fig. 141), ils sont habituellement solitaires. Une des particularités intéressantes de leur histoire est leur grande vascularité et la longueur du pédicule.

Les polypes du corps sont constitués par un tissu conjonctif lâche, contenant des culs-de-sac glandulaires et des cavités tapissées par un épithélium cylindrique (DE SINÉTY). MASLOWSKI les range dans la classe des adénomes. Ceux du col contiennent des glandes en grappe tapissées par un épithélium caliciforme. L'oblitération de l'orifice glandulaire explique la production de kystes.

Ces tumeurs trahissent leur présence par des métrorragies que la vascularité du néoplasme explique suffisamment et par de la leucorrhée. Celles du col

déterminent en outre de la douleur. On a vu exceptionnellement l'atrophie du pédicule et l'élimination spontanée du polype.

Au spéculum les polypes muqueux apparaissent sous la forme de petites tumeurs violacées que l'on ne peut guère confondre qu'avec une variété végétante de l'épithélioma du col. Le diagnostic des polypes intra-utérins présente de grandes difficultés; le seul moyen de distinguer l'affection de la métrite sera de dilater le col et d'explorer avec le doigt la cavité utérine; cette manœuvre n'est pas inoffensive.

Sans grande gravité par eux-mêmes, les polypes muqueux exposent aux grossesses extrautérines quand ils sont implantés près d'un orifice tubaire.



Fig. 142. — Coupe d'un polype muqueux kystique du col de l'utérus.  
b, tissu coanectif, — m, petits faisceaux musculaires, — a, glandes dilatées formant des cavités kystiques  
e, revêtement composé de cellules caliciformes. (D'après DE SINÉTY.)

L'arrachement, l'excision, la ligature suivis de la cautérisation du pédicule doivent être employés contre les polypes pédiculés procidents. Il n'est indiqué de recourir à la dilatation du col et à l'extirpation ou au curage dans le cas de polypes intra-utérins que si les métrorragies menacent l'existence.

#### 4° SARCOME DE L'UTÉRUS

**Bibliographie.** — GAILLARD THOMAS, *Obstet. J.*, 1875. — HEGAR, *Arch. f. Gyn.*, Bd. II. — BEERMANN, *Diss. Inaug.*, Göttingen, 1876. — FREUND, *Centr. f. Gyn.*, 1878. — BRUNTZEL, *Arch. f. Gyn.*, 1879, Bd. XIV. — JACUBASCH, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd VII, 1882. — OLSHAUSEN, MARTIN, TEUFFEL, *Arch. f. Gyn.*, Bd XIX.

Le sarcome est un néoplasme relativement rare dans l'utérus; contrairement à ce que nous avons vu pour d'autres organes, cette variété de tumeurs serait surtout fréquente de trente-cinq (35) à cinquante (50) ans et chez les femmes stériles. GÜSSEROW a relevé vingt-cinq (25) cas de stérilité sur soixante-trois (63) sarcomes. Certains fibromes, après une période d'évolution lente ou après être restés stationnaires, seraient susceptibles de se transformer en sarcomes; mais le fait est encore contestable.

**Anatomie pathologique.** — Presque toujours limité à la cavité utérine, le sarcome forme des masses végétantes très vasculaires, adhérentes par une large base. Quelquefois la tumeur s'engage dans la cavité cervicale et vient faire saillie dans le vagin sous forme de polype. Par suite de ses progrès, le néoplasme se propage assez vite aux organes voisins où on l'a vu acquérir les dimensions d'une tête de fœtus. Les deux variétés les plus fréquentes seraient le sarcome à cellules rondes et le sarcome à cellules fusiformes.

**Symptômes.** — En dehors des troubles fonctionnels et des symptômes communs à toutes les tumeurs, le sarcome utérin détermine la métrorragie, l'écoulement d'un liquide séreux, rougeâtre, fétide; les douleurs sont plus tardives et moins aiguës que dans le cancer. L'exploration permet de constater l'augmentation de volume de l'utérus et l'existence d'une tumeur adhérente à cet organe, lobulée, parfois saillante au niveau du col. Plus tard la matrice déformée devient fixe. Après une période variable entre dix-huit mois et cinq ans, le sarcome aboutit à la cachexie; il récidive et se généralise.

