

chement se faire spontanément, quitte à le terminer par version, extraction au forceps, incisions, s'il tardait trop et que l'enfant en fût incommodé.

Si le fœtus était mort, on débarrasserait l'utérus par embryotomie.

L'utérus évacué, la conduite la plus rationnelle est de faire séance tenante l'hystérectomie.

Nous ne verrions aucun inconvénient à agir comme si le travail n'était pas commencé et à faire par l'abdomen l'extraction du fœtus et l'hystérectomie. C'est d'ailleurs la conduite qu'ont tenue Bischoff, Schröder, Fochier, Grapow et Fritsch ; mais ils n'ont choisi cette méthode que parce que l'accouchement par les voies naturelles paraissait impossible.

II. — **Traitement du cancer inopérable.** — A. *Au cours de la grossesse.* — Aucune opération ne peut plus sauver les jours de la mère, l'intérêt du fœtus passe au premier plan. Il faut tâcher d'amener la grossesse à terme, se borner à désinfecter le néoplasme et à fortifier l'état général. Si la grossesse est avancée et si la mère vient à mourir, il faut pratiquer l'opération césarienne.

B. *Pendant le travail.* — Il ne faut pas trop compter sur l'accouchement spontané. L'enfant peut être parfois amené à l'extérieur, grâce à des incisions du col et à l'emploi du forceps ; mais s'il donne des inquiétudes, il vaut mieux pratiquer l'opération césarienne classique.

Si l'enfant est mort, on l'extraira par embryotomie.

## II. — SARCOME DE L'UTÉRUS.

C'est là une question d'étude assez récente ; les premiers cas certains datent d'une quarantaine d'années. Hutchinson, Callender (1), Paget et West avaient décrit des fibromes récidivants. Virchow décrivait le sarcome de la muqueuse et croyait à la transformation sarcomateuse des fibromyomes. Hegar (2) publia le premier travail d'ensemble en 1871, celui de Gusserow (3) est de 1878. Depuis lors, les observations se sont multipliées.

Il faut distinguer le *sarcome de la muqueuse* et le *sarcome de la paroi*.

A l'inverse de l'épithéliome, le sarcome siège de préférence au niveau du corps de l'utérus (8 du corps contre 1 du col d'après Gessner) (4). La fréquence du sarcome comparée à celle de l'épithé-

(1) CALLENDER, Recurrent fibroid tumour of the uterus with growths of a similar character in the pericardium, the lungs and the body of the sixth cervical vertebra (*Transact. of the London path. Soc.*, 1858, IX, p. 327).

(2) HEGAR, Das Sarkom des Uterus (*Arch. für Gynæk.*, Bd II, S. 29, 1871).

(3) GUSSEROW, Sarkome des Uterus (*Handbuch der Frauenkrankheiten von Billroth*, Bd II).

(4) GESSNER, Das Sarcoma Uteri (*Handb. der Gynæk. von Veit*, dritter Band, 2<sup>te</sup> Hälfte, Zweite Abtheilung, S. 867, 1899).

liome serait de 1 pour 40 d'après cet auteur, de 1 pour 20 d'après von Franqué (1).

De l'*étiologie*, nous ne savons presque rien, sinon que la grossesse ne semble pas avoir d'influence, que le sarcome de la muqueuse se rencontre dans la première enfance, au moment où la menstruation s'établit, mais surtout dans les années qui précèdent ou suivent immédiatement la ménopause ; que le sarcome de la paroi n'existe pas avant la période d'activité sexuelle, a son maximum de fréquence entre quarante-cinq et cinquante ans et n'est pas très rare entre cinquante et soixante ans.

## SARCOME DE LA MUQUEUSE.

**Anatomie pathologique.** — Il peut se présenter sous la forme *diffuse* ou sous la forme *polypeuse*, cette dernière environ deux fois moins fréquente.

Le sarcome diffus de la muqueuse siège de préférence au voisinage du fond, sa surface est irrégulièrement mamelonnée, la section en est gris jaunâtre, blanche ou rosée, parfois hémorragique suivant la vascularisation ; on y voit quelquefois des vacuoles et de petits kystes.

La néoplasie se développe de préférence vers la cavité utérine et a peu de tendance à envahir le muscle utérin. Le volume du corps de l'utérus est faiblement et régulièrement augmenté ; la consistance est peu altérée. L'orifice interne peut être obstrué et il en résulte alors, par rétention du sang et des sécrétions, une augmentation de volume très considérable. La vessie et le rectum restent indemnes.

Les métastases sont tardives.

