

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 TOUPET, *Bull. de la Soc. anat.*, 26 oct. 1894.

foetale et Mathias Duval a démontré qu'il dérive de l'ectoderme foetal.

Étiologie et pathogénie. — L'affection survient chez des femmes encore relativement jeunes. D'après Pestalozza, 20 fois sur 30 elle est précédée d'une grossesse molaire, 10 fois sur 17 pour von Franqué. En tout cas, s'il n'y a pas eu expulsion de môle hydatiforme, il y a eu récemment un accouchement ou un avortement. Ce sont des faits dont les théories pathogéniques doivent évidemment tenir compte.

En somme, la tumeur contenant des éléments de type décidéal et de type syncytial, les uns en ont fait une tumeur d'origine utérine, les autres une tumeur d'origine ovulaire.

La théorie de Veit (1) est le type de celles de la première catégorie. Veit trouve dans la môle hydatiforme qui précède le déciduome des lésions de la caduque vraie; un œuf malade ne pourrait déterminer des lésions secondaires que dans la sérotine. C'est donc l'endomètre qui est primitivement malade, et voici comment il conçoit la succession des faits :

Une femme atteinte de sarcome du corps de l'utérus conçoit; sous l'influence de la grossesse, quelques éléments prennent des caractères syncytiaux et les gardent (c'est là le point faible de la théorie); la grossesse peut s'interrompre, devenir molaire ou aller à terme. L'œuf peut être expulsé tout entier ou laisser quelques villosités. Le sarcome modifié par la grossesse subit une évolution plus rapide. Il s'agit donc d'une tumeur d'origine maternelle et de type conjonctif.

Pour Marchand (2), la maladie primitive de l'œuf est plus vraisemblable : ce sont ses éléments épithéliaux qui perforent la caduque sérotine et pénètrent le muscle utérin. Il s'agit donc d'une tumeur d'origine foetale et de type épithélial.* C'est également l'avis d'Ouvry et de Durante, et celui-ci propose pour la môle et le déciduome nom d'*épithélioma ectoplacentaire*. Cette dernière théorie nous permet de comprendre que le déciduome n'est pas une conséquence fatale de la môle; celle-ci peut être expulsée en totalité et l'utérus avoir été préservé par la caduque.

Symptomatologie. — C'est après un accouchement, un avortement, l'expulsion d'une môle que le déciduome commence à manifester son existence.

Le plus souvent, la femme a cessé de perdre, lorsqu'au bout de quelques semaines elle présente des métrorragies; quelquefois, pourtant, l'hémorragie d'un avortement s'est continuée sans interruption avec celle du déciduome. Ces hémorragies au début n'ont rien de caractéristique et on peut parfaitement les confondre avec celles que

(1) VEIT, *Handb. der Gynæk.*, Band III, 2^e Hälfte, p. 535, 1899.

(2) MARCHAND, *Monatschr. für Geb. u. Gynæk.*, I, p. 419 et 513; *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1894, p. 813, 1898, p. 11; *Zeitschr. für Geb. u. Gynæk.*, XXXII, p. 405.

donne la rétention de quelque débris placentaire; mais elles ne tardent pas à devenir inquiétantes.

Ce ne sont pas ici les petits vaisseaux de la muqueuse qui saignent, ce sont des vaisseaux parfois importants du muscle utérin ulcérés par le processus néoplasique. Les pertes sont donc abondantes et ne cèdent pas aux moyens ordinaires; le curettage n'a contre elles qu'une action passagère. Elles conduiraient rapidement les malades à un état d'anémie complète, si elles étaient continues; mais elles sont généralement intermittentes, faisant place pendant quelques jours à un écoulement rosé, pour reprendre ensuite de plus belle.

Des écoulements fétides se joignent parfois aux pertes sanguines.

L'état général ne tarde pas à s'altérer et la cachexie s'installe après l'amaigrissement, l'anorexie et la perte des forces.

Si l'on examine l'utérus, on constate qu'il est augmenté de volume; le col est souvent ramolli et entr'ouvert. N'était l'hémorragie, on penserait parfois à une grossesse de quatre mois, erreur que nous avons vu commettre.

L'exploration à l'hystéromètre peut être dangereuse; il est préférable de pratiquer, après dilatation du col, l'exploration digitale. Le doigt rencontre des masses bourgeonnantes et permet parfois de constater un signe sur lequel ont insisté Gottschalk, Fochier et Nové-Josserand : un ramollissement circonscrit de la paroi utérine au niveau duquel elle se laisse pénétrer.

La marche de ce néoplasme est très rapide et la mort est fatale. Elle survient rarement par hémorragie (Chiari), quelquefois par infection, d'habitude par généralisation. Les noyaux pulmonaires constatés dans presque toutes les autopsies déterminent des symptômes broncho-pneumoniques qui peuvent faire penser à une tuberculose rapide.

Diagnostic. — Lorsque l'on songe au déciduome, le diagnostic peut en être facile.

Toute femme ayant accouché d'une môle hydatiforme doit être étroitement surveillée; chez elle, toute augmentation de volume de l'utérus, toute hémorragie devront faire soupçonner le déciduome.

Toutes les fois que, dans les semaines qui suivent un accouchement ou un avortement, des pertes se produiront, et que ces pertes ne céderont pas à un curettage, c'est encore de ce côté qu'il faudra diriger les investigations.

On pratiquera le toucher intra-utérin pour chercher s'il n'existe pas de destruction localisée et profonde de la paroi; mais la seule façon de faire un diagnostic absolument certain sera de pratiquer l'examen histologique des produits ramenés par le doigt et la curette.

En somme, ce qui distingue le déciduome des autres tumeurs malignes de l'utérus, ce sont les rapports étroits qu'il présente avec

l'accouchement, l'avortement et surtout la grossesse molaire ; c'est l'abondance des hémorragies ; c'est la rapidité avec laquelle se produisent la généralisation et la cachexie.

Traitement. — Ce ne peut être évidemment que l'hystérectomie précoce devant les métastases. Cette opération a été jusqu'ici pratiquée par le vagin ; nous ne doutons pas que la voie abdominale ne soit employée à l'avenir aussi souvent que la voie vaginale et avec au moins autant de sécurité.

Chose curieuse quand on songe à la malignité grande de ce néoplasme, l'intervention a donné des guérisons durables ; la malade de Cazin et Segond, qui pourtant avait une métastase dans l'ovaire droit, était en bonne santé trois ans après l'intervention. Veit pense que plusieurs guérisons sont définitives.

TRAITÉ DE CHIRURGIE

CLINIQUE ET OPÉRATOIRE

X

★★

ANNEXES DE L'UTÉRUS,
MEMBRES