**Diagnostic.** — Le diagnostic du sarcome utérin offre de grandes incertitudes. Seul le retentissement plus rapide sur l'état général différenciera le sarcome des fibro-myomes vasculaires; cependant les derniers présentent habituellement une consistance plus grande. L'augmentation de volume est moindre dans la métrite. Quant au cancer du corps de l'utérus, il est bien difficile à distinguer du sarcome; signalons comme caractères distinctifs l'acuité moindre des douleurs lancinantes, l'intégrité plus longtemps prolongée des fonctions vésicales et rectales, l'absence d'adénopathie lombaire.

**Traitement.** — Jusqu'à ces dernières années on ne faisait que des opérations partielles contre le sarcome utérin; aussi la récidive était-elle la règle. Comme traitement palliatif on avait recours à l'excision, à la ligature si le sarcome était pédiculé, au grattage avec la curette dans la forme diffuse.

Afin d'obvier aux dangers des hémorragies graves qui résultent de ces interventions, il faut cautériser la surface avec le perchlorure ou l'acide chromique. En pareil cas la prolongation de la vie est le seul objectif.

Depuis les progrès considérables de la chirurgie abdominale, quelques opérateurs ont poussé la hardiesse jusqu'à enlever les utérus sarcomateux; FREUND aurait obtenu trois (3) guérisons sur cinq (5) opérées.

5<sup>e</sup> CARCINOME DE L'UTÉRUS

**Bibliographie.** — BLAU, *Path. Anat. ueber den Gebärmutter Krebs.*, Berlin, 1870. — SPIEGELBERG, *Arch. f. Gyn.*, Bd. III, 1872 et Bd. VI, 1874. — RUGE et VEIT, *Zeitsch. f. Gyn.*, 1878. — FREUND, *Centr. f. Gyn.*, 1878. — KOCH, *Arch. f. Gyn.*, Bd. XIV. — FREUND, *Volkmann's Samml. klin. Vortrage*, 1878. — SCHANTA, *Centr. f. Med.*, 1880. — SCHREIDER, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd VI. — FERÉ et CARON, *Progrès méd.*, 1883, p. 1049. — SÄNGER, *Arch. f. Gyn.*, B1 XXI. — SCHWARTZ, *Revue de chirurgie*, 1883. — J. BÖCKEL, DEMONS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884, Bd. X. — GALLARD, VERNEUIL, TRÉLAT, LABBÉ, etc., *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884. — HOFMEIER, *Zeitsch. f. Geburt.*, Bd. X, 1884. — *Extirpation de l'utérus. Voyez Revue de Hayem*, t. XXV, p. 639, 1885.

Thèses de Paris. — 1872, TESTEAU, MATHIEU, WATELLE, CHANTREUIL. — 1874, LABORDE, CHAUMONT, CALMELS, LEROY, CARRÈRE. — 1876, BOUDIN, FUZIER. — 1879, LEGOUPILS, LEJEUNE, MALEYX. — 1880, HUC, MARQUEZ, PICQUÉ (Agrég.). — 1883, CARON. — 1884, SAUVE.

Thèse de Bordeaux. — 1884, DOCHE.

**Étiologie.** — L'utérus est un des organes du corps humain le plus souvent affectés par le cancer.

Extrêmement rare avant la puberté, s'il existe, le carcinome devient plus commun de trente à quarante ans, pour atteindre son maximum de fréquence de quarante à cinquante ans. SCANZONI, SCHRÖDER admettent que les multipares y sont plus exposées que les nullipares. L'influence de l'hérédité serait mieux démontrée que celle des inflammations chroniques antérieures (métrites, ulcérations). Suivant VERNEUIL, il faudrait considérer cette affection comme une manifestation de la diathèse néoplastique. Quant aux causes banales telles que l'excès de coït, les accouchements nombreux, elles sont fort hypothétiques. Notons encore une prédisposition spéciale de la race nègre.

**Anatomie pathologique.** — Au point de vue histologique, les carcinomes de l'utérus, qu'ils siègent sur le corps ou le col, appartiennent aux deux variétés : 1<sup>o</sup> le cancer épithélial (épithéliome pavimenteux lobulé ou tubulé, épithéliome cylindrique); 2<sup>o</sup> le carcinome vrai qui affecte presque toujours la forme encéphaloïde.