Dans la forme polypeuse, le point de départ est vraisemblablement la couche profonde de la muqueuse. Les couches superficielles et les éléments glandulaires peuvent rester longtemps intacts.

La tumeur en augmentant détermine des contractions utérines qui dilatent le col, permettent au polype de se montrer ; le col peut l'étrangler et y déterminer par striction des processus de nécrobiose.

Microscopiquement, on décrit des sarcomes fuso et globo-cellulaires, mais les formes pures sont rares.

A la surface des tumeurs, les glandes peuvent être conservées ; dans leur intérieur on n'en trouve que rarement : ce sont alors des adénosarcomes.

Les vaisseaux y sont généralement rares, sauf dans les angiosarcomes.

**Symptomatologie.** — Les symptômes n'ont rien de bien caracté-

(1) VON FRANQUÉ, Ueber Sarcoma Uteri (*Münch. med. Wochenschr.*, 1898, p. 1301).

ristique. Ce sont encore des hémorragies, des écoulements leucorrhéiques, des douleurs et finalement la cachexie.

Les hémorragies sont presque toujours le premier symptôme et n'ont manqué que très rarement. Elles peuvent être quelquefois extrêmement abondantes, mais pas au point d'entraîner la mort. Elles se présentent sous la forme de ménorragies ou d'hémorragies survenant au cours d'un écoulement sanguinolent.

On a observé fréquemment la production d'un hématomètre ou d'un pyomètre pouvant acquérir un très grand volume; la sclérose sénile du col en est en partie la cause; la quantité de sang retenue peut atteindre 15 litres (1).

La leucorrhée ne fait presque jamais défaut. Très abondante et survenant dans un âge avancé, elle doit même faire penser au sarcome. D'une odeur fade au début, elle n'atteint presque jamais la fécondité de la leucorrhée de l'épithéliome.

Les douleurs manquent dans les premiers temps et ne se produisent que lorsque l'utérus est augmenté de volume. Il y a alors des sensations de pesanteur et des irradiations dans le sacrum, les hanches et les cuisses. Dans la forme polypeuse, on observe presque toujours des douleurs d'expulsion.

Les malades accusent très souvent des troubles vésicaux, même lorsque la tumeur est absolument limitée à l'utérus: envies fréquentes, douleurs en urinant, ténésme vésical. Ces troubles surviennent même avant que l'utérus soit notablement augmenté de volume.

La constipation opiniâtre est souvent observée à la suite de l'infiltration du bassin. Les uretères restent d'habitude perméables.

Il ne se produit généralement pas de fistules vésicales ou rectales. L'ascite ne se présente que lorsque le péritoine est envahi.

L'état général peut rester bon assez longtemps lorsque les hémorragies et la leucorrhée ne sont pas abondantes.

La durée est extrêmement variable, allant de deux mois à cinq années, en moyenne de deux ans, la forme polypeuse étant un peu moins maligne.

Les métastases sont rares et tardives, le poumon est leur siège de prédilection.

**Diagnostic.** — Diagnostiquer un néoplasme malin de l'utérus est assez souvent facile; dire que ce néoplasme est un sarcome n'est guère possible sans le secours du microscope.

Néanmoins, quelques signes peuvent nous guider: tels sont les écoulements hydrorrhéiques abondants survenant à un âge avancé et s'accompagnant d'hémorragies sans augmentation bien notable de l'utérus. Les fibromes sous-muqueux donnent des écoulements analogues, mais seulement lorsque leur volume est considérable.

(1) TERRILLON, Sarcome de la muqueuse utérine et hématomètre (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 157).

De même, le ténésme vésical sans lésion appréciable de la vessie, lorsqu'il accompagne les symptômes d'une tumeur maligne de l'utérus, doit faire penser au sarcome.

C'est encore au sarcome que fera songer un utérus un peu mou, régulièrement augmenté de volume et atteignant celui d'une tête d'enfant chez une malade cachectique, puisque l'épithéliome du corps n'atteint jamais cette dimension.

Mais, en général, on ne pourra être affirmatif que lorsqu'un histologiste compétent aura examiné les débris expulsés ou recueillis par la curette.

Au niveau du canal cervical, le sarcome de la muqueuse prend quelquefois une forme spéciale à laquelle on a donné le nom de *sarcoma colli uteri hydropicum papillare*. Cette néoplasie a son point d'implantation dans le col, pénètre dans le vagin et s'y développe avec un aspect de grain de raisin analogue à celui de la môle hydatiforme. On l'a observée quelquefois dans le tout jeune âge. Sa gravité est celle du sarcome; jamais on n'a observé de guérison durable après l'ablation, mais celle-ci a toujours été faite économiquement (1).

#### SARCOME DE LA PAROI UTÉRINE.

Ce sont ou bien des tumeurs primitivement développées aux dépens des éléments de la paroi utérine, ou plus souvent des fibromes dégénérés.

Cruveilhier ne croyait pas à la transformation sarcomateuse des fibromes; Rokitanski croyait la combinaison de ces deux néoplasmes assez fréquente. Pilliet (2) avait étudié cette évolution, et avait inspiré la thèse de Costes (3), qui traite de ce sujet. Sur vingt et une observations de fibromes, il trouve onze fois des formations sarcomateuses; on constate d'abord une augmentation considérable du nombre des capillaires et de leurs pointes d'accroissement; les cellules de l'endothélium des vaisseaux sanguins se segmentent, se multiplient, forment plusieurs couches concentriques; elles s'infiltrant entre les fibres musculaires et connectives qui disparaissent; souvent les vaisseaux sont oblitérés par le sarcome lui-même, il y a nécrose consécutive et formation de kystes sarcomateux.

On les trouvera donc, comme les fibromes, de préférence au niveau du corps et ils pourront affecter toutes les formes des fibromes, être sous-muqueux, interstitiels ou sous-séreux. La forme sous-muqueuse est de beaucoup la plus fréquente.

(1) OZENNE, Sarcome kystique en grappe de la muqueuse utérine (*Revue d'obst. et de gynéc.*, 1894, p. 188).

(2) PILLIET, Évolution sarcomateuse d'un fibrome utérin. Une hypothèse sur l'origine des fibromes (*Soc. anat.*, janvier 1894).

(3) COSTES, Recherches anatomo-pathologiques sur l'évolution des fibromes de l'utérus et de ses annexes, thèse de Paris, 1895.

La dégénérescence commence le plus souvent dans les parties centrales du fibrome. A la coupe, on distingue l'un de l'autre les deux tissus.

Ces tumeurs peuvent acquérir un volume énorme; elles restent généralement arrondies, sauf quand elles traversent le canal cervical, auquel cas elles prennent une forme en sablier.

Comme les fibromyomes, les sarcomes qui en naissent sont pauvres en vaisseaux, quoique l'on ait décrit des formes télangiectasiques. On y peut trouver des foyers hémorragiques et des formations kystiques, des portions en dégénérescence graisseuse ou hyaline (1).

Le muscle utérin n'est que tardivement envahi. Le néoplasme peut atteindre alors et envahir la séreuse péritonéale, s'infiltrer dans les ligaments larges.

Au microscope, on trouve que ces sarcomes sont fuso-cellulaires ou globo-cellulaires, les premiers beaucoup plus fréquents. Quant au point de départ, nous avons vu que Pilliet le plaçait dans l'endothélium vasculaire; d'autres le mettent dans le tissu conjonctif; d'autres enfin croient que la cellule musculaire peut se transformer directement en cellule de sarcome.

**Symptomatologie.** — C'est à peu près celle des fibromes et l'évolution seule permet de les différencier.

Les myomes par leur présence retardent parfois la ménopause, mais, une fois qu'elle s'est établie, ils ne donnent plus d'hémorragies. S'en produit-il encore, la dégénérescence sarcomateuse est probable.

Après la ménopause, les fibromes cessent de s'accroître et diminuent même quelquefois. Un accroissement notable à cette période de la vie est en faveur du sarcome.

La cachexie n'apparaît guère dans les fibromes; elle est quelquefois précoce dans les sarcomes.

La durée de ces sarcomes est extrêmement variable. Tandis que quelques-uns ne paraissent pas plus graves que de simples fibromes, d'autres s'accroissent et se généralisent très rapidement. Les fibromes en dégénérescence sarcomateuse semblent être moins malins que les sarcomes primitifs de la paroi.

Les métastases sont tardives, mais ne sont pas rares. Sur 33 autopsies, Gessner en rencontre 24 fois. C'est encore le poumon qui les présente le plus souvent.

**Diagnostic.** — C'est ici encore le microscope seul qui peut donner une certitude; la clinique ne peut donner que des présomptions.