Comme types cliniques, les auteurs distinguent : 1<sup>o</sup> un cancer ulcéreux; 2<sup>o</sup> végétant; 3<sup>o</sup> infiltré. Ces trois variétés coexistent souvent et la forme végétante s'accompagne de pertes de substance. Quant à l'infiltration, elle se manifeste par des nodosités sous-muqueuses qui s'ulcèrent ensuite.

Si dans quelques circonstances rares le cancer du corps est primitif, indépendant de celui du col, développé dans les muscles ou les glandes, dans la majorité des cas le carcinome se propage du col à l'utérus. L'affection débute par le museau de tanche, par la cavité cervicale ou le corps. RUGE et VEIT ont remarqué que le cancer de la portion vaginale respecte la limite de l'orifice externe et tend à se porter du côté du vagin. Sur trois cent soixante-sept (367) cas de SCHRÖDER, où on a pu préciser le point de départ de la lésion, deux

cent-trente-six (236) fois le néoplasme avait débuté par la partie vaginale de l'utérus, cent quatre-vingt-une (181) fois dans le canal et vingt et une (21) fois dans le corps.

Quels que soient la forme et le siège de la lésion, tous les carcinomes utérins sont remarquables par leur tendance à envahir les parties voisines. Le vagin est l'un des premiers atteints; puis viennent la vessie et le rectum qui finissent par se perforer, les ganglions lymphatiques abdominaux, les ovaires, les vaisseaux, les uretères, les reins (néphrites), le péritoine (péritonites circonscrites chroniques, rarement aiguës). Les fistules urinaires existeraient une fois sur six (6) carcinomes; sur quatre-vingt-treize (93) autopsies, BLAU trouve soixante-quinze (75) propagations au vagin, vingt-huit (28) fistules vésicales et

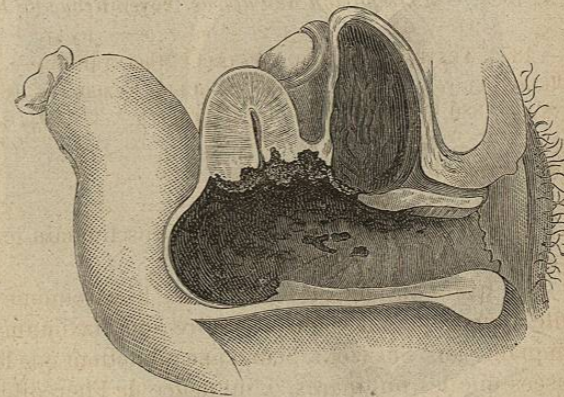


Fig. 143. — Cancer de l'utérus avec destruction du col et d'une partie du corps. Fistule vésico-utéro-vaginale. (D'après CRUVEILHIER.)

treize (13) fistules rectales; cinquante-sept (57) fois il y avait de l'hydronéphrose ou des accidents du côté des reins. Les métastases viscérales et osseuses ne surviennent qu'à une période déjà éloignée du début. Toutes choses égales, les épithéliomes produisent plus lentement l'infection et la métastase que le carcinome encéphaloïde.

**Symptômes.** — *Première période.* — *Invasion.* — On a remarqué que le début du carcinome était très insidieux; ici aussi nous signalerons le sentiment de pesanteur dans le bassin et les douleurs lombaires que nous retrouvons dans la plupart des tumeurs.

*Deuxième période.* — *Ulcerations. Métrorragies.* — Un autre symptôme beaucoup plus important commun à diverses affections utérines est la métrorragie. D'abord passagères, accidentelles, les pertes de sang reviennent à des intervalles irréguliers, parfois même après la ménopause. Cette hémorragie, que le repos prolongé suffit à arrêter, alterne avec un écoulement muqueux, fluide, roussâtre, qui devient de plus en plus fétide, sanguinolent, ichoreux, à mesure que le cancer s'étend.

Les douleurs si pénibles des dernières périodes n'existent pas encore, on observe seulement toute une série de troubles sympathiques qui, joints à l'âge