Une tumeur ayant les caractères d'un fibromyome doit être soupçonnée d'évolution sarcomateuse lorsqu'elle augmente après la ménopause, lorsqu'elle donne lieu à des hémorragies après que la

(1) MERMET, Structure histologique d'un fibromyome utérin télangiectasique. Évolution sarcomateuse. Thromboses vasculaires et lésions de dégénérescence (*Bull. de la Soc. anat.*, 1896, p. 889).

ménopause s'est bien établie, lorsqu'elle s'accompagne de cachexie, lorsqu'elle occasionne des troubles que n'expliquent ni son siège, ni son volume, lorsque l'on constate de l'ascite (les fibromes sous-séreux en donnent quelquefois), lorsque son volume devient rapidement très grand, lorsque sa consistance est molle ou fluctuante, lorsqu'elle récidive après ablation.

Le curetage explorateur ne renseignera pas toujours, étant donné que la tumeur est recouverte le plus souvent par de la muqueuse saine; mais il ne faudra jamais manquer d'examiner les polypes enlevés.

#### Traitement des sarcomes de l'utérus.

Quand on a pu poser le diagnostic de sarcome, il ne faut pas tarder à intervenir et l'intervention ne peut être que l'hystérectomie.

Quoiqu'on ait noté des guérisons durables après des ablations partielles de l'utérus, nous pensons qu'il ne doit y avoir aucune hésitation et qu'il faut pratiquer toujours l'ablation totale.

Quelle voie devra-t-on prendre pour cela? Ici le gros argument des ganglions dont l'hystérectomie vaginale interdit l'exploration n'a aucune valeur: ce n'est pas la voie lymphatique qu'emprunte le sarcome pour envahir l'économie. Néanmoins, il est bien certain que les tumeurs volumineuses, gros fibromes en dégénérescence par exemple, seront abordées par le ventre. Quant aux utérus plus petits, ce seront les préférences et les habitudes du chirurgien qui feront pencher la balance; leur ablation est possible par le vagin sans inconvénients, mais les chirurgiens qui aiment à voir clair — et nous sommes du nombre — les enlèveront plus volontiers par l'abdomen. Quand le néoplasme a dépassé les limites de l'utérus, on fera par l'une ou l'autre voie une opération pénible et d'une utilité douteuse.

Les chiffres manquent pour nous renseigner suffisamment sur les résultats ultérieurs.

Nous savons cependant que le sarcome de la muqueuse et celui de la paroi sont très susceptibles de récidiver après l'opération et que leur pronostic est à peu près celui de l'épithéliome du corps. Les sarcomes nés de fibromes semblent récidiver moins, et si l'on examinait au point de vue de la dégénérescence tous les fibromes que l'on enlève on arriverait probablement à reconnaître que le pronostic dans cette variété est très peu grave après hystérectomie.

#### SARCOME ET GROSSESSE.

Nous serons ici beaucoup plus courts que lorsqu'il s'agissait d'étudier les rapports de l'épithéliome avec la grossesse.

Ce qui faisait l'intérêt de cette question, c'était le siège principale-

ment cervical de l'épithéliome, ne gênant pas la conception, mais faisant obstacle à l'expulsion.

Le sarcome du col est beaucoup plus rare que celui du corps. Il prête d'ailleurs aux mêmes considérations que l'épithéliome du col.

Quant au sarcome du corps, s'il s'agit de la dégénérescence sarcomateuse d'un myome, on se conduira comme si le myome n'était pas dégénéré; s'il s'agit d'un sarcome primitif de la muqueuse ou de la paroi, il est bien rare que la grossesse puisse évoluer et même que la fécondation se produise. Nous verrons, en étudiant le déciduome, que pour certains auteurs il n'est, comme la môle hydatiforme, que le résultat de la greffe d'un œuf fécondé sur la muqueuse utérine sarcomateuse.

### III. — ENDOTHÉLIOME DE L'UTÉRUS.

Dans la *Gynécologie* de Veit, Gessner consacre huit pages à cette variété de néoplasme.

Il en signale cinq observations [Amann (1), Braetz (2), Grape (3), Mac Farland (4), Pick (5)], auxquelles nous renvoyons le lecteur. Les caractères anatomiques et cliniques de ces tumeurs ne nous paraissent pas assez démonstratifs pour que nous prenions sur nous d'en affirmer l'existence. Nous attendrons que nos anatomo-pathologistes compétents se soient prononcés à ce sujet.

Il ne suffit pas, en effet, dans des tumeurs ressemblant à des épithéliomes tubulés, de trouver des cellules néoplasiques remplissant les vaisseaux lymphatiques ou sanguins pour affirmer que l'endothélium vasculaire en est le point de départ.

### IV. — DÉCIDUOME MALIN.

L'accouchement ou l'avortement se termine par l'expulsion du placenta et des membranes dont fait partie la *caduque* (decidua), qui n'est autre chose qu'une partie de la muqueuse utérine.

Cette expulsion peut être incomplète, des débris placentaires peuvent rester greffés sur la paroi utérine, y vivre quelque temps et constituer des polypes placentaires, décrits à tort vraisemblablement sous le nom de polypes fibrineux (6). Ce ne sont pas des néoplasmes, ils ne s'accroissent pas.

(1) AMANN, Die Neubildungen der Cervicalportion (*München Wochenschr.*, 1892, p. 31-54).

(2) BRAETZ, Ein Fall von Endotheliom der Portio vaginalis (*Arch. für Gynæk.*, Bd LII, p. 1).

(3) GRAPE, Ein Fall von Endothelsarkom des Uterus, Diss. Greifswald, 1897.

(4) MAC FARLAND, A large round-cell Sarcoma of the Uterus (*Med. News*, Philadelphia, 1894, t. LXV, p. 632).

(5) PICK, Zur Lehre vom Myoma sarcomatosum und über die sogenannten Endotheliome der Gebärmutter (*Arch. für Gynæk.*, Bd XLIX, p. 1).

(6) ANNA KLASSON, Contribution à l'étude des faux polypes de l'utérus (*Ann. de gynéc.*, 1889, p. 105). — PAUL JAÉGLÉ, Les polypes placentaires, thèse de Lyon, 1893.

L'utérus peut expulser à terme un fœtus suivi d'un placenta dont une partie présente une dégénérescence kystique en grappe de raisin; il peut expulser, un temps variable après la suppression des règles, une masse constituée uniquement par des vésicules sans que l'on trouve de fœtus. C'est ce qu'on appelle une *môle hydatiforme*, ce que l'on pensa longtemps être une dégénérescence myxomateuse ou une hydropisie des villosités choriales.

Après l'expulsion d'une de ces môles, la santé peut rester parfaite. Néanmoins, on a décrit des môles hydatiformes récidivantes (1).

Enfin, après l'expulsion d'une môle ou après une grossesse terminée par un accouchement ou un avortement, la femme peut présenter des hémorragies répétées, une cachexie rapide, une augmentation de volume de l'utérus, et mourir en pleine généralisation néoplasique. Il s'agit alors de *déciduome malin*, encore désigné sous les noms de *déciduosarcome*, *sarcome déciduocellulaire*, *carcinome syncytial*, *syncytiome malin*, *chorio-épithéliome*, *choriome*, etc.

La multiplicité de ces termes montre que l'on n'est pas très bien fixé sur la nature du néoplasme.

Le premier cas en fut publié par R. Mayer (2). Saenger (3) publia le premier travail d'ensemble; la question fut étudiée en France par Nové-Josserand et Lacroix (4), Hartmann et Toupet (5), etc.

**Anatomie pathologique.** — Il s'agit d'une tumeur du corps de l'utérus, pouvant atteindre un volume assez considérable, bourgeonnant dans la cavité utérine, mais envahissant aussi la paroi et détruisant plus ou moins complètement la musculature. On découvre le plus souvent à l'autopsie des noyaux de généralisation envahissant de préférence les poumons.

Au point de vue histologique, on trouve que le néoplasme est constitué par des cellules dont les unes ressemblent aux grandes cellules de la caduque, les autres à celles des villosités placentaires.

Rappelons que ces villosités comprennent un stroma et un revêtement épithélial composé lui-même de deux couches: 1° la *couche de Langhans* en rapport avec le stroma et formée d'une assise de cellules cubiques et cylindriques distinctes, entourant toute la villosité; 2° la *couche superficielle* ou *syncytium*, couche protoplasmique riche en noyaux, rappelant les cellules géantes. On a discuté sur l'origine fœtale ou maternelle de ce syncytium et sur sa nature conjonctive ou épithéliale. On admet aujourd'hui qu'il est d'origine

(1) OUVRY, Étude de la môle hydatiforme, thèse de Paris, 1897. — MENU, La môle vésiculaire tumeur maligne, thèse 1898-1899, n° 416.

(2) R. MAYER, Ueber Geschwulstbildungen mit dem Ban des Deciduagewebes (*Virchow's Archiv*, 1875, Bd LXVII, p. 53).

(3) SAENGER, Ueber Sarcoma uteri deciduo-cellulare und andere deciduale Geschwülste (*Arch. für Gynæk.*, 1893, Bd XLIV, p. 89).

(4) NOVÉ-JOSSERAND et LACROIX, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, février, mars, avril 1894.

(5) HARTMANN et TOUPEL, *Bull. de la Soc. anat.*, 26 oct. 1